

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**LARISSE FRASSINETE LINS DE ARAUJO**

**DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA: EFEITOS DE SENTIDOS DA NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS.**

**MACEIÓ-AL**

**2013**

LARISSE FRASSINETE LINS DE ARAUJO

**DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA: EFEITOS DE SENTIDOS DA NOÇÃO DE COMPETÊNCIAS.**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José  
Passos Soares

**MACEIÓ-AL**

**2013**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos**

- A663d Araujo, Larisse Frassinete Lins de.  
Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina : efeitos de sentidos da noção de competências / Larisse Frassinete Lins de Araújo. – 2013.  
162f.
- Orientador: Francisco José Passos Soares.  
Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2013.
- Bibliografia: f. 119-128.  
Apêndices: f. 129-152.  
Anexo: f. 153-162.
1. Médicos – Formação profissional. 2. Educação baseada em competências.  
3. Medicina – Ensino superior. 4. Reforma curricular – Análise do discurso.  
I. Título.

CDU: 616:378



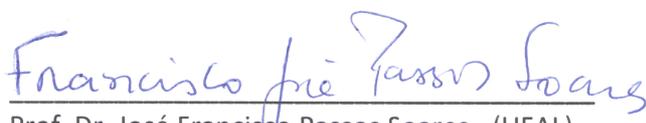
Universidade Federal de Alagoas  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde

FAMED - UFAL - Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária - Maceió-AL  
CEP: 57072-970  
E-mail:mpesufal@gmail.com

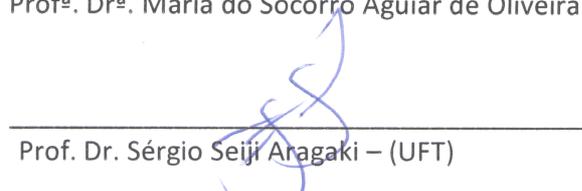
Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado da aluna **LARISSÉ FRASSINETE LINS DE ARAÚJO**, intitulado: “Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: Efeitos de Sentidos da Noção de Competências” orientada pelo Prof. Dr. José Francisco Passos Soares, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ensino da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 03 de julho de 2013.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata APTA.

Banca Examinadora:

  
Prof. Dr. José Francisco Passos Soares - (UFAL)

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Aguiar de Oliveira Cavalcante – (UFAL)

  
Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki – (UFT)

A Deus, a minha família e amigos,  
aos colegas docentes e aos discentes da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter confiado a mim alguns de seus talentos para que eu pudesse desenvolvê-los e multiplicá-los na minha profissão, que se concretizou numa singela contribuição à reflexão acerca da futura formação dos profissionais médicos.

Ao Prof. Dr. Francisco José Passos Soares, diretor da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas, orientador dessa dissertação, por toda sua participação nas discussões, suas críticas e reflexões, retificações, exigências e sugestões que sucederam na finalização desse trabalho. Ademais, agradeço por todo o trabalho profissional desenvolvido com amizade, respeito e afeto na Faculdade de Medicina.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria do Socorro Aguiar de Oliveira Cavalcante, docente do Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística, da Universidade Federal de Alagoas, que me conduziu ao aprofundamento no referencial teórico-metodológico, por meio da disciplina Semântica do Discurso, pelo seu zelo nas retificações e contribuições para essa dissertação.

A Alessandra Plácido Lima Leite, por todo o seu incentivo e amizade.

Aos colegas do mestrado, em especial, João Klínio Cavalcante e Maria Quitéria Pugliesi de Moraes Barros pelas atividades desenvolvidas em grupo e amizade construída ao longo da nossa convivência na pós-graduação.

A minha família, em especial, minha mãe, Maria Frassinete Lins de Araujo, pelo seu apoio e orações de intercessão para que eu pudesse caminhar rumo ao sucesso, recordando-me sempre do amor de Deus.

Aos meus sobrinhos, Caio, Gabriel, Clara, Mateus, Vitória e Miguel pelo verdadeiro e sincero amor que me edifica como pessoa.

## RESUMO

As competências/habilidades são o eixo central da reforma curricular às escolas médicas recomendada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. O discurso da reforma exige uma formação baseada em competências e se compromete com a formação do médico com perfil generalista e promotor integral da saúde do ser humano. Analisou-se os efeitos de sentidos da noção de competências utilizando o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso formulada por Michel Pêcheux, realizando uma interlocução com Eni Orlandi e George Luckács. A educação baseada em competências propõe a reorganização dos projetos político-pedagógicos dos cursos de Medicina; foi influenciada por diversas agências internacionais e fundamenta-se na concepção pedagógica produtivista por meio do neoprodutivismo e das suas variantes – neotecnicismo, neoescolanovismo, neoconstrutivismo. Assim, a matriz construtivista de competências tem se espalhado a partir das instituições oficiais do governo em consonância com o neoconservadorismo globalizado visando a adequar a força de trabalho em saúde às demandas do capitalismo neoliberal. Dessa forma, há a necessidade de avançar numa profunda reflexão sobre o processo de ensino e aprendizagem visando a promover uma atitude crítico-emancipatória do discente.

**Descritores:** Educação médica. Educação baseada em competências. Discurso.

## ABSTRACT

Skills/abilities are at the core of the medical schools curriculum reform guided by the National Curriculum Directives for Undergraduate Medical Course. The reform discourse demands a competency-based education and is committed to the general practitioner, who promotes the human being general health formation profile. The present paper analyzed competence notion meaning effects in this document making use of theoretical and methodological framework of Discourse Analysis founded by Michel Pecheux establishing an interlocution with Eni Orlandi and Georg Luckács. Competency-based education proposes the reorganization of medical courses political pedagogical projects. It was influenced by several international agencies and is based upon the productivist pedagogical concept by means of neoproductivism and its variants – neotechnicism, neoscholarism, neoconstructivism. Thus, the skills constructivist matrix has spread from government office according to globalized neoconservatism in order to adjust the health workforce demands of neoliberal capitalism. Thereby, there is a need to advance in a deep reflection upon the teaching/learning process aiming at promoting the learner's critical-emancipatory attitude.

**Keywords:** Competency-based education. Medical education. Speech.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>AD</b>	Análise de discurso
<b>AMB</b>	Associação Médica Brasileira
<b>ANDE</b>	Associação Nacional de Educação
<b>ANDES</b>	Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior
<b>ANPED</b>	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CBEs</b>	Conferências Brasileiras de Educação
<b>CEDES</b>	Centro de Estudos de Direito Econômico e Social
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
<b>CES</b>	Câmara de Educação Superior
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNTE</b>	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
<b>COBEM</b>	Congresso Brasileiro de Educação Médica
<b>DCNs</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DeSeCo</b>	Definition and Selection of Key Competencies
<b>EAPMC</b>	Eixo de Aproximação à Prática Médica e Comunidade
<b>EDP</b>	Eixo de Desenvolvimento Pessoal
<b>ENADE</b>	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>et al</b>	E colaboradores (do latim, <i>et alli</i> )
<b>ETPI</b>	Eixo Teórico-Prático Integrado
<b>FAMED</b>	Faculdade de Medicina
<b>FIES</b>	Programa de Financiamento Estudantil
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso

<b>HUPAA</b>	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
<b>ICBS</b>	Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
<b>IES</b>	Instituições de Ensino Superior
<b>INEP</b>	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LDBEN</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>MCT</b>	Ministério de Ciência e Tecnologia
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NDE</b>	Núcleo Docente Estruturante
<b>NEMED</b>	Núcleo de Ensino Médico
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OIT</b>	Organização Internacional para o Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>Orgs.</b>	Organizadores
<b>PET-SAÚDE</b>	Programa de Educação pelo Trabalho à Saúde
<b>PPP</b>	Projeto Político-Pedagógico
<b>PROMED</b>	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
<b>PROMEDLAC</b>	Projeto Maior de Educação na América Latina e Caribe
<b>PRÓ-SAÚDE</b>	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
<b>REVALIDA</b>	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
<b>SBMFC</b>	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
<b>SBPC</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>SD</b>	Sequência discursiva
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

	Saúde
<b>SESu</b>	Secretaria de Educação Superior
<b>SINAES</b>	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
<b>SISU</b>	Sistema Seletivo Unificado
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Trad.</b>	Tradução
<b>UFAL</b>	Universidade Federal de Alagoas
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
<b>UNI</b>	Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde
<b>USAID</b>	<i>United States Agency for International Development</i>
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Análise de Discurso</b> .....	18
<b>2.2</b>	<b>O Discurso e suas Condições de Produção</b> .....	20
<b>2.3</b>	<b>Ideologia</b> .....	22
<b>2.4</b>	<b>Formações Ideológicas e Formações Discursivas</b> .....	25
<b>2.5</b>	<b>Interdiscurso</b> .....	28
<b>2.6</b>	<b>Implícitos e Silenciamentos</b> .....	29
<b>2.7</b>	<b>Procedimentos De Análise</b> .....	32
<b>3</b>	<b>CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO MÉDICO</b> .....	34
<b>3.1</b>	<b>Condições De Produção Amplas</b> .....	34
<b>3.2</b>	<b>Condições De Produção Restritas</b> .....	41
<b>3.2.1</b>	<b>A política educacional na era FHC</b> .....	44
<b>4</b>	<b>PERCURSO DISCURSIVO</b> .....	51
<b>5</b>	<b>À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	104
<b>6</b>	<b>O PRODUTO</b> .....	111
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119
 <b>APÊNDICE</b>		
	<b>APÊNDICE A - Artigo de revista</b> .....	129
 <b>ANEXO</b>		
	<b>ANEXO A - RESOLUÇÃO CNE / CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001</b> .....	153

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação é resultado de estudo do documento norteador das reformas curriculares no ensino médico do Brasil, fruto da experiência na carreira docente, bem como do aprendizado teórico-prático advindo das metodologias de ensino-aprendizagem centradas no discente, incentivadas pelas diretrizes curriculares e adotadas na prática docente no curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de Alagoas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina foram publicadas em 2001 e surgiram a partir do fenômeno de mundialização e após uma efusão de documentos internacionais acerca da educação para a América Latina e Caribe.

O fenômeno de mundialização compõem-se de atividades estratégicas fundamentais da economia, tais como a inovação, os capitais e a gestão da empresa que extrapolam suas fronteiras e funcionam na escala planetária em tempo real, através das novas tecnologias de informação. Esse processo exerce, por toda parte, um impacto real sobre a organização do trabalho e a atividade profissional (CARNOY, 2003).

As novas tecnologias rompem as barreiras do espaço e do tempo e permitem manter diferentes tipos de relações entre os indivíduos, isto é, diretas ou indiretas, presenciais ou virtuais. Nos últimos vinte anos, produziu-se mais informação que nos cinco mil anos anteriores; a informação duplica a cada quatro anos e de modo cada vez mais acelerado; 80% dos novos empregos requerem habilidades sofisticadas de tratamento da informação; nos próximos cinco anos, 80% dos trabalhadores executarão seu trabalho de modo diferente do que tem sido desenvolvido durante os últimos 50 anos ou estará desempenhando outros empregos (GÓMEZ, 2011).

A confusão, a fragmentação e a perplexidade substituem o conhecimento comum e estável das sociedades tradicionais. Os ensinamentos da vida e os costumes do passado não são suficientes para enfrentar os desafios do presente e as exigências do futuro. Assim, os sistemas educacionais enfrentam dois grandes desafios

atualmente: por um lado, implantar uma escola compreensiva para desenvolver o máximo de capacidades aos indivíduos, respeitando a diversidade, assegurando a equidade de acesso à educação e compensando as desigualdades – pedagogia diferenciada; por outro lado, favorecer o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, a tomada de decisões informadas sobre a sua própria vida e participar de forma autônoma na vida profissional e social (GÓMEZ, 2011).

À medida que se assiste ao advento da Sociedade da Informação, onde os avanços tecnológicos têm aumentado a quantidade de informação disponível e a agilidade da sua transmissão, ainda há um longo percurso até se alcançar as verdadeiras Sociedades do Conhecimento. Estas abrangem dimensões sociais, éticas e políticas bem mais vastas (BINDÉ, 2007).

A Sociedade do Conhecimento endereça à educação demandas diferentes das tradicionais, claramente relacionadas com o desenvolvimento humano e sua capacidade de aprender ao longo de toda a vida. Atualmente, não basta ter apenas conhecimento, e, sim, torna-se mais importante a capacidade de entendê-lo, processá-lo, selecioná-lo, organizá-lo e transformá-lo de forma crítica, bem como a capacidade de aplicá-lo a diferentes situações para enfrentar a incerteza e a complexidade de seu contexto (BINDÉ, 2007; GÓMEZ, 2011; SACRISTÁN, 2011).

Devido à insatisfação generalizada relacionada aos sistemas educacionais vigentes e às pressões da economia de mercado, na última década do século passado e na primeira deste, intensificou-se a preocupação internacional pela sua reforma, pela busca de novas formas de conceber o currículo, novos modos de entender os processos de ensino e aprendizagem, de avaliação e, de modo definitivo, novos modelos de escolarização (DELUIZ, 2001; GÓMEZ, 2011; SACRISTÁN, 2011).

Diversas agências internacionais têm elaborado documentos norteadores das políticas educacionais dos Estados, tais como a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Mundial, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), o V Comitê Regional

Intergovernmental Projeto Maior de Educação na América Latina e no Caribe (PROMEDLAC) (DELUIZ, 2001; GÓMEZ, 2011; SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011) . Gómez (2011) ressalta o ressurgimento do conceito de competências nas publicações dessas instituições internacionais, conforme a citação a seguir.

Nesse panorama de exigências e novos desafios da sociedade baseada na informação (complexidade, mudança e incerteza) e na economia de mercado (utilidade, inovação, fragilidade), por um lado, e de convencimento acadêmico de orientações holísticas para o desenvolvimento de aprendizagens relevantes, por outro, reaparece com força o controverso conceito de competências. Se a aprendizagem envolve e implica toda a pessoa com seus conhecimentos, habilidades, valores, atitudes, hábitos e emoções, não parece sem sentido que o ensino e o currículo sejam organizados para facilitar e estimular a aprendizagem de competências assim concebidas (GÓMEZ, 2011, p. 82).

A educação médica latino-americana sofreu forte influência europeia até 1945; diante do estabelecimento de novas relações econômicas e culturais, ocorreu o seu declínio e a ascensão da influência norte-americana. A política educacional relacionada à educação superior no Brasil sofreu transformações históricas significativas a partir da ditadura militar (ALMEIDA, 2001; ESCOREL, 2008).

A reforma do ensino dos anos 1960 e 1970, sob a custódia do governo, promoveu o vínculo estreito entre educação e mercado de trabalho, integração da política educacional aos planos gerais de desenvolvimento e segurança nacional, repressão e controle político-ideológico da vida intelectual e artística do país (SILVEIRA, PAIM, 2005; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

O movimento de reforma educacional demandado por meio dos estudantes e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) pressionou o governo militar a formular uma política de reestruturação do ensino superior, a qual foi confiada a uma equipe integrada por norte-americanos e brasileiros que consolidou convênios entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a *United States Agency for International Development* (USAID) - Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos - para assistência técnica e cooperação à organização do sistema educacional brasileiro, os chamados acordos MEC-USAID (SILVEIRA, PAIM, 2005; ESCOREL, 2008; MARTINS, 2009).

As propostas da USAID enfocavam a educação como fenômeno isolado do contexto social e político, visando a uma neutralidade técnica e científica inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade estabelecendo a pedagogia tecnicista, encobrando o fortalecimento de uma estrutura de poder centralizadora; aliás, incumbia à universidade o papel modernizador, excluindo quaisquer inovações ou caráter revolucionário (SILVEIRA, PAIM, 2005; SAVIANI, 2011).

[...] na pedagogia tecnicista o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando o professor e o aluno posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos, imparciais. A organização do processo converte-se na garantia da eficiência, compensando e corrigindo as deficiências do professor e maximizando os efeitos de sua intervenção (SAVIANI, 2011, p. 382).

A instituição da racionalidade administrativa nas Universidades com intuito de modernizá-las e adequá-las às exigências de desenvolvimento promoveu a centralização e o controle dos órgãos centrais, concentrando o poder nos órgãos responsáveis pela política educacional e numa minoria da comunidade acadêmica. Assim, diminuiu-se a autonomia universitária fantasiada pelos elementos modernos de comunicação e controle administrativo-pedagógico assentado no discurso de desenvolvimento nacional (SILVEIRA, PAIM, 2005).

Nesse período, o sistema educacional se caracterizou pela expansão da oferta pública e pelo crescimento indiscriminado do setor privado na educação superior; exclusão da educação superior às classes populares; institucionalização do ensino profissionalizante; o tecnicismo pedagógico; a desmobilização do magistério devido à abundante e confusa legislação (SILVEIRA, PAIM, 2005; MARTINS, 2009; SAVIANI, 2011).

No campo da saúde, no ínterim do regime ditatorial, o modelo de saúde era curativo e hospitalocêntrico, o governo privilegiava o uso da tecnologia com melhor remuneração, financiava a construção de hospitais privados, restringia verbas à prevenção e à promoção da saúde, promovendo indiretamente as especializações

médicas, pois as universidades se voltavam a este mercado de trabalho (SILVEIRA, PAIM, 2005).

Assim, desde a Reforma Universitária (1968), dos acordos MEC-USAID, a formação médica brasileira vem sendo direcionada pelas propostas sugeridas pelo Relatório Flexner, modelo que ainda persiste em muitas escolas médicas (PAGLIOSA, ROS, 2008).<sup>1</sup>

O Relatório Flexner sofreu grande influência do modelo alemão de educação médica que estava centrado em pesquisas experimentais realizadas em laboratórios, na hierarquia e na especialização. Esse relatório propôs a reconstrução do modelo de ensino médico propalando a sua inserção nas universidades e a exigência de programas educacionais com fundamentação teórico-científica; implantou rigoroso controle de admissão; determinou a duração do curso em quatro anos; estabeleceu a dicotomia do ciclo básico, realizado no laboratório, e ciclo clínico, realizado no hospital; fez exigência de laboratórios e instalações adequadas. Durante o ciclo básico, o contato com o paciente era proscrito; já o ciclo profissionalizante desenvolvia-se essencialmente nos hospitais, os quais se transformaram na principal instituição de transmissão do conhecimento (PAGLIOSA, ROS, 2008).

O modelo biomédico proposto por Flexner segmentava o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, centrava o estudo da medicina na doença e adotava o modelo unicausal e biologicista do processo de saúde-doença (PAGLIOSA, ROS, 2008). Assim, a formação médica tornou-se fragmentada e reducionista, pois seccionou o ensino em disciplinas com pouca interação. Houve uma predominância, quase exclusiva, da dimensão biológica em detrimento das considerações psicológicas e sociais, nos conhecimentos nas diversas especialidades médicas (LAMPERT, 2002; COSTA JÚNIOR, 2005; KIRSTEN, 2006;

---

<sup>1</sup> Abraham Flexner publicou, em 1910, o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, o qual avaliou 155 escolas médicas norte-americanas e canadenses. Esse relatório obteve notória importância no contexto no qual foi produzido - início do século XX. Naquela época, não havia regulamentação para o exercício da medicina, havia grande proliferação de escolas médicas com abordagens terapêuticas mais diversificadas, sem uniformidade, podendo ou não estarem vinculadas às universidades, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e, independentemente, de fundamentação teórico-científica (PAGLIOSA, ROS, 2008).

MATTOS, 2006). As disciplinas fragmentadas em pequenos feudos de especialistas pareciam estar mais preocupadas em formar jovens especialistas do que em repassar os conhecimentos indispensáveis à formação de médicos generalistas (LAMPERT, 2002; MATTOS, 2006). Embora Flexner tenha exortado ao humanismo em seu relatório, a sua estrutura paradigmática proporcionou e proporciona uma formação médica de caráter cientificista e pragmático, implicando numa postura fria, imparcial, objetiva (LAMPERT, 2002; KIRSTEN, 2006).

Todavia, impulsionado pelo panorama internacional e suas determinações político-históricas na sociedade hodierna, exige-se um novo perfil dos profissionais egressos das universidades. Assim, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina como instrumento norteador às Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil acerca da formação em saúde dos futuros profissionais médicos. Elas surgiram da necessidade de reorientação do perfil do médico como generalista e da insuficiência de profissionais capacitados para atender às demandas da sociedade nos postos de trabalho público disponíveis – Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2001c; LAMPERT, 2002).

As DCNs estabelecem as competências/habilidades como eixo central da reforma curricular para todas as escolas médicas, públicas e privadas. O discurso da reforma ao clamar pela formação baseada em competências se compromete com a formação do médico como promotor integral da saúde do indivíduo e da comunidade voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, indaga-se: a reforma poderá ser universal, respeitando somente os aspectos mórbidos locais/regionais? De que lugar político e social falam os sujeitos que a idealizaram? Qual ideologia subjaz a essa reforma? O que significa “competências” para o discurso oficial da reforma curricular?

Será que, mais uma vez, a ideologia da classe dominante encontrou uma nova forma de persuadir a sociedade de que é uma verdadeira reforma, sendo apenas uma formatação dos atendimentos, visando a uma unificação nacional para aumentar a produtividade, a diminuição de custos e a desresponsabilização do Estado com a saúde do indivíduo e da comunidade?

As respostas a essas questões proporcionam uma reflexão sobre os rumos da reforma curricular e o exercício da docência. A fim de respondê-las, utilizou-se o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) proposto por Michel Pêcheux, realizando uma interlocução com Eni Orlandi e George Luckács.

O objeto de estudo da AD é o discurso e a opacidade da língua, a qual por mais que tentemos interpretá-la, algo escapa, algo foge. Ao falar sobre algo, silencia-se o que não se quer dizer, apagam-se outros sentidos possíveis.

É com base nesse referencial que se propôs a analisar o discurso oficial da reforma curricular às escolas médicas do Brasil. Para isso, empregaram-se as categorias de implícito da Linguística e as categorias formações discursivas, formações ideológicas, interdiscurso e silenciamento da AD para desvelar o que não é falado e o que se precisa silenciar, para que o discurso da reforma curricular adquira o sentido de “universal”, “único” e “inquestionável” pela sociedade. Propôs-se a identificar quais os efeitos de sentidos da noção de competências no discurso oficial da reforma curricular das escolas médicas.

Destarte, este trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso francesa, proposta por Pêcheux, e desenvolve a noção de discurso e ideologia, assim como, expõe acerca das categorias da AD e da categoria de implícito da Linguística, aplicadas nessa dissertação. O segundo capítulo faz um recorte histórico das condições de produção amplas e restritas, no âmbito das políticas de educação e de saúde, que influenciaram na confecção das DCNs do Curso de Graduação em Medicina. O capítulo terceiro aduz as sequências discursivas extraídas das DCNs do Curso de Graduação em Medicina, analisadas de acordo com o referencial teórico-metodológico assumido nesse trabalho, realizando uma interlocução com algumas políticas atuais no ensino médico. O quarto capítulo sintetiza algumas ideias como considerações finais e, por fim, o último capítulo apresenta o produto dessa dissertação ao Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 Análise de Discurso

A análise do discurso constitui um complexo teórico metodológico composto por diversas escolas e tendências epistemológicas. A complexidade do campo da análise do discurso é atribuída ao seu caráter essencialmente interdisciplinar, enraizado nas disciplinas das ciências humanas e sociais, como a Linguística, a Semiótica, os Estudos Literários, a Antropologia, a Sociologia, a Teoria da Comunicação, a Psicologia Social e Cognitiva e a Inteligência Artificial (GODOI, 2010). Apesar da diversidade de tradições teóricas da Análise do Discurso, o discurso é o objeto de estudo comum, tem uma importância central na construção da vida social e compartilha a rejeição à ideia da neutralidade da linguagem (CAREGNATO, MUTTI, 2006).

Nesta dissertação, empreendeu-se o percurso do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) constituída por Michel Pêcheux, realizando uma interlocução com Eni Orlandi e George Lukács. A AD francesa pecheutiana surgiu no final da década de 60 do século XX, época de grande ebulição política, marcada pela disputa geopolítica dos modelos econômicos - capitalismo versus socialismo -, quando se questionava a relação política do proletariado com o Estado burguês, os meios de conquistar esse Estado, de transformá-lo e de quebrar os mecanismos pelos quais ele se reproduz. Pêcheux elegeu o discurso como objeto de estudo através da sua relação indissociável entre língua, história e ideologia, e começou a questionar os discursos políticos. Ele percebeu que a língua é um instrumento de poder e dominação, sendo a intenção burguesa instituir um padrão discursivo universal a fim de exercer esse poder e essa dominação. Pêcheux rompeu com o estruturalismo saussuriano e o psicologismo dominantes na época (PÊCHEUX, 2009; FLORÊNCIO et al, 2009).

A AD pecheutiana trabalha na interseção das relações da Linguística, do Marxismo e da Psicanálise. Essa contribuição ocorreu da seguinte forma: 1) da Linguística deslocou-se a noção de fala para discurso, centralizando-se na análise da semântica com a ideia de não-transparência do sentido, da não-reflexividade

entre signo/mundo/homem; 2) do materialismo histórico emergiu a teoria da ideologia, por meio da releitura althusseriana de Marx, com a ideia de que há um real da história que não é transparente para o sujeito; 3) da psicanálise, por meio da releitura lacaniana de Freud, trabalha com o de-centramento do sujeito - a ideia do sujeito na sua relação com o simbólico, pensando o inconsciente como estruturado por uma linguagem (GREGOLIN, BARONAS, 2001; CAREGNATO, MUTTI, 2006).

Consoante Florêncio et al. (2009, p. 22), a AD francesa:

Elege o discurso e não a língua como objeto de estudo; teoriza a relação da linguística com a história e a ideologia; concebe o discurso como sempre determinado, apreendido dentro de relações que o sujeito estabelece no seu mover-se no mundo; pensa a enunciação no quadro de uma teoria não subjetiva do sujeito. Ou seja, toda e qualquer enunciação é resultado das relações sociais que o sujeito estabelece. O sentido não é assegurado pelo arranjo sintático de seus elementos.

O triplo assentamento da AD francesa traz como consequências teóricas, conforme Gregolin (2001), que: a **forma material** do discurso é, ao mesmo tempo, linguístico-histórica, enraizada na História para produzir sentido; a **forma sujeito** do discurso é ideológica; na **ordem do discurso**, há o sujeito na língua e na História; o **sujeito** é descentrado, tem a ilusão de ser fonte, mas o sentido é um já-lá, um dito antes em outro lugar.

Em consonância com Orlandi (2008, p. 12), o texto, enquanto unidade de análise da AD e como manifestação material concreta do discurso, é um “excelente observatório do funcionamento simbólico”. A proposta da AD é remeter o texto ao discurso e esclarecer as relações deste com as formações discursivas, pensando as relações destas com a ideologia através de procedimentos capazes de transportar o olhar-leitor a compreensões mais aprofundadas no decurso da desconstrução do literal, do imediato, expondo-o à opacidade do texto (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2008, 2010). Com essa finalidade, desenvolveu-se a discussão sobre discurso e ideologia, e utilizaram-se as categorias de implícito da Linguística e as categorias condições de produção, formações discursivas, formações ideológicas, interdiscurso e silenciamento da AD.

## 2.2 O Discurso e suas Condições de Produção

O conceito de discurso é polissêmico, há concepções divergentes nas diversas áreas de estudos da linguagem e nas diversas tendências epistemológicas da AD. Entretanto, para Pêcheux (2009), a língua é a base comum de processos discursivos diferenciados.

A linguagem é a mediação necessária entre o homem e as realidades natural e social - o discurso, o que torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que vive. O discurso é um processo em curso, uma prática que não se fecha. O discurso é o conjunto das práticas simbólicas que constituem a sociedade na história (ORLANDI, 2010). Os processos discursivos constituem a fonte de produção dos efeitos de sentido no discurso e a língua é o lugar material no qual se realizam esses efeitos de sentido, a materialidade específica do discurso (GREGOLIN, 2007).

Assume-se, neste trabalho, a concepção de discurso de Pêcheux (2006, p. 56), o qual afirma que:

[...] todo discurso marca a possibilidade de uma desestruturação-reestruturação dessas redes e trajetos: todo discurso é índice de agitação nas filiações sócio-históricas de identificação, na medida em que ele constitui ao mesmo tempo um efeito dessas filiações e um trabalho (mais ou menos consciente, deliberado, construído ou não, mas de todo modo atravessado pelas determinações inconscientes) de deslocamento no seu espaço [...]

Assim, Pêcheux afirma ser a partir das filiações sócio-históricas que o sujeito se identifica nas formações discursivas, sendo possível uma agitação no interior dessas filiações. De acordo com Magalhães (2003, p. 85), “o sujeito, determinado social e condicionado pelo inconsciente, tem sempre um lugar de não-filiação, dado também pelas possibilidades da própria objetividade”. Assim, o sujeito em Pêcheux toma posição, busca o controle do seu dizer, instalando a possibilidade de criação do novo, sem aprisionar-se completamente à ideologia e ao inconsciente, e resulta de um processo histórico-social determinado. Dessa forma,

[...] o sujeito é produtor de suas relações sócio-históricas e, ao mesmo tempo, é contraditoriamente produzido por essas mesmas relações. [...] o Sujeito é histórico e o discurso é uma prática historicamente determinada que, em seu modo de ser, revela as determinações das lutas de classes de uma formação social [...] (SILVA SOBRINHO, 2011, p. 107)

Magalhães (2003, p. 75) assume o discurso como uma construção dependente das relações sociais: “o fazer discursivo é uma práxis humana que só pode ser compreendida a partir do entendimento das contradições sociais que possibilitaram sua objetivação”.

O fato de a língua ser indiferente à luta de classes e sua divisão não quer dizer que as classes sejam indiferentes à língua. Ao contrário, elas a utilizam, de modo determinado, no campo de seu antagonismo, especialmente de sua luta política, visto que todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes (PÊCHEUX, 2009).

Para Gregolin (2007), a discursividade é um acontecimento no interior de uma série de outros discursos, com os quais estabelece co-relações, deslocamentos, vizinhanças. Destarte, todo discurso é uma resposta a outros discursos com quem dialoga, sendo produzido socialmente num determinado momento histórico, para responder às necessidades postas nas relações entre os homens, para a produção e a reprodução de sua existência, carregando o histórico e o ideológico dessas relações. Logo, não há discurso neutro, porque o sujeito o faz a partir de um lugar social, de uma perspectiva ideológica, trazendo consigo crenças, valores, visões de mundo segundo a posição que ocupam (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

As posições discursivas têm significado em relação ao contexto sócio-histórico e à memória<sup>2</sup> (o saber discursivo, o já dito). As condições de produção implicam o que é material (a língua sujeita a equívoco e a historicidade), o que é institucional (a formação social, em sua ordem) e o mecanismo imaginário. Esse mecanismo produz imagens dos sujeitos, assim como do objeto do discurso, dentro

---

<sup>2</sup> A memória discursiva constitui o saber discursivo que torna possível todo dizer, restabelecendo os pré-construídos, os elementos citados e relatados, os discursos transversos, etc., necessários à leitura do texto, enfim, o trabalho histórico da constituição do sentido (PÊCHEUX, 1999; ORLANDI, 2010).

de uma conjuntura sócio-histórica (GREGOLIN, BARONAS, 2001).

As condições de produção são uma categoria essencial da AD para o entendimento da constituição dos discursos, seus sentidos, sua atuação na realidade – como transformação e/ou estabilização dessa mesma realidade em que são produzidos. As condições de produção amplas expressam as relações de produção com sua carga sócio-histórico-ideológica e as condições de produção restritas às condições imediatas que engendram a sua formulação (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

As condições de produção do discurso compreendem a relação dos sujeitos falantes com a cultura, a sociedade e a economia num momento histórico específico onde os sujeitos assumem posições em relação a determinadas formações ideológicas e discursivas determinadas pelas relações sociais de produção e suas ideologias (CAVALCANTE, 1999).

### **2.3 Ideologia**

O termo ideologia aparece primeiramente na França, após a Revolução Francesa (1789), em 1801, na obra de Destutt de Tracy, *Eléments d'Idéologie*, elaborando uma teoria sobre as faculdades sensíveis responsáveis pela formação de todas as nossas ideias (CHAUÍ, 2008; FLORÊNCIO et al., 2009). Trata-se de um conceito polissêmico e adotou-se a perspectiva de Lukács para o seu desenvolvimento.

Do ponto de vista ontológico, a gênese da ideologia nasce e é determinada pela atividade social dos homens na sociedade. “O caráter ideológico do pensamento para Marx seria o resultado de contradições sociais geradas pela sociedade de classes [...]” (VAISMAN, 1989, p. 405).

Lukács analisa a conduta social ativa dos homens no trabalho - a práxis social, sendo que a produção e a reprodução da existência dos homens em sociedade ocorre a partir das posições teleológicas. As posições teleológicas

primárias visam à transformação da natureza, para atender às necessidades de sobrevivência do homem; e as posições teleológicas secundárias objetivam provocar a mudança de comportamento dos outros homens para uma nova posição teleológica (LUKÁCS, 1997; FLORENCIO et al., 2009).

O fenômeno da ideologia, sob o prisma de Lukács, aponta para a conexão ontológica desse com o ser social, homem ativo no mundo real, ou seja, a existência social do homem se depara com conflitos sociais e respostas para as quais buscam a resolução. Este ser age a partir de decisões concretas entre alternativas dependentes das necessidades que a história lhe coloca e reage a elas, sendo gerado, nesse processo, o fenômeno ideológico e seu campo de operações (VAISMAN, 1989; LUKÁCS, 1997).

É a partir das posições teleológicas secundárias que se realiza a prévia-ideação da prática social dos homens, no sentido de influenciar outros homens a assumirem posições, que surge a ideologia (FLORENCIO et al., 2009). Qualquer resposta formulada pelos homens, relacionada aos problemas postos pelo ambiente econômico-social, pode tornar-se ideologia através da orientação da prática social, da conscientização e da operacionalização (VAISMAN, 1989; LUKÁCS, 1997).

Na tematização lukacsiana, de acordo com Vaisman (1989, p. 421), a ideologia apresenta a função social de “veículo de conscientização e prévia-ideação da prática social dos homens”. A ontologia, na perspectiva lukacsiana, corrobora que a natureza e a existência do real são capturáveis intelectualmente, podendo ser modificadas pela ação cientificamente instruída, ideológica e conscientemente conduzida pelo homem.

Para Magalhães (2003), Althusser, ao defender a interpelação ideológica e inconsciente em *Aparelhos Ideológicos do Estado*, retira, do sujeito, a possibilidade de uma reflexão consciente sobre sua própria história, anulando ao sujeito a possibilidade de propor alternativas contrárias às existentes; todavia, a criação de novas respostas é a matriz da sociabilidade humana ratificada pelo materialismo histórico-dialético.

Consiste num dos traços fundamentais da ideologia, segundo Chauí (2008, p. 13-14):

[...] tomar as idéias como independentes da realidade histórica e social, quando na verdade é essa realidade que torna compreensíveis as idéias elaboradas e a capacidade ou não que elas possuem para explicar a realidade que as provocou.

Esse ocultamento da realidade é uma forma de assegurar e manter as relações de desigualdade-subordinação, isto é, a exploração econômica, a desigualdade social e a dominação política.

A ideologia é feita de práticas de classes conforme Chauí (2008), sendo a luta de classes, o cotidiano da sociedade civil; por exemplo, a política educacional, a política salarial, as propagandas, as greves, as eleições, as relações interpessoais (pais e filhos, professores e estudantes, policiais e população, juizes e réus, patrões e empregados).

De acordo com Florêncio et al. (2009, p. 67), a ideologia está intrinsecamente interligada à AD pecheutiana, visto que:

[...] as relações sociais e a luta de classes são as condições materiais da produção do discurso, compreendendo sujeito e situação, em suas relações sociais, abrangentes da cultura, economia, política, de um determinado momento histórico e de momentos outros, resgatados pela memória sócio-histórica e ideológica, ratificando, assim, o caráter histórico e ideológico do discurso (FLORÊNCIO et al., 2009, p. 67).

Assim, a AD articula o linguístico com o social e o histórico, onde a linguagem é estudada enquanto forma linguística e forma material da ideologia, pois é no contato do histórico com o linguístico que se constitui a materialidade específica do discurso (CAREGNATO, MUTTI, 2006).

Os pressupostos das relações de língua/ideologia de Pêcheux são ratificados por Orlandi (2008, p. 86-87):

O discurso é o lugar de observação do contato entre a língua e a ideologia, sendo a materialidade específica da ideologia o discurso e a materialidade específica do discurso, a língua. O texto, redefinido, deve ser então considerado como o lugar material em que essa relação produz seus efeitos, apresentando-se imaginariamente como uma unidade na relação entre os sujeitos e os sentidos.

A ideologia funciona nas relações sociais de produção e abrange as determinações de classe, na sociedade capitalista, e os horizontes culturais dos integrantes de uma formação social, uma vez que a cultura é a condição dada para consolidação e desenvolvimento da ideologia (FLORÊNCIO et al., 2009). Dessa forma, a ideologia é instrumento de conscientização e de luta social dos conflitos derivados de interesses contrapostos segundo a acepção restrita de Lukács (VAISMAN, 1989).

Destarte, este trabalho se identifica com a concepção de ideologia que visa a solucionar as contradições sociais no cotidiano da sociedade atravessada pelas lutas de classes e interligadas a uma existência histórico-social de uma realidade específica sobre a qual atua.

## **2.4 Formações Ideológicas e Formações Discursivas**

A partir desse entendimento de ideologia, pode-se afirmar que o processo de constituição dos sujeitos não ocorre da mesma forma, mas através de diferentes formas de ideologia – formações ideológicas – que se materializam no discurso (FLORÊNCIO et al., 2009).

Segundo o mesmo autor, a ideologia tem, em si, a função de estabelecer um mecanismo estruturante do processo de significação que acontece nas relações sociais. As formações ideológicas são representadas pela via de práticas sociais concretas, no interior das classes sociais em conflito, pela estrutura sócio-ideológica de uma formação social, dando lugar a discursos que põem à mostra as posições em que os sujeitos se colocam/são colocados, sustentam o dizer do sujeito, produzindo sentidos que discursivamente procuram camuflar conflitos e deixar passar a ideia de ausência de contradições de classes.

Pêcheux (2009, p. 146-147) assim sintetiza:

*[...] as palavras, expressões, proposições etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem o seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas [...] nas quais essas posições se inscrevem.*

Pêcheux afirma acima que as formações ideológicas possuem um caráter regional e comportam posições de classe, sendo a materialidade da ideologia caracterizada pela estrutura de desigualdade-subordinação do todo complexo dominante das formações ideológicas de uma dada formação social. As formações ideológicas são compostas de uma ou várias formações discursivas como lugar em que as formações ideológicas realizam um trabalho de estabelecimento de sentidos – aceitáveis ou não pela formação dominante. Esses sentidos dependem de relações constituídas nas/pelas formações discursivas (PÊCHEUX, 2009; FLORÊNCIO et al., 2009).

A formação discursiva demarca zonas de regularidades discursivas, na medida em que estabelece relações entre as formações ideológicas e sua existência material. As formações discursivas são componentes das formações ideológicas, relacionadas às condições de produção no interior de uma realidade social marcada pela ideologia dominante. O sentido é, portanto, relacionado a um exterior ideológico demarcado por formações ideológicas (GREGOLIN, 2007). Pêcheux (2009, p. 147) define formação discursiva como:

*[...] aquilo que, numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa etc.).*

O sujeito se constitui por uma interpelação ideológica pela sua inscrição numa formação discursiva, pelo esquecimento daquilo que o determina (PÊCHEUX, 2009; ORLANDI, 2010). Pêcheux (2009), estabelece que, no decurso do esquecimento número 2, todo sujeito-falante seleciona, no interior da formação discursiva que o domina, enunciados, formas e sequências que nela se encontram

em relação de paráfrase, e não um outro, o qual poderia reformulá-lo no campo da formação discursiva considerada. Enquanto, no esquecimento número 1, o sujeito-falante não pode se encontrar no exterior da formação discursiva que o domina; assim, remete a esse exterior da formação discursiva, por uma analogia com o recalque inconsciente.

Ainda que o dizer do sujeito-falante seja determinado pela formação discursiva, o sujeito enfrenta contradições ideológicas que desfazem a homogeneidade, tornam suas fronteiras tênues, configurando-se e reconfigurando-se continuamente em suas relações, passíveis de deslocamentos, expressando a divisão própria de uma complexidade social a partir do compartilhamento do espaço discursivo com outros sujeitos. Nesse sentido, palavras iguais podem ter significados diferentes por se inscreverem em diferentes formações discursivas (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

Ao dizer, o sujeito significa em condições determinadas, impelido, de um lado, pela língua e, de outro, pelo mundo, pela sua experiência, por fatos que reclamam sentidos, e também por sua memória discursiva, por um saber/poder/dever dizer, em que os fatos fazem sentido por se inscreverem em formações discursivas que representam nos discursos as injunções ideológicas. [...] Se o sentido e o sujeito poderiam ser os mesmos, no entanto escorregam, derivam para outros sentidos, para outras posições. A deriva, o deslize é o efeito metafórico, a transferência, a palavra que fala com outras (ORLANDI, 2010, p. 53).

Toda formação discursiva dissimula, pela transparência do sentido que nela se constitui, sua dependência ao “todo complexo com dominante” de elementos de cada um e uma formação ideológica – uma ideologia. A instabilidade e a heterogeneidade das formações discursivas tornam mais complexas a tarefa do analista do discurso. É necessário explicar o conjunto complexo, desigual e contraditório das formações discursivas em jogo numa situação dada, sob a dominação do conjunto das formações ideológicas, tal como a luta de classes determina (GREGOLIN, 2007; PÊCHEUX, 2009).

A fim de empreender esse trajeto pelas formações discursivas e formações ideológicas, é necessário conhecer os discursos que previamente circularam na sociedade – interdiscurso.

## 2.5 Interdiscurso

Os sentidos constituídos previamente (já-dito) e a formulação atual são denominados pela AD de interdiscurso e intradiscurso respectivamente. “O interdiscurso é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos”, o que é falado antes, em outro lugar e que possibilita outros dizeres (ORLANDI, 2010, p. 33). O intradiscurso é compreendido como o que está sendo dito em uma situação e num momento dados, como fio do discurso, como funcionamento discursivo, atravessado pelo interdiscurso, por isso indissociados (FLORÊNCIO et al., 2009).

As formações discursivas são diferentes regiões que recortam o interdiscurso (o dizível, a memória do dizer) e que refletem as diferenças ideológicas, o modo como as posições dos sujeitos, seus lugares sociais aí representados, constituem sentidos diferentes (ORLANDI, 1995).

[...] a forma-sujeito (pela qual o “sujeito do discurso” se identifica com a formação discursiva que o constitui) tende a absorver-esquecer o interdiscurso no intradiscurso, isto é, *ela simula o interdiscurso no intradiscurso*, de modo que o interdiscurso *aparece* como o puro “já-dito” do intra-discurso, no qual ele se articula por “co-referência” (PÉCHEUX, 2009, p. 154).

O fato de haver um já-dito que sustenta a possibilidade mesma de todo dizer é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso, sua relação com os sujeitos e com a ideologia. A memória discursiva é o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível amparando toda palavra (ORLANDI, 2010).

A constituição determina a formulação e todo dizer se encontra na confluência da memória (constituição) e da atualidade (formulação), donde se extraem os seus sentidos. Paralelamente, o interdiscurso e a historicidade determinam o que é relevante das condições de produção para a discursividade. Dessa forma, a partir do funcionamento do interdiscurso, suprime-se a exterioridade para inscrevê-la no interior da textualidade (ORLANDI, 2010).

O interdiscurso corresponde aos discursos já constituídos que entram na produção discursiva, resignificando o já-dito antes, noutra lugar, como espaço de confrontos ideológicos das relações de dominação/subordinação. O interdiscurso possibilita dizeres outros, convocados na história, ideologicamente marcados, que vão afetar os discursos produzidos pelo sujeito, em dada condição de produção. Simultaneamente ao acionamento da memória discursiva, essa memória sofre alterações com as lacunas, as falhas, os apagamentos do que não pode e/ou não deve ser dito, propiciando novos sentidos pelas idas e vindas das diferentes formações discursivas, num misto de memória e esquecimento. Destarte, os sentidos são múltiplos, instáveis, em todo processo discursivo, apontando para a incompletude da linguagem, para os sentidos não ditos que poderão irromper a qualquer momento (FLORÊNCIO et al., 2009).

## **2.6 Implícitos e Silenciamentos**

As sociedades contemporâneas têm relegado o silêncio a um plano inferior, há uma urgência no dizer e múltiplas linguagens que se expressam quotidianamente, criando a ilusão de controle sobre o que se diz. Há uma ideologia da comunicação, do apagamento do silêncio; todavia, o silêncio resiste a essa pressão de controle e, ao mediar as relações entre linguagem, mundo e pensamento, significa de diversas maneiras (ORLANDI, 1995).

Pêcheux (2006) indica que os enunciados e as sequências de enunciados são pontos de deriva possíveis, descritos linguisticamente, que se oferecem à interpretação.

[...] a descrição de um enunciado ou de uma sequência coloca necessariamente em jogo (através da detecção de lugares vazios, de elipses, de negações e interrogações, múltiplas formas de discurso relatado...) o discurso outro como espaço virtual de leitura desse enunciado ou dessa sequência (PÊCHEUX, 2006, p. 54-55).

Desse modo, Pêcheux afirma que, nos enunciados, encontrar-se-á o discurso do outro nos lugares vazios, nas palavras que são omitidas, negadas,

questionadas. Esse discurso outro identifica-se com as categorias do silêncio e do implícito. Orlandi (1995) diferencia silêncio e implícito como duas noções distintas com pressupostos teóricos diferentes e consequências analíticas diversas.

O implícito é um subproduto do trabalho do silêncio, é uma forma de “domesticação” da noção do não-dito pela exclusão da dimensão discursiva e recusa da sua opacidade. O implícito remete ao dito numa relação de dependência para significar e, segundo Ducrot (1972) *apud* Orlandi (1995), é uma forma de não assumir explicitamente o que se diz, deixando subentendido sem incorrer na responsabilidade de ter dito. O trabalho de interpretação é da responsabilidade do interlocutor; o interlocutor diz no lugar do enunciante; logo, o implícito é de sua responsabilidade (CAVALCANTE, 1999).

O silêncio não é o não-dito que sustenta o dizer, mas é aquilo que é apagado, colocado de lado, excluído. O silêncio não tem uma relação de dependência com o dizer para significar, ele atravessa as palavras, é matéria significativa por excelência. Orlandi apresenta as formas do silêncio: o silêncio fundador e a política do silêncio (ORLANDI, 1995).

Para o autor supracitado, pode-se compreender o silêncio fundador como o não-dito que é história e como função da relação de língua e ideologia devido à relação necessária do sentido com o imaginário. Pois, todo processo de significação traz uma relação necessária ao silêncio (silêncio fundante). O silêncio é garantia de movimento de sentidos, tem significância própria. É a possibilidade para o sujeito trabalhar sua contradição constitutiva na relação do “um” com o múltiplo, a reduplicação e o deslocamento que permitem enxergar que todo discurso sempre se remete a outro discurso que lhe dá realidade significativa.

A política do silêncio - silenciamento - informa que o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito – ao dizer, ele estará, necessariamente, não dizendo “outros sentidos”. Isso produz um recorte necessário no sentido. Dizer e silenciar andam juntos. O silêncio recorta o dizer, esta é sua dimensão política – silenciamento -, a qual está assentada sobre o fato de que o silêncio faz parte de todo processo de significação. “Sem silêncio não há sentido

porque o silêncio é a matéria significativa por excelência [...]” (ORLANDI, 1995, p. 55).

A política do silêncio compreende o silêncio constitutivo (todo dizer cala algum sentido necessariamente, apaga as “outras” palavras) e o silêncio local (refere-se à censura, algo que é proibido dizer numa dada conjuntura). A política do silêncio se define pelo fato de que, ao dizer algo, apaga-se, necessariamente, outros sentidos possíveis, mas indesejáveis, em uma situação discursiva dada; assim, impõem-se limites à presença de determinadas formações discursivas (ORLANDI, 1995; FLORÊNCIO et al., 2009).

A linguagem é a transmutação das palavras ao silêncio, e vice e versa, num movimento permanente de significação, produzindo o sentido em sua pluralidade. A linguagem transforma a matéria significante por excelência (silêncio) em significados apreensíveis, verbalizáveis num movimento de errância do sujeito, errância dos sentidos. O silêncio não é, pois, imediatamente visível e interpretável, é a historicidade inscrita no tecido textual que pode torná-lo compreensível (ORLANDI, 1995).

O autor acima afirma que o silêncio atravessa as palavras e, como matéria significante, há uma incompletude constitutiva da linguagem quanto ao sentido. Assim, a incompletude é fundamental no dizer, pois produz a possibilidade do múltiplo, base da polissemia.

[...] todo dizer é uma relação fundamental com o não-dizer. Esta dimensão nos leva a apreciar a errância dos sentidos (a sua migração), a vontade do “um” (da unidade, do sentido fixo), o lugar do *non sense*, o equívoco, a incompletude (lugar dos muitos sentidos do fugaz, do não-apreensível) não como meros acidentes da linguagem, mas como o cerne mesmo de seu funcionamento (ORLANDI, 1995, p. 12).

Dessa forma, o cerne do funcionamento da linguagem consiste na errância dos sentidos, na sua incompletude. O silêncio faz parte da constituição do sujeito e do sentido. Para Pêcheux, o discurso é efeito de sentidos entre locutores. Os efeitos de sentidos são produzidos nas relações dos sujeitos e dos sentidos, na sua constituição, pela sua inscrição no jogo das múltiplas formações discursivas. O

sujeito adere às formações discursivas através dos “espaços de silêncio que são o índice da história particular do sujeito em sua relação com a linguagem, ou melhor, de sua história em face da articulação entre as diferentes formações discursivas e de seus deslocamentos” que refletem as diferenças ideológicas, as posições dos sujeitos (ORLANDI, 1995, p. 89). Assim, o interdiscurso apaga o silêncio fundador, fazendo com que o não dito se sobreponha ao já-dito, produzindo a impressão de que o sentido é único; contudo, os sentidos não perdem seu caráter errático e se produzem mudanças, equívocos e deslocamentos. O silêncio trabalha os limites das formações discursivas, determinando os limites do dizer.

## 2.7 Procedimentos de Análise

Para análise discursiva, partiu-se da superfície linguística elucidando o discurso seguindo as etapas apontadas por Pêcheux (2009): o dito, o não-dito e o desvelamento do silenciado.

Consoante Florêncio et al. (2009) e Orlandi (2010), a materialidade discursiva, isto é, o dito, apresenta uma forma que pretende dizer, um conteúdo. A partir de um processo descritivo, nomeando as diferentes possibilidades de análise dessa materialidade, os recursos linguísticos empregados, procurou-se elucidar os sentidos do discurso, desnaturalizando-se a relação palavra-coisa. Nesse momento, vislumbra-se a configuração das formações discursivas que estão dominando e torna-se “visível o fato de que, ao longo do dizer, formam-se famílias parafrásticas relacionando o que foi dito com o que não foi dito, com o que poderia ser dito etc.” (ORLANDI, 2010, p. 78), sendo no jogo entre paráfrase e polissemia que os sujeitos e sentidos se movimentam, fazem seus percursos, (se) significam.

A partir do objeto discursivo, procurou-se relacionar as formações discursivas distintas – que podem ter-se delineado no jogo de sentidos. O analista deve estar atento ao discurso do sujeito para apreender o não-dito através do dito. Os processos metafóricos, metonímicos, os lapsos, os equívocos, enfim, a práxis discursiva constituem chaves das explicações, visto que possibilitam ao sujeito fazer um jogo discursivo que procura encobrir o que o sujeito tem a ilusão de não revelar,

pois somente a partir da materialidade discursiva é que se pode chegar ao silenciado, à ideologia (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010); sempre tendo como premissa que “o fato de as classes não serem ‘indiferentes’ à língua se traduz pelo fato de que todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes” (PÊCHEUX, 2009, p. 82).

Na dimensão do significar, do jogo de palavras, é mais importante desmontar a noção de linearidade na qual o silêncio faz sua entrada. Os muitos sentidos, o efeito do sentido literal e o (in)definir-se na relação das diversas formações discursivas sustenta-se no silêncio. Assim, todo discurso já é uma fala que fala com outras palavras, através de outras palavras (ORLANDI, 2010).

Por fim, o desvelamento do silenciado se processou a partir da captação do interdiscurso que atravessa a materialidade discursiva, derivado das condensações e deslocamentos. A interpretação do lugar discursivo, da posição do sujeito, efetuou-se levando em consideração as palavras, as expressões, as proposições sustentadas por aqueles que as empregaram, isto é, em referência às posições ideológicas nas quais essas posições se inscreveram (FLORÊNCIO et al., 2009). Por outro lado, a análise realizada também parte de um lugar discursivo; portanto, do mesmo modo, é afetada ideologicamente pela posição de classe.

A circularidade de discursos na sociedade propicia a manutenção ou alteração de regras sociais determinadoras das relações de dominação que somente podem ser detectadas nos sentidos silenciados e obscurecidos do dizer (FLORÊNCIO et al., 2009). A partir desse referencial teórico, analisou-se o discurso oficial da reforma curricular do curso médico apontada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as quais se fundamentam na formação educacional baseada em competências, identificando quais os efeitos de sentidos da noção de competências adotada pelo Ministério da Educação e Cultura.

### **3 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO MÉDICO**

#### **3.1 Condições de Produção Amplas**

No final dos anos 60, o modelo de desenvolvimento fordista entra em crise em virtude da diminuição da taxa de lucratividade, da redução do poder de compra do mercado, da elitização do consumo, da acirrada competitividade intercapitalista mundial, da desregulamentação do mercado e da força de trabalho (DELUIZ, 2001; PIRES, 2008). Em resposta à crise, nas últimas três décadas do século XX, os países capitalistas promoveram um processo de reestruturação do capital através de ajustes macroeconômicos e transformações no modelo de produção industrial, nas relações de trabalho, na economia e na geopolítica do mundo, conduzindo à substituição do fordismo pelo toyotismo (PIRES, 2008; SAVIANI, 2011).

Diante dessa reestruturação econômica, os sistemas educacionais não atendiam às novas necessidades da sociedade capitalista. Assim, agências internacionais elaboraram diretrizes às políticas educacionais dos Estados, alinhando as políticas de recursos humanos às estratégias empresariais, respondendo à preocupação internacional (DELUIZ, 2001; BINDÉ, 2007; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011), mantendo-se a crença na contribuição da educação para o processo econômico-produtivo, marca distintiva da Teoria do Capital Humano segundo Saviani (2011).

Assim, desde a década de 70, a UNESCO vem promovendo as discussões da educação no âmbito mundial, tais como: o relatório “Aprender a Ser” (1973); o relatório “Educação: um tesouro a descobrir” (1996); a XXI Conferência Mundial sobre o Ensino Superior e a Declaração Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI (1998); o relatório “Os sete saberes necessários para a educação do futuro” (1999).

O relatório Faure, “Aprender a Ser”, demonstrou os progressos e as dificuldades da educação e advertiu sobre a necessidade de enfrentar os desafios de uma nova situação social (SACRISTÁN, 2011). O relatório “Educação: um tesouro a descobrir” (1996), organizado por Jacques Delors, propôs como orientação

do currículo quatro pilares básicos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. Esse relatório fez um diagnóstico sobre o atual contexto planetário de interdependência e globalização e indicava como principal tensão a ser resolvida no século XXI a vertigem provocada pela mundialização e a necessidade de referências e raízes. Nesse documento, o ensino superior é visto como motor do desenvolvimento econômico, depositário e criador de conhecimento mediante o ensino e a pesquisa adaptada à economia e à sociedade (SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

O relatório “Os sete saberes necessários para a educação do futuro”, elaborado por Edgar Morin à UNESCO em 1999, buscava orientar os saberes necessários para o século XXI que são: 1) transmitir um conhecimento capaz de criticar o próprio conhecimento; 2) proporcionar uma educação que garanta o conhecimento pertinente, propiciando uma inteligência geral apta a compreender o contexto, o global, o multidimensional e a interação complexa dos elementos; 3) ensinar a condição humana para que todos se reconheçam em sua humanidade comum e na diversidade cultural inerente à humanidade; 4) ensinar a identidade terrestre - o desenvolvimento intelectual, afetivo e moral em escala terrestre; 5) enfrentar as incertezas na educação; 6) educar para desenvolver a compreensão, tanto interpessoal e intergrupar como planetária; 7) ressaltar a ética do gênero humano como válida para todos (MORIN, 2002; SACRISTÁN, 2011).

A “Declaração Mundial sobre Educação Superior para o século XXI: visão e ação” foi elaborado na Conferência Mundial para Educação Superior em Paris, em 1998, a qual reconhece a importância vital da educação superior para o desenvolvimento sociocultural e econômico, assim como para a construção do futuro. Destaca-se, nessa declaração: a educação para o desenvolvimento sustentável; a formação de cidadãos responsáveis; a promoção, a reprodução e a difusão dos conhecimentos por meio da pesquisa; visa a contribuir para o pluralismo e diversidade cultural; a constituição da cidadania; visa a atuar eticamente e com rigor científico e intelectual na difusão dos valores universais; a promoção da igualdade de acesso à educação superior independentemente de gênero, raça, necessidades especiais, minorias culturais e linguísticas; melhorar a articulação entre os problemas da sociedade e do mundo do trabalho na educação superior; o

fortalecimento do vínculo com o mundo do trabalho através de estágios, intercâmbios e revisão curricular; a diversificação de modelos de educação superior, como horários flexíveis, cursos em módulos, ensino à distância com apoio, entre outros (por exemplo, a Universidade Aberta do Brasil, os mestrados profissionais, o Ciência sem fronteiras, os intercâmbios internacionais); novas aproximações didáticas e pedagógicas para facilitar a aquisição de conhecimentos práticos, competências e habilidades; absorção das tecnologias de informação e comunicação aplicadas ao ensino, à formação e à pesquisa; a política de intercâmbio e compartilhamento do conhecimento (UNESCO, 1988).

Conforme Castanho (2000), a Declaração Mundial sobre a Educação Superior pactuou um compromisso entre os modelos contemporâneos de educação, incorporando, parcialmente, o modelo emergente, o modelo neoliberal-globalista-plurimodal e o modelo hegemônico em crise, o democrático-nacional-participativo, num tom que aproxima o referencial crítico-cultural-popular.

Esses relatórios propiciaram uma visão globalizada dos diagnósticos sobre os sistemas educacionais e favoreceram a homogeneidade das possíveis soluções, sem considerar as diferentes realidades, respaldadas na necessidade do desenvolvimento econômico. Apesar da elaboração de diagnósticos gerais e documentos norteadores à política educacional, a UNESCO vem perdendo o protagonismo e a capacidade de liderar o discurso sobre a educação para o Banco Mundial e a OCDE (SACRISTÁN, 2011).

Para o autor supracitado, é grande e global a preocupação da educação e sua adequação ao mercado econômico. Na Europa, na década de 80, também despontaram preocupações relativas à educação em nível mundial, mencionado pelo relatório “Aprender, horizontes sem limites”. Nos Estados Unidos, em 1983, o relatório intitulado “*A nation at risk*” lançou um debate sobre os déficits do sistema educacional americano, manifestando o temor da perda da liderança econômica, científica e tecnológica. A política econômica neoliberal se impôs envolta na política conservadora que afetou decisivamente a política educacional e ultrapassou suas fronteiras.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) possui uma linha de trabalho e pesquisa – Projeto *Definition and Selection of Key Competencies* (DeSeCo) – com uma importante projeção sobre as políticas dos Estados membros, dentre eles o Brasil. O Projeto DeSeCo, Definição e Seleção de Competências-Chave, tem a finalidade de planejar e desenvolver uma estratégia coerente e de longo prazo para realizar as avaliações e elaborar os indicadores de competências-chave de jovens e adultos justificada pelo caráter econômico. Desde o primeiro simpósio, em 1999, confeccionaram-se os documentos “*Projects on competencies in the OECD context: Analysis of theoretical and conceptual foundations*” (1999) e “*Defining and Selecting Key Competencies*” (2001), que cristalizaram a primeira definição das competências básicas e tornaram explícitas as justificativas econômicas. No segundo congresso da OCDE, realizado em 2002, manteve-se a ideia de um projeto cujo objetivo é dar uma referência para interpretar resultados empíricos acerca dos resultados da aprendizagem e do ensino. Em 2003, os argumentos tornaram-se mais refinados e atenderam a dimensões educacionais e esclareceram as razões econômicas disfarçadas em uma linguagem técnico-científica (SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

De acordo com os autores acima, o Banco Mundial tem ocupado uma posição relevante na interlocução entre as agências internacionais, seja por se constituir em um indutor de políticas, seja por financiá-las, destacando-se pela disseminação de ideologias. O Banco Mundial tem recomendado mais atenção aos resultados, ao sistema de avaliação de aprendizagem e ao investimento em capital humano, atentando para a relação custo-benefício; propõe, além da descentralização da administração das políticas sociais, maior eficiência no gasto social e maior articulação com o setor privado na oferta da educação.

O Banco Mundial reafirma que a velocidade com que se adquirem novos conhecimentos tende a tornar as mudanças de emprego mais frequentes na vida das pessoas, devendo-se priorizar, para a educação, a formação de trabalhadores adaptáveis, capazes de adquirir novos conhecimentos sem dificuldades, atendendo às demandas da economia (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

A CEPAL, na década de 90, alertou quanto à urgente implementação das

mudanças educacionais demandadas pela reestruturação produtiva através do documento “*Transformación Productiva com Equidad*”, tais como: versatilidade, capacidade de inovação, comunicação, motivação, destrezas básicas, flexibilidade para adaptar-se a novas tarefas e habilidades como cálculo, ordenamento de prioridades e clareza na exposição (SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011). Em 1992, a CEPAL, juntamente com a UNESCO, publicou “*Educación y Conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*”, o qual esboçava as diretrizes para ação no âmbito das políticas e instituições que pudessem favorecer às vinculações sistêmicas entre educação, conhecimento e desenvolvimento. Por outro lado, o documento enfatizava a necessidade de reformas administrativas que operassem no sentido de transformar o Estado administrador e provedor em um Estado avaliador, incentivador e gerador de políticas (LAMPERT, 2002; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Em 1993, a V reunião do Comitê Regional Intergovernamental PROMEDLAC conferiu papel central à educação nas novas estratégias de desenvolvimento sustentável, tanto para o crescimento econômico, cujo eixo seria a incorporação de conhecimentos no processo produtivo, quanto para a justiça e a equidade social, momento no qual o Brasil alinhou-se à ofensiva política e econômica (SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

No campo da saúde e da formação médica, a Declaração de Alma-Ata (1978), as Conferências Mundiais de Educação Médica organizadas pela Federação Mundial de Educação Médica, as iniciativas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm dirigido essas discussões.

A Declaração de Alma-Ata foi um marco político de âmbito mundial, visando à implantação da atenção primária à saúde para todos, indistintamente, até o final do século XX, propondo a incorporação do direito à universalidade e à equidade no acesso ao sistema de saúde na prática. Observava-se que a ideologia liberal regida pelos padrões de mercado direcionavam a prática médica à especialização, à mercantilização e à falta de visão social; assim, grande demanda da população não era assistida por falta de acesso à assistência à saúde. Dessa forma, a Declaração

de Alma-Ata se contrapunha ao modelo hospitalocêntrico e orientava o exercício da medicina preventiva devido à ausência de solução para os problemas de saúde em geral, apesar dos avanços científicos e tecnológicos. A XXI Conferência Sanitária Pan-Americana (1988) trouxe a importância da sua concretização na América Latina (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002).

Em 1986, na Conferência de Ottawa, oficializou-se a proposta de Promoção da Saúde no âmbito internacional e ampliou-se o entendimento da saúde como qualidade de vida, definindo a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Isso direcionou a novas políticas de saúde, enfatizando a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e dando prioridade aos cuidados primários (LAMPERT, 2002; BRASIL, 2002b).

A I Conferência Mundial de Educação Médica (1988), em Edimburgo, propôs mudanças substanciais, destacando-se, conforme OPAS (1994) e Lampert (2002): ambientes educacionais relevantes; currículos baseados nas necessidades de saúde; aprendizagem ativa e duradoura; aprendizagem com base na competência; professores treinados para ser educadores; integração da ciência com a prática clínica; seleção de alunos também por atributos intelectuais e não cognitivos; coordenação da educação médica com os cuidados de saúde; formação equilibrada de tipos de médicos; educação médica continuada; treinamento multiprofissional. Nessa conferência, a OMS lançou um documento, "*Changing Medical Education: an agenda for action*", que sistematizou as transformações da formação médica às novas exigências da sociedade e a busca de financiamentos para implementar a melhoria da relevância social e a sua eficiência (WHO, 1991; KIRSTEN, 2006). Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde promoveu quatro conferências internacionais sobre Promoção de Saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997), desenvolvendo suas bases conceituais e políticas. Em 1992, a OPAS trouxe esses conceitos para o contexto da América Latina, através da Declaração de Bogotá (1992), reconhecendo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento e buscando a conciliação dos interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos (LAMPERT, 2002).

Em 1992, a OPAS difundiu o documento “As Mudanças na Profissão Médica e sua Influência sobre a Educação Médica”, de forma preparatória às discussões da II Conferência Mundial de Educação Médica. A II Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1993) e a Conferência Continental de Educação Médica (Punta Del Este, 1994) destacavam: distorções do mercado de trabalho médico, o modelo da formação médica educacional centrado no hospital e com tendência à especialização de alto custo; avanço científico e tecnológico; crescimento exponencial das informações; e a crença ilusória num potencial de superação extremado e em caráter permanente de todos os problemas de saúde. Nesse contexto, desenvolve-se uma medicina socialmente fragmentada que reproduz e alimenta a desigualdade na sua prática e não atende às necessidades de atenção básica (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002). A II Conferência Mundial de Educação Médica aponta que muitas das soluções para os desafios da saúde estão além do conhecimento do médico e/ou do setor de saúde, devendo o médico do século XXI ser replanejado, conforme OPAS (1994, p. 21):

Os médicos devem ser preparados para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa. [...] Os médicos devem também ser melhores fornecedores dos cuidados básicos de saúde; comunicadores, pensadores críticos, motivados para aprender durante a vida toda, especialistas da informação, praticantes de economia aplicada, da sociologia, antropologia, epidemiologia e medicina comportamental; administradores de uma equipe de saúde; e advogados da comunidade.

A OPAS e a OMS criaram a “*Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*”, composta por programas ou experiências inovadoras na formação de profissionais de saúde de diversas regiões do mundo. Esses programas possuíam em comum a orientação comunitária e a estratégia de aprendizagem baseada em problemas. Na América Latina, ganhou expressão com a adesão dos Projetos “Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde” – Projetos UNI (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002).

A profusão de documentos internacionais acerca das novas estratégias educacionais e reorientação das práticas da atenção à saúde aos usuários dos sistemas de saúde vieram a influenciar diretamente as políticas de saúde e de

educação no Brasil em virtude dos financiamentos internacionais e do alinhamento à política internacional.

### **3.2 Condições de Produção Restritas**

No Brasil, na década de 60, houve um intenso movimento de reforma universitária apoiada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), que pressionou o governo militar a formular uma política de reestruturação do ensino superior. Assim, a partir da Reforma Universitária de 1968, o Brasil adotou oficialmente o modelo americano baseado no Relatório Flexner (1910) e instituiu os departamentos de Medicina Preventiva que influenciaram fortemente a formação médica no Brasil (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002; SILVEIRA, PAIM, 2005; MARTINS, 2009). Todavia, a Reforma de 1968 não correspondeu as mais amplas e reais reivindicações dos movimentos populares e estudantis.

Desde esse período, segundo Lampert (2002), há estudos e recomendações nacionais quanto ao direcionamento da formação do médico geral na graduação influenciado pela CEPAL através das discussões da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), MEC, Ministério da Saúde (MS), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação Brasileira de Medicina Familiar, da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, de médicos e docentes de escolas médicas de várias unidades da Federação.

Em meados da década de 70, crescia, no Brasil, um movimento crítico reivindicando mudanças no sistema educacional brasileiro, com amplo espectro de reivindicações, desde um sistema nacional de educação orgânico à concepção de educação pública e gratuita como direito público subjetivo e dever do Estado concedê-la. Essas reivindicações eram veiculadas por novos partidos de oposição, constituídos a partir das recém-criadas associações científicas e sindicais da área, tais como: a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES), a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE); a revista

Educação & Sociedade, Revista da Associação Nacional de Educação (ANDE); os Cadernos do Centro de Estudos de Direito Econômico e Social (CEDES); e, em eventos de grande porte, as Conferências Brasileiras de Educação (CBEs), as reuniões anuais da SBPC, entre outros (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Perduraram, durante as décadas de 70 e 80, as discussões sobre a formação do médico generalista e os questionamentos acerca da insuficiência do currículo de graduação e a necessidade de pós-graduação, momento no qual surgiram as residências médicas em Medicina Comunitária. Nesse momento, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), maior fornecedor de serviços médicos, abria concurso para especialistas o que retrata a incongruência entre as políticas de orientação da formação dos recursos humanos à saúde focadas nos médicos gerais e as políticas da estruturação dos serviços, criando e acenando para outro tipo de espaço no mercado de trabalho (LAMPERT, 2002).

Ainda durante a ditadura militar brasileira, os departamentos de Medicina Preventiva e os opositores absorvidos pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento articularam o movimento de Reforma Sanitária que consolidou suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) e estava em consonância com a Declaração de Alma-Ata e com a Conferência de Ottawa (LAMPERT, 2002; ESCOREL, 2008). Nessa arena política, a Reforma Sanitária e a VIII CNS foram marcos históricos fundamentais à Constituição que assegurou a “saúde como direito de todos e dever do Estado” e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), fundadas nas teorias de Bem-Estar Social, contrapondo-se às ideias neoliberais que insidiosamente influenciavam o governo brasileiro (LAMPERT, 2002; ROS, 2004; ESCOREL, 2008). A Lei 8.080/90, publicada posteriormente, regulamentou a criação do SUS e estabeleceu a ordenação da formação dos profissionais da saúde como um dos seus campos de atuação (BRASIL, 1990; MAIA, 2004; ESCOREL, 2008).

O movimento da Constituinte no Brasil, iniciado em 1987, culminou com a Carta Magna de 1988, que estabelecia à política educacional: a obrigação educacional compartilhada entre Estado e sociedade; a autonomia didático-científica-administrativa e de gestão às universidades; a indissociabilidade ensino-

-pesquisa-extensão; o plano nacional de educação que, entre suas atribuições, deveriam conduzir à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país (BRASIL, 1988; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Simultaneamente, em 1987, iniciaram-se as discussões acerca do projeto da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). Após quase uma década do início das discussões e dos diversos descaminhos durante a sua tramitação no Congresso durante os governos de Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (FHC), a LDBEN foi aprovada sob a Lei 9.394, de dezembro de 1996 (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Durante o governo do presidente Fernando Collor, segundo os autores supracitados, houve a entrada do modelo neoliberal no Brasil e disseminou-se a ideia da necessidade de dominar os códigos da modernidade para sobrevivência no mercado global. A partir daí, diversos documentos contendo análises e propostas à economia e à educação da América Latina e do Caribe influenciaram a redação e a tramitação do projeto da LDBEN/96.

Na Conferência Mundial de Educação para Todos, em Jomtien - Tailândia, em 1990, os governos dos países com maior taxa de analfabetismo, entre eles o Brasil, comprometeram-se a impulsionar políticas educativas que vieram a influenciar o Plano Decenal de Educação para Todos, em 1993, bem como os anteprojetos da LDBEN de 1996. As propostas neoliberais à educação foram implementadas insidiosamente por Itamar Franco no Plano Decenal; todavia, ampliaram-se e se concretizaram no governo Fernando Henrique (LAMPERT, 2002; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Ao longo dos anos 90, a política educacional dispersou-se em uma profusão de medidas que reformaram profundamente o sistema educacional brasileiro, apoiadas em justificativas elaboradas por técnicos de organismos multilaterais e intelectuais influentes no país. O Brasil procurou a adesão de empresários e trabalhadores para compor a política educativa e, em 1992, na Universidade de São Paulo (USP), reuniram-se vários representantes das diversas esferas da sociedade civil que confeccionaram a Carta Educação. Esse documento evidencia a carência

da educação fundamental como principal entrave ao desenvolvimento do país, e também afirma que, ao Brasil, faltam condições para enfrentar a competição internacional pela inadequação de seu sistema produtivo, necessitando-se duma mudança na política educacional (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) por entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica, a partir da solicitação de avaliação dos egressos para habilitar-lhes ou não para o exercício profissional. Essa comissão, inicialmente, diagnosticou a situação de 76 escolas médicas brasileiras a partir de um instrumento da OPAS, o qual tornou explícita a situação insatisfatória das escolas médicas e proporcionou a seleção de variáveis a serem estudadas na etapa subsequente (corpo docente, egresso, modelo pedagógico) (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002). Na segunda etapa, promoveram-se debates, oficinas e discussões que erigiram a possível construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos de avaliação, objetivando à construção das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico (LAMPERT, 2002).

As políticas educacionais das décadas de 1980 e 1990 caracterizaram-se por controle, competitividade, liberdade de escolha dos consumidores, fixação do currículo em conteúdos básicos, assim como submissão da educação às demandas do mercado de trabalho ou ao sucesso nos mercados abertos e necessidade de estabelecer mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços educacionais propostas pelos seus idealizadores (DELUIZ, 2001; SACRISTÁN, 2011). Desse modo, avançar-se-á para o conhecimento da política educacional, especificamente no governo FHC, quando foram editadas as DCNs do curso de Medicina.

### 3.2.1 A política educacional na era FHC (1995-2002)

A democratização política e a liberalização econômica foram os dois principais processos de mudança política ocorridos no Brasil contemporâneo, pós-ditadura militar, iniciados no governo Collor e consolidados no governo FHC. O

significado político nuclear do período FHC foi a fixação do arcabouço de uma nova forma de Estado à sociedade brasileira, a um só tempo democrática (em termos políticos) e moderadamente liberal (nas relações com a economia) (SALLUM Jr., 2003).

O primeiro governo FHC (1995-1998) foi marcado pela estabilização monetária e pelas reformas constitucionais. Nesse período, segundo Couto e Abrúcio (2003), lançaram-se as bases do que seria o novo modelo da relação Estado-mercado: privatizou-se um imenso patrimônio acumulado ao longo de décadas, promoveu-se a reforma do sistema financeiro e o acordo da dívida dos estados. Nesse ínterim, houve uma explosão da dívida interna devido à grande reestruturação da dívida pública e dos juros altos, além dos receios dos detentores de títulos públicos, o déficit de transações correntes e a diminuição das reservas internacionais. Apesar da crise cambial, a inflação mantinha-se sob certo controle, mas o país não crescia nem gerava empregos, o que reduziu o encanto do Plano Real.

A política macroeconômica do segundo governo (1999-2002) foi marcada por mudanças nas áreas fiscal, cambial e monetária, passando a contar com um regime mais sustentável e transparente, cuja eficácia permaneceu limitada pela herança do regime anterior, gerador de desequilíbrios e pela instabilidade financeira internacional e doméstica no período (OLIVEIRA, TUROLLA, 2003).

Durante o terceiro ano do seu segundo governo, ocorreram a crise de oferta de energia elétrica (“apagão”), a desaceleração da economia norte-americana, a crise da economia argentina, os atentados de onze de setembro, na cidade de Nova York, e os escândalos contábeis que afetaram empresas norte-americanas. Tal sucessão de eventos depreciou fortemente o câmbio e fez retrain os investimentos produtivos (SALLUM Jr., 2003).

Para o autor acima, o racionamento energético reduziu, consideravelmente, a atividade econômica, bem como acarretou a desconfiança da população. A incapacidade de reformar o modelo econômico, com vistas a reduzir a vulnerabilidade externa e gerar maior crescimento, prejudicou o desempenho do

presidente reeleito. Houve descompasso entre o ajuste fiscal e a reforma institucional, levando ao fiscalismo em detrimento da modernização administrativa do Estado. Além disso, o enfraquecimento das bases políticas do governo inviabilizou a continuidade da reforma administrativa do Estado.

A política econômica transformou as relações Estado-mercado, a partir das quais iniciaram-se as discussões acerca das orientações das mudanças curriculares para vencer a falta de desenvolvimento do país e de emprego no terceiro ano do primeiro governo FHC, dentro da nova forma de Estado. Durante o primeiro governo FHC (1995-1998), destacamos alguns acontecimentos importantes à política educacional: o documento “Questões críticas da educação brasileira” (1995); a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/96); e o edital 04/97 do MEC – Diretrizes Curriculares.

O documento “Questões críticas da educação brasileira” (1995) salientou a busca à adequação dos objetivos educacionais às novas exigências do mercado internacional e interno, a consolidação do processo de formação do cidadão produtivo<sup>3</sup> e aumento da competitividade internacional, a maior qualificação do trabalhador, a capacitação tecnológica, os mecanismos de cooperação à educação, a empregabilidade e os mecanismos nacionais de avaliação (SALM, FOGAÇA, 1995; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

No ensino superior, consoante Salm e Fogaça (1995), esse instrumento escrito reconheceu a expansão desordenada, privatista e voltada à especialização após a Reforma Universitária, destacando, também, a falta de envolvimento desse segmento para a melhoria do ensino básico e a preocupação com uma revisão curricular que priorize a qualidade e a produtividade, gerando maior competitividade nos produtos e serviços, além da articulação da universidade com segmentos do executivo e/ou empresas.

---

<sup>3</sup> O vocábulo cidadão produtivo surge no contexto do processo de reestruturação produtiva do capitalismo e ganhou força no cenário dos embates da ideologia da mundialização do capital. Esse conceito possui uma concepção mercantil, nesse sentido, o cidadão deve possuir as qualidades necessárias a sua inserção na economia de mercado, o qual o aliena de sua generalidade em comunhão política com os demais homens, para submetê-lo aos ditames da produtividade exigida pela reprodução do capital (FRIGOTTO, CIAVATTA, 2003).

Como ressaltado anteriormente, após longa tramitação no Congresso, discussões e modificações, a LDBEN/96 foi aprovada na era FHC, integrou a noção de competência à reforma educacional e estabeleceu a autonomia universitária desde que observadas as diretrizes gerais pertinentes.

A LDBEN/96 assimila algumas orientações dos organismos internacionais nas suas finalidades, tais como: estimular a criação cultural, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar profissionais aptos para a inserção em setores profissionais; incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica; promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos; suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento, integrando os conhecimentos; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente; promover a extensão. Acredita-se que, a partir da parceria a ser construída entre setor privado e governo, entre universidade e indústria, viriam o dinamismo e a sustentação das reformas (BRASIL, 2010).

Assim, ainda com relação ao ensino superior, a LDBEN/96 indicou: maior articulação/integração entre universidade e empresas, através de programas de pesquisa, de pós-graduação e cooperação e assistência técnica; articulação entre universidades e secretarias estaduais e municipais; flexibilidade da pós-graduação sem diferenciação na qualidade e no status da formação oferecida; gestão democrática visando à maior captação de recursos próprios através de uma melhor administração do patrimônio, bem como maior cooperação com os sistemas produtivos (BRASIL, 2010; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Diante desse cenário nacional, o MEC elaborou as “Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação”, publicadas no Parecer da Comissão Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) 776/97 de 3/12/97 e, em seguida, publicou o edital nº 04/97 – Diretrizes Curriculares, convocando as Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentar propostas às novas DCNs dos cursos superiores a serem elaboradas por Comissões de Especialistas da Secretaria de Educação Superior (SESu).

Esse edital definia o conjunto de elementos constitutivos das Diretrizes

Curriculares: perfil do egresso, competências e habilidades, conteúdos curriculares, duração dos cursos, estrutura modular, estágios e atividades complementares e conexão com a avaliação institucional (BRASIL, 1997; MELO, 2004).

A Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), criada em 1985 por incentivo da Fundação Kellogg, desde a sua criação mobilizou atores da saúde junto a entidades, como a CEBES e a ABRASCO, e buscava transformar o modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde com ênfase na promoção. A Rede Unida, em resposta ao edital supracitado, incentivou a formulação e o debate de propostas pelos seus associados e procurou sistematizá-las, participou ativamente de audiências públicas, fóruns, seminários e eventos, tendo por finalidade aprofundar análises e construir propostas concretas em torno do assunto. Assim, a Rede Unida destacou-se como o primeiro movimento que apresentou propostas de diretrizes para vários cursos da saúde e que foram assimiladas em grande parte às diretrizes curriculares (REDE UNIDA, 1998; MELO, 2004; STELLA, 2006).

Em 1999, o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) publicou o título “Tecnologia, emprego e educação: interfaces e propostas”, trazendo à tona questões como a desestruturação do mercado de trabalho, a expansão das ocupações precarizadas, a relação entre nível educacional e inserção no mercado de trabalho e recomendando a implementação das propostas contidas no documento “Questões críticas da educação brasileira” (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Nesse mesmo ano, consoante Stella e Campos (2006), a Comissão de Especialistas do Ensino Médico da SESu apresentou a sua proposta no mês de abril. Esta foi considerada muito conservadora pela ABEM, pois não havia ênfase à atenção primária, não favorecia a integração e interdisciplinaridade, o ensino extramuros, a aproximação com os serviços de saúde e a comunidade, nem referenciava as metodologias de ensino-aprendizagem que incentivassem o aprender a aprender e a educação permanente, orientadas pela II Conferência de Educação Médica e a Declaração Mundial sobre Educação Superior no século XXI. À vista disso, a ABEM, junto com a Secretaria de Políticas do MS e OPAS, negociaram a revisão crítica da proposta junto com a Diretoria de Políticas de

Educação Superior da SESu, compatibilizando-a com a proposta da CINAEM e da Rede Unida.

Em janeiro de 2000, os autores acima referidos relatam que diretores e coordenadores de 63 escolas médicas revisaram a proposta e, em agosto, apresentaram uma proposta de consenso que foi aprovada no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), encaminhada à SESu, endossada pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico e enviada à Câmara de Educação Superior (CES).

As Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação foram reapresentadas em 2001 por meio do Parecer CNE/CES 583/2001 de 04/04/2001 e, logo em seguida, apresentaram-se, através de publicações no Diário Oficial da União, as diretrizes dos cursos superiores específicas, que foram construídas a partir das propostas enviadas pelas IES (BRASIL, 2001a).

O Parecer CNE/CES 1.133/2001, publicado em 07 de agosto de 2001, apresentava as linhas gerais e as DCNs dos Cursos de Graduação da área de saúde (Medicina, Enfermagem e Nutrição) (BRASIL, 2001b). Nesse mesmo período, o CNE promoveu uma audiência pública para apresentação e discussão das propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina a pedido da ABEM e da Rede Unida, que encerrou a fase de elaboração de propostas as quais seguiram para apreciação final pela Câmara de Ensino Superior (CES) do CNE. As diretrizes foram aprovadas com ligeiras modificações e foram homologadas pela Resolução CNE/CES n. 4 de 07/11/01 (BRASIL, 2001c; STELLA, CAMPOS, 2006).

À vista disso, o MS e o MEC têm emitido portarias interministeriais à implementação da política educacional supracitada através do financiamento de programas, tais como: o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina - PROMED, ainda no governo FHC; e os Programas Nacionais de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE I e II, já no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva.

Por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 610, de 26 de março de

2002, esses ministérios impulsionaram o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares em três eixos – cenários de prática, orientação teórica e abordagem pedagógica – baseadas nas DCNs do Curso de Medicina (BRASIL, 2002a).

Posteriormente, o MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a SESu e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do MEC, e com o apoio da OPAS, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Ulteriormente, publicou a segunda fase do programa por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, ampliando-o aos demais cursos de graduação da área da Saúde (BRASIL, 2007).

Ante aos fatos históricos arrolados previamente, interrelacionados com as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, forma examinados alguns trechos desse documento, que constituiu o corpus de análise dessa dissertação.

#### 4 PERCURSO DISCURSIVO

Neste percurso, foram analisadas as sequências discursivas (SD) referentes aos preceitos instrutivos constantes nas DCNs do curso de graduação em Medicina, trabalhando os efeitos de sentidos da noção de competências/habilidades presentes nessa normatização.

O documento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina foi produzido no contexto da nossa sociedade capitalista. A dinâmica dessa sociedade gira em torno da dominação de classe dos que detêm o controle da propriedade dos recursos materiais sobre aqueles que possuem apenas sua força de trabalho afetando as outras esferas sociais, como a educação e a cultura, entre outros (SILVA, 2011).

Assim, a educação atua no setor econômico da sociedade capitalista, reproduzindo a lógica das relações sociais fragmentada em classes, suas desigualdades e contradições, contribuindo para reificação de sua reprodução e agindo como instituição de preservação e distribuição cultural da visão de mundo da classe dominante que permite o controle da sociedade (APPLE, 2006; TORRES, 2010; LOUREIRO, 2010). Contraditoriamente, ao mesmo tempo, a escola pode transformar essa cultura (RIOS, 2011).

Por meio da contextualização empreendida pelas condições de produção amplas e restritas, compreende-se que as DCNs do curso de graduação em Medicina constituem apenas uma das inúmeras medidas tomadas pelo governo brasileiro, coadunando-se com a política internacional de reestruturação produtiva fixada por agências internacionais. Assim, foi definido como corpus de análise as seguintes sequências discursivas extraídas das DCNs do curso de Medicina:

SD 1 - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina **definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos** [...] para aplicação em âmbito nacional na **organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos** dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior. [Grifo nosso]

SD 2 - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais[...]

SD 3 - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina **deverão** contribuir para a **inovação e a qualidade** do projeto pedagógico do curso. [Grifo nosso]

SD 4 - Utilizar metodologias que privilegiem a **participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos**, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. [Grifo nosso]

SD 5 - Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de **pluralismo e diversidade cultural**. [Grifo nosso]

SD 6 - **Educação permanente**: os profissionais **devem** ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. [...] **devem aprender a aprender** e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços [...] [Grifo nosso]

SD 7 - Os profissionais de saúde [...] **devem** estar aptos a desenvolver ações de **prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde** tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional **deve** assegurar que sua prática seja realizada de forma **integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde**, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. [Grifo nosso]

SD 8 - Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos **mais altos padrões de qualidade** e dos **princípios da ética/bioética**, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a **resolução do problema de saúde**, tanto em nível individual como coletivo. [Grifo nosso]

SD 9 - Tomada de decisão: o trabalho dos profissionais de saúde **deve** estar fundamentado na capacidade de **tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade**, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. [Grifo nosso]

SD 10 - Considerar a relação **custo-benefício** nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população. [Grifo nosso]

SD 11 - **Otimizar o uso dos recursos propedêuticos**, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos; exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em **evidências científicas**; utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, **validados cientificamente**, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção. [Grifo nosso]

SD 12 - **Promover estilos de vida saudáveis**, conciliando as necessidades tanto dos seus **clientes/pacientes** quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com **ênfase nos atendimentos primário e secundário**. [Grifo nosso]

SD 13 - Lidar criticamente com a **dinâmica do mercado de trabalho** e com as políticas de saúde. [Grifo nosso]

A resolução que institui as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, inicialmente, alude ao artigo nono da Lei 9.131/1995 e ao Parecer CNE/CES 1.133/2001. Esse artigo da Lei nº 9.131 designa o Conselho Nacional de Educação (CNE) e suas câmaras como colaboradores do MEC; e, dentre as atribuições da Câmara de Educação Superior (CES), a deliberação sobre as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.

O CNE, por dispor atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao MEC através da CES, está autorizado por lei a instituir e deliberar as DCNs e a obrigatoriedade das Instituições de Ensino Superior (IES) em cumpri-las, apoiadas pela LDBEN/96. Assim, o CNE exerce o seu papel por meio do parecer supracitado, o qual fundamenta e elabora as DCNs aos cursos de graduação na área de saúde e da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, a qual apresenta, especificamente, as DCNs do Curso de Graduação em Medicina.

A publicação das DCNS do curso de Medicina está compreendida no quarto período das ideias pedagógicas (1969- 2001), concatenada por Saviani (2011), e condiz com uma concepção pedagógica produtivista. Dentro dessa conotação, os princípios básicos da pedagogia tecnicista - a racionalidade, a eficiência e a produtividade – são as bases econômico-pedagógicas que almejam a obtenção do resultado máximo com o mínimo de dispêndio. Esses princípios estiveram presentes

na década de 70, acoissados sob iniciativa, controle e direção direta do Estado. Todavia, a partir da década de 90, assume-se uma nova conotação (neotecnicismo): advoga-se a valorização dos mecanismos de mercado, o apelo à iniciativa privada e às organizações não governamentais, a redução do tamanho do Estado e das iniciativas do setor público. Assim, há um empenho na redução dos custos, encargos e investimentos públicos por meio da transferência/parceria com a iniciativa privada e as organizações não governamentais.

SD 1 - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina **definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos** [...] para aplicação em âmbito nacional na **organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos** dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior. [Grifo nosso]

A primeira SD carrega o discurso de autoridade, impondo os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação de médicos pelas IES e a organização, o desenvolvimento e a avaliação de seus Projetos Político-Pedagógicos.

As DCNs ao servirem de parâmetro para organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Medicina, tornam implícito/não-dito que os melhores projetos político-pedagógicos desses cursos devem estar em consonância com as diretrizes propostas e, quanto mais distante delas, mais desvalorizadas serão as avaliações dessas instituições.

Na perspectiva do neotecnicismo, segundo Saviani (2011), o controle decisivo desloca-se dos processos aos resultados e, por meio da avaliação desses resultados, buscar-se-á garantir a eficiência e a produtividade. O Estado assume o papel de avaliador mediante a criação de agências reguladoras, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

O SINAES analisa as IES, os cursos e o Exame Nacional de Desempenho

de Estudantes (ENADE). Conforme Saviani (2011), trata-se de avaliar os discentes, as escolas e os professores, sendo a partir dos resultados obtidos, condicionando a distribuição de verbas e a alocação de recursos conforme os critérios de produtividade.

Essencialmente, o ENADE tem o propósito de verificar se as IES estão produzindo o resultado desejado, promovendo um sistema de classificação dessas instituições de acordo com o desempenho de seus estudantes. Isso tem proporcionado uma visão mercantilista da educação, cujo ensino se transformou numa mercadoria a ser consumida, determinando, muitas vezes, a escolha do local da formação profissional do estudante consoante a hierarquia das instituições de ensino fornecidas pelo SINAES.

Para Mira e Romanowski (2009), as avaliações externas funcionam como uma forma de controle político, subjugada aos valores de mercado, congruentes com as ideias de competitividade, concorrência e hierarquia. Ao assumir a lógica de mercado em detrimento da lógica dos direitos e deveres dos cidadãos concernentes à educação, que é política, de acordo com Amaral e Vergara (2011), tolhe-se o surgimento de uma nova consciência empresarial, governamental, acadêmica e política.

A valorização da submissão aos processos de garantia de qualidade fixados pelos sistemas de avaliações conduz muitas instituições de ensino a se alicerçarem mais nas instruções decretadas do que a traçarem suas próprias políticas ou mecanismos, determinando, desse modo, uma padronização dos desenhos dos projetos político-pedagógicos, das metodologias de ensino a serem utilizadas e das novas formas de organização acadêmica (AMARAL, VERGARA, 2011). Essa uniformização promove uma formatação da educação, o seu adestramento, domesticando a capacidade crítica dos indivíduos e favorecendo o controle do capital.

Além disso, Mira e Romanowski (2009) apotam que os sistemas de avaliação também mobilizam o mercado financeiro com o surgimento de empresas de avaliação em larga escala e de consultorias especializadas.

Consoante Saviani (2011), o neotecnicismo se faz presente, alimentando a busca da “qualidade total” na educação e a penetração da “pedagogia corporativa”. O conceito de “qualidade total” está relacionado à reconversão produtiva, promovida pelo toyotismo e se expressa em dois vetores, um externo e outro interno. A “satisfação total do cliente” constitui o primeiro vetor. Já o segundo vetor corresponde à aplicação da característica inerente ao modelo toyotista: capturar a subjetividade dos trabalhadores para o capital. Há a incorporação dos modelos empresariais na organização e no funcionamento das escolas; assim, empresas podem se transformar em agências educativas, consistindo na “pedagogia corporativa”. Essa pedagogia desdobra-se na abertura indiscriminada de faculdades guiadas pelos interesses de mercado e a educação passa a ser uma doutrinação, um convencimento e um treinamento para a eficácia.

Para o mesmo autor, a transposição do conceito de “qualidade total” das empresas às escolas passou a considerar os docentes como prestadores de serviço, os discentes como clientes e a educação como produto. Contudo, sob a égide da qualidade total, o verdadeiro cliente das escolas são as empresas ou a sociedade e os alunos são os produtos fornecidos aos clientes.

Por conseguinte, as DCNs buscam uma aproximação da educação com o mundo do trabalho através da proposição de competências e habilidades necessárias à inserção do egresso no mercado de trabalho. Assim, desenvolveremos as matrizes teórico-conceituais de competências e o conceito de competências e habilidades nesse trajeto.

A palavra competência se origina do latim (*competentia* = proporção, simetria; de *competere* = competir, concorrer). O dicionário Houaiss (2009) estabelece entre os seus significados: 1. Qualidade legítima de jurisdição ou autoridade, conferidas a um juiz ou a um tribunal, para conhecer e julgar certo feito submetido a sua deliberação dentro de determinada circunscrição judiciária; 2. Atribuição, alcançada; 3. Capacidade que um indivíduo possui de expressar um juízo de valor sobre algo a respeito do que é versado; idoneidade; 4. Soma de conhecimentos ou de habilidades; 5. Indivíduo de grande autoridade num ramo do saber ou do fazer, notabilidade; 6. Pretensão de mais de um indivíduo à mesma

coisa; concorrência; disputa, competição; 7. Luta, conflito, discussão.

O termo habilidade vem do latim *habilitas/habilitatis*, semelhante a aptidão, destreza, habilidade, disposição. Segundo Houaiss (2009), a habilidade é a qualidade ou a característica de quem é hábil; exercícios ginásticos de destreza. Ainda para o mesmo dicionário, hábil é: 1. Aquele que tem a maestria de uma ou várias artes ou um conhecimento profundo, teórico e prático de uma ou várias disciplinas; 2. Diz-se de quem tem uma disposição de espírito e de caráter que o torna particularmente apto para resolver as situações que se lhe apresentam ou para agir de maneira apropriada aos fins a que visa; astucioso, sutil, manhoso, esperto, sagaz; 3. Dotado de habilidade e rapidez; destro, ligeiro, ágil; 4. Que atende ao estabelecido por lei para produzir determinados efeitos jurídicos.

De acordo com Deluiz (2001), há várias matrizes teórico-conceituais que orientam a identificação, definição e construção de competências, direcionam a formulação e a organização curricular e se encontram ancoradas em modelos epistemológicos distintos: matriz condutivista ou behaviorista; funcionalista; construtivista e crítico-emancipatória. Essas diferentes visões teóricas proporcionam a polissemia do termo competências e expressam interesses, expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos que buscam a hegemonia de seus projetos políticos.

Conforme o autor acima, as matrizes condutivista/behaviorista e funcionalista estão estritamente ligadas à ótica do mercado e limitam-se à descrição de funções e tarefas dos processos produtivos. A matriz condutivista possui forte relação com o objetivo da eficiência social no exercício da sua função e está relacionada à origem da educação por competências.

Contudo, algumas de suas características comprometem a sua potencialidade científica e minam sua capacidade educacional: a formulação de objetivos de ensino em termos de condutas e práticas observáveis remete a taxonomias intermináveis e à fragmentação dos objetivos que correlacionam com o seu posto de trabalho; a concepção mecanicista e linear das relações entre microcompetências, entre estímulos e respostas ou entre acontecimentos e

comportamentos, onde uma microconduta pode ser reproduzida independentemente do contexto; além da crença na possibilidade e na necessidade de somar e justapor as microcondutas ou competências à formação de comportamentos mais complexos (DELUIZ, 2001; GÓMEZ, 2011).

Definitivamente, a interpretação condutivista considera que as competências, confundidas com as habilidades, têm um caráter estritamente individual e podem ser contempladas como livres de valores e independentes das especificidades de suas aplicações reais e dos contextos em que são desenvolvidas. As competências são consideradas comportamentos observáveis e sem relação com atributos mentais subjacentes, enfatizam a conduta observável em detrimento da compreensão, podem ser isoladas e treinadas de maneira independente, e são agrupadas e somadas sob o entendimento de que o todo é igual a mera soma das partes (GÓMEZ, 2011, p. 83).

Na matriz funcionalista, a função de cada trabalhador na organização deve ser entendida em sua relação com o entorno da empresa e com os seus subsistemas; assim, cada função é o entorno da outra. Todavia, nesse modelo, são mais importantes os produtos do que os processos como se fazem as coisas, a aprendizagem se restringe às atividades, e não aos seus fundamentos científico-tecnológicos (DELUIZ, 2001).

A matriz construtivista tem sua origem na França, sendo Bertrand Schwartz um dos seus principais representantes. A pedagogia das competências dessa matriz é aplicada tanto nos processos intraescolares de ensino e aprendizagem quanto nos processos mais globais de justificação e organização da ação educativa apresentando também finalidades socioeconômicas que compõem o discurso educacional contemporâneo (DELUIZ, 2001; RAMOS, 2001).

A noção de competência, numa concepção construtivista, atribui grande ênfase aos esquemas operatórios mentais e aos domínios cognitivos superiores na mobilização dos saberes. Operacionalmente, funda-se numa perspectiva funcionalista, ao traduzir as competências nos perfis de competências que descrevem as atividades requeridas pela natureza do trabalho (DELUIZ, 2001; ROOSLER, 2006).

Em conformidade com os autores supracitados, a construção do conhecimento é considerada pelos construtivistas como um processo individual, subjetivo, de desenvolvimento de estruturas cognitivas numa perspectiva naturalista da aprendizagem. As competências se constroem não só a partir das relações mútuas e as ações existentes entre os grupos e seu entorno, mas também entre situações de trabalho e capacitação, e concede importância equânime às percepções e contribuições dos trabalhadores diante de seus objetivos e potencialidades na sua formação, não havendo, nessa matriz, uma valorização do papel do contexto social para além da esfera do trabalho, na aprendizagem.

Consoante o raciocínio construtivista, segundo Roosler (2006) e Ramos (2001), o conhecimento a ser ensinado deve ter um valor funcional, prático-utilitário (pragmático), imediato, presente no ideário contemporâneo, valorizando mais a prática, o saber-fazer, o saber comunicar, do que a teoria ou o saber conceitual teórico-abstrato, onde a escola deve se preocupar em formar indivíduos com certas habilidades/competências. Nesse ponto de vista, cabe à escola adequar, ou melhor, adaptar os sujeitos às demandas e às características da sociedade globalizada do momento, estando ausente qualquer questionamento sobre o fato de a nossa realidade social e econômica ser regida pelo capital.

Assim, o sujeito, seu projeto e sua personalidade tornam-se o foco do processo educativo, visando à adaptação à instabilidade social e à necessidade de sobrevivência (RAMOS, 2001). Ademais, negligenciam-se as determinações históricas e sociais que incidem sobre a educação, promovendo uma certa despolitização de todo o processo formativo e de inserção social, minimizando a dimensão sócio-política da formação (DELUIZ, 2001; ROOSLER, 2006).

O modelo de competências possui indicações gerais à organização curricular: a investigação dos processos de trabalho e os perfis dos profissionais egressos; definição das competências profissionais básicas, gerais e específicas necessárias aos perfis identificados; desenho da estrutura do currículo, em geral flexível e modularizado; definição dos itinerários profissionais com critérios de acesso aos módulos e ao curso; definição das estratégias de aprendizagem – prática pedagógica interdisciplinar e contextualizada, processo centrado na

aprendizagem do aluno, individualização dos percursos de formação, construção significativa do conhecimento, seleção de situações de aprendizagem baseadas na pedagogia de projetos e situações-problema; e definição do processo de avaliação da aprendizagem (DELUIZ, 2001). As características apontadas acima foram concebidas pela Declaração Mundial sobre a Educação Superior no século XXI e nortearam o Parecer CNE/CES 776, de 03 de dezembro de 1997, e o edital 04/97 do MEC – Diretrizes Curriculares, aos quais as DCNs do Curso de Graduação em Medicina e dos demais cursos de graduação do Brasil, alinharam-se estruturalmente.

Em conformidade com a mesma autora, a matriz crítico-emancipatória está em construção e fundamenta-se no pensamento crítico-dialético, pretende ressignificar a noção de competência e apontar os princípios norteadores para investigação dos processos de trabalho, organização curricular e uma proposta de educação profissional ampliada. Nesse sentido, a noção de competência vai além do desempenho, torna-se multidimensional, engloba do individual ao sociocultural, situacional (contextual - organizacional) e processual.

Diante dos esclarecimentos acerca das matrizes de competências, prosseguimos com alguns conceitos referentes à competência.

O termo “competências” abrange os conhecimentos, as aptidões profissionais e o saber fazer adquiridos e aplicados num contexto específico, conforme a concepção da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2005).

Perrenoud (1999, p. 7) define a noção de competência como “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Para esse autor, a construção das competências está intrinsecamente interligada à formação de esquemas de mobilização de conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz na prática. Esses esquemas constroem-se a partir de treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, mais eficazes quando associados a uma postura reflexiva.

A competência, no âmbito da educação escolar, deve identificar o que qualquer pessoa necessita para responder aos problemas aos quais será exposta ao longo da vida. Portanto, a competência consistirá na intervenção eficaz nos diferentes âmbitos da vida, mediante ações nas quais se mobilizam, ao mesmo tempo e de maneira inter-relacionada, componentes atitudinais, procedimentais e conceituais (ZABALA, ARNAU, 2010, p.11).

O conceito de competências proposto por Gómez (2011) contempla o conjunto de atributos mentais que sustentam a capacidade e a vontade de ação dos sujeitos nas diferentes situações e contextos de forma ética.

É, em definitivo, o conhecimento ou sabedoria prática, carregada de intuição, conhecimento explícito e tácito, habilidades, intenções e emoções, que o ser humano utiliza em sua vida profissional, social ou pessoal para atender os complexos problemas da vida cotidiana (GÓMEZ, 2011, p. 84).

O documento *Defining and Selecting Key Competencies*, projeto DeSeCo, confeccionado pela OCDE, define competências como a capacidade de atender demandas complexas, desenhando e mobilizando fontes psicossociais (incluindo habilidades e atitudes) num contexto particular. Dessa forma, estende-se além do conhecimento e das habilidades (RYCHEN, SALGANIK, 2001).

Demo (2010, p. 11) opta pelo entrecruzamento dos significados de competências e habilidades, não os distinguindo, mas dentre elas destacando o “saber pensar’ como a habilidade/competência de analisar e mudar a realidade”.

Habilidade/competência implica, pois, a combinação jeitosa de análise e de intervenção. Na análise, aparece a capacidade de ordenar complexidades, de entender mecanismos em suas partes, de decompor o confuso em pedaços inteligíveis, de penetrar no todo camada por camada, esperando, ao fundo, encontrar algo mais simples, manejável e inteligível (DEMO, 2010, p. 11).

Numa perspectiva filosófica, conforme Rios (2011), as competências possuem quatro dimensões: técnica, estética, política e ética, e essas duas últimas desenvolvem uma relação dialética. A dimensão técnica corresponde aos saberes (conteúdo e técnica) necessários a intervenções no processo de trabalho; a dimensão estética relaciona-se à sensibilidade dos indivíduos na percepção das relações intersubjetivas que ocorrem no seu trabalho na qual o sujeito se deixa

afetar pelo trabalho e está atento às manifestações das pessoas do seu convívio; a dimensão política diz respeito à consciência na construção da sociedade e no exercício de seus direitos e deveres; por fim, a dimensão ética, orientada ao bem coletivo e estabelecida pelos princípios de respeito, justiça e solidariedade.

As diferentes visões teóricas proporcionam a polissemia do termo competências, sendo a orientação da educação por competências um tópico antigo, polêmico, todavia, atual na nossa conjuntura educacional.

As DCNs do curso médico foram publicadas há doze anos e estão construídas a partir da concepção do novo projeto educacional baseado em competências e habilidades a serem adquiridas pelos graduandos durante a sua formação. É um documento que apresenta voz impessoal, consensual, porém representativa do poder político central e interpretado no conflito entre poderes políticos locais. Assim, apresenta a proposta do seu projeto educacional:

SD 2 - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais [...]

O esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, a partir da crise estrutural do capitalismo<sup>4</sup>, nas décadas de 70 e 80, desencadeia a discussão do modelo de competências profissionais, objetivando racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho face às demandas do sistema produtivo nos diversos campos de trabalho (DELUIZ, 2001). Em conformidade com Ramos (2011), a hegemonia das classes empresariais motivou a emergência de novas categorias, as quais estão mais adequadas aos sistemas produtivos do modo de produção capitalista.

A origem do conceito de competências no âmbito educacional surgiu na década de 1970, nos Estados Unidos, ligada ao movimento de “eficiência social” e,

---

<sup>4</sup> O capitalismo, iniciou-se no século XVIII, é o sistema econômico baseado na legitimidade dos bens privados e irrestrita liberdade de comércio e indústria, com o principal objetivo de acumular riquezas por meio da mais-valia sobre o trabalhador (BEAUD, 2004; HOUAISS, 2009).

também, vinculada à Teoria do Capital Humano a partir da formulação inicial de Theodore Schultz na década de 50 (FRIGOTTO, 2008; SANTOMÉ, 2011; SAVIANI, 2011). Em sua formulação primordial, consoante Saviani (2011), essa teoria concebia como função da educação preparar as pessoas para atuar no mercado de trabalho em expansão, visando a assegurar a competitividade das empresas e o incremento da riqueza social e da renda individual. Entretanto, na década de 90, a Teoria do Capital Humano assume uma lógica voltada à satisfação de interesses privados, guiada na ênfase da capacidade e da competência individual de alcançar melhor posição no mercado de trabalho.

No plano pedagógico, em concordância com Zabala e Arnau (2010), o discurso das competências se inseriu no campo educacional em decorrência da necessidade de superar um ensino que, na maioria dos casos, ficou reduzido a uma aprendizagem memorizada de conhecimentos, dificultando a sua aplicabilidade no cotidiano.

Isso implica na passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares ao ensino de competências observáveis em situações concretas e específicas relacionadas aos processos de trabalho, conforme Roosler (2006). Assim, há o deslocamento progressivo do conceito-chave da sociologia do trabalho - qualificação profissional para a noção de competências profissionais (DELUIZ, 2001; RAMOS, 2011).

São três as dimensões do conceito de qualificação atribuídas por Schwartz (1995) *apud* Ramos (2011): conceitual, social e experimental. A dimensão conceitual define a qualificação a partir dos processos de formação associado ao valor dos diplomas; a dimensão social a põe no âmbito das relações sociais que se estabelecem entre os conteúdos das atividades e o seu reconhecimento social; e a dimensão experimental, que se relaciona ao conteúdo real do trabalho, ao conjunto de saberes que tem sido perseguido como condição de eficiência produtiva.

Para Arruda (2000), o novo modelo de qualificação profissional rompe com o protótipo de qualificação anterior e as atividades laborais passam a ser

desenvolvidas de forma interativa, necessitando de uma nova postura de abstração, criatividade, dinamismo e comunicação dos trabalhadores.

O deslocamento conceitual proposto à educação enfraquece algumas das dimensões da qualificação ao trabalho, provocando a crise do valor dos diplomas e das trajetórias lineares e rígidas de profissionalização e de classificação profissional (ARRUDA, 2000; ROOSLER, 2006; RAMOS, 2011). Em virtude do grande número de diplomados, a certificação torna-se um acessório no mundo do trabalho e as empresas passam a requisitar qualificações que agreguem valor ao diploma e sejam aplicáveis ao trabalho (ARRUDA, 2000).

Destarte, conforme o autor acima, o indivíduo busca qualificações que facilitem transpor as barreiras impostas pelo estrangulamento do mercado de trabalho e negociar seus conhecimentos para nele se inserir e/ou ascender hierarquicamente a novos postos de trabalho. A capacidade de mobilizar essas qualificações para engendrar conhecimento constitui o termômetro da competência e da eficiência do indivíduo para o mercado.

A ênfase no sujeito promove o individualismo próprio da sociedade capitalista e a busca desenfreada por capacitações pode acarretar uma desvalorização do padrão escolar, visto que a avaliação e a progressão do indivíduo estão relacionadas ao seu desempenho individual. Assim, o modelo de competência converte-se num meio de naturalização das diferenças salariais, atribuindo a responsabilidade ao indivíduo (ARRUDA, 2000; RIOS, 2011).

A educação passa a ser entendida como um investimento em capital humano individual que habilita as pessoas à competição pelos empregos disponíveis segundo Saviani (2011). Isso porque a ordem econômica atual se assenta na exclusão, pois não há emprego para todos e a automação diminuiu a necessidade de mão de obra. Assim, os diversos cursos e capacitações tornam o homem empregável, visando a escapar da condição de excluído, e inculcam o discurso burguês de que o sucesso e o fracasso são individuais e dependem do esforço pessoal e nisso consiste a pedagogia da exclusão (FRIGOTTO, 2008; TORRES, 2010; SAVIANI, 2011).

Esse discurso apaga as condições históricas da existência de cada indivíduo e oculta a estrutura de desigualdade social do capitalismo fundada nos interesses de classes organizadas para gerar riquezas a serviço da classe dominante. Destarte, a educação reproduz a lógica da sociedade capitalista por meio da ideologia do sucesso individual, depreciando a luta de classes dos trabalhadores, fazendo-os acreditar que só devem lutar pela busca particular de uma qualificação educacional adequada (TORRES, 2010; RIOS, 2011).

Diante do processo de reestruturação produtiva, do desenvolvimento das novas tecnologias e dos sistemas de organização do trabalho, abandonam-se alguns aspectos da qualificação como conceito organizador das relações de trabalho e de formação, sendo substituídos pela noção de competência e, por meio da política do silêncio, apaga-se o conceito de qualificação.

Em nome da eficiência produtiva, consoante Arruda (2000) e Ramos (2001), valorizam-se os conteúdos reais do trabalho, o conjunto de saberes e do saber-fazer na prática, indo além das aquisições de formação, incluindo os atributos pessoais, as potencialidades, os desejos e os valores dos indivíduos. A qualificação caracterizada por esses aspectos passa a ser concebida como qualificação real e remete, sobretudo, à pessoa, indo além da relação social estabelecida entre as capacidades profissionais e sua classe de salário. Isso acirra a competitividade e os sentidos humanos passam a ser subjugados à lógica da propriedade privada.

Eis a razão da não compreensão de docentes e órgãos de representação, da impossibilidade de criação de desenhos curriculares compatíveis com a formação médica à atenção primária, pública. Por outro lado, não se pode colocar toda a força impulsionada à transformação ou à adequação social, do mundo do capital, na educação.

Para o modelo de competências, em concordância com Arruda (2000) e Ramos (2011), é mais importante a capacidade de mobilizar os saberes disciplinares ou técnico-profissionais para resolver problemas e enfrentar imprevistos no cotidiano profissional. Nesse contexto, adquirem relevância as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador e podem vir a esmaecer os debates acerca da

valorização da formação humana. O capitalismo, assim, se apropria das potencialidades humanas (físicas, intelectuais e emocionais) e aliena os indivíduos quanto ao uso das mesmas como mercadoria - força de trabalho.

SD 3 - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina **deverão** contribuir para **a inovação e a qualidade** do projeto pedagógico do curso. [Grifo nosso]

SD 4 - Utilizar metodologias que privilegiem **a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos**, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. [Grifo nosso]

À medida que se busca dizer o que e como o currículo deve ser, passam a estar envolvidas questões de poder, visto que selecionar e privilegiar um tipo de conhecimento é uma operação de poder. Assim, o conhecimento corporificado no currículo carrega as marcas indeléveis das relações sociais de poder e reproduz – culturalmente – as estruturas sociais, constituindo-se num Aparelho Ideológico de Estado (SILVA, 2011).

Na terceira SD, destacamos o verbo “dever” seguido do verbo “contribuir” no infinitivo, demarcando a obrigatoriedade das IES em seguir as DCNs e a inevitabilidade de se assumirem práticas educacionais consideradas inovadoras que tornam o projeto pedagógico de qualidade segundo a sua capacidade de adaptação a essa normatização. Esse discurso oculta a discriminação dos órgãos educacionais do governo, para o qual os projetos político-pedagógicos vigentes prévios a essa diretriz são de qualidade inferior.

Atribui-se, desse modo, à metodologia empregada pelo professor a responsabilidade pelo fracasso ou sucesso do aluno em suas aprendizagens; enquanto as condições sócio-político-econômicas que marcam o local desse sujeito na sociedade são desprezadas (SANTOS, 2010).

Ao se estimular a construção do conhecimento e a integração dos conteúdos através das metodologias ativas de ensino apregoadas na quarta SD, deixa-se

silenciada a crítica ao conhecimento narrativo, dissertativo, disciplinar e fragmentado que vem sendo desenvolvido ao longo de décadas nas faculdades de Medicina, sendo o principal método de ensino-aprendizagem aplicado.

A formação de novos projetos político-pedagógicos propostos pelas DCNs requer atividades didáticas inovadoras, metodologias ativas de ensino-aprendizagem alinhadas às necessidades dos trabalhadores da saúde para o século XXI, conforme os documentos norteadores das agências internacionais, pois, na educação bancária, que se caracteriza pela transmissão do conhecimento pelo seu detentor oficial, o professor, não se prepara o indivíduo para as mudanças sociais do mundo do trabalho no sistema neoliberal atual. Esse discurso dialoga com os discursos das Conferências Mundiais de Educação Médica, dos documentos da OPAS e da OCDE, reforçando suas políticas.

[...] entendemos que o discurso construtivista ao se apresentar como uma promessa de inovação, de renovação, de mudança, visando sobretudo substituir ou superar práticas dadas como arcaicas, atrasadas, faz com que os sujeitos docentes vislumbrem esse **novo** como algo necessário e importante no movimento de orientação para o futuro de sua prática pedagógica, devendo esta estar condizente com o tipo de formação que é demandada pela sociedade fundada em relações mercadológicas e suas implicações (SANTOS, 2010, p. 148). [Grifo do autor]

O discurso educacional das competências opta por uma forma de entender, ordenar, condicionar o que fazer com os problemas; contudo, funciona como uma arma contra outros discursos, contra o dispositivo da aula expositiva, um motivo para ocultar certos problemas e desqualificar outras estratégias pedagógicas que ficam escondidas ou são excluídas (SACRISTÁN, 2011).

A educação moderna vai-se configurando nos novos confrontos sociais e políticos, ora como um dos instrumentos de conquista da liberdade, da participação e da cidadania, ora como um dos mecanismos para controlar e dosar os graus de liberdade, de civilização, de racionalidade e de submissão suportáveis pelas novas formas de produção industrial e pelas novas relações sociais entre os homens (RAMOS, 2011, p. 30).

Em conformidade com Nascimento Sobrinho, Nascimento, Carvalho (2005) e Loureiro (2010), o discurso de inovação e metodologias ativas centrado na participação discente surgiu como consequência da necessidade de superar um

ensino que, na maioria dos casos, foi reduzido a uma aprendizagem memorizada de conhecimentos, dificultando a aplicabilidade desses conhecimentos no cotidiano. Isso pode ser observado no relatório das DCNs dos cursos de graduação em saúde, quando o mesmo expõe:

[...] as diretrizes curriculares devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001b, p. 131).

Esse discurso mostra que a formação dos profissionais de saúde encontra-se subjugada à formação discursiva da lógica do mercado de trabalho flexível, uma vez que o futuro graduado deverá enfrentar os desafios das condições de exercício profissional, ou seja, nesse ponto o Estado já admite a falta de condições para o adequado exercício profissional e transfere a responsabilidade da atuação ao indivíduo que deseja se formar. Essa lógica do mercado de trabalho flexível está regulada pela formação ideológica capitalista toyotista. Esses sentidos se encontram silenciados na resolução específica do curso de Medicina, embora nos deparemos com isso no relatório que a fundamenta e a apresenta primordialmente. A ideologia busca, desse modo, dissimular a realidade, apresentando como “naturais” elementos determinados pelas relações econômicas de produção.

A partir dos conhecimentos advindos da epistemologia genética de Piaget, conforme Saviani (2011), houve o entendimento de que o conhecimento está na ação e é construído pela inteligência. Nessa condição, o construtivismo passou a exercer uma grande força de sedução sobre os formuladores de políticas educativas, sobre os pedagogos e sobre grande parte dos professores (ROOSLER, 2006; SAVIANI, 2011).

Dentro de uma matriz construtivista, as competências são requeridas através de um processo individual do conhecimento caracterizada como centrada no discente por meio da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que propiciem a integração entre os conteúdos, como apresentado na quarta sequência

discursiva. De acordo com Roosler (2006) e Ramos (2011), essa perspectiva pedagógica individualista é coerente com o ideário da desregulamentação, flexibilização e privatização e com o desmonte dos direitos sociais ordenados por uma perspectiva de compromisso social coletivo.

O contentamento a partir do suprimento das necessidades essenciais de sobrevivência mobiliza, nos sujeitos, a tomada de iniciativa e as conquistas, tendo as competências como pressupostos e resultados psicológico-subjetivos do processo adaptativo social. As competências cognitivas e socioafetivas funcionam como mecanismos de adaptação ao meio material e social, respectivamente, sendo esse movimento denominado psicologização das questões sociais (RAMOS, 2001).

Para o autor citado acima, os currículos centrados em situações de aprendizagem significativas, sob argumentos psicológicos, acabam priorizando as necessidades e os interesses do estudante numa percepção individual e minimizam as dimensões sócio-históricas, culturais e econômicas do aprendizado, do processo de construção do conhecimento e da política educacional.

A argumentação a favor da educação por competências sustenta-se a partir dos princípios curriculares da integração pela problematização de situações significativas de aprendizagem, mesclando os conhecimentos gerais, as experiências de vida e de trabalho, além da globalização e de interdisciplinaridade que poderão advir desse currículo apoiado nas experiências concretas dos sujeitos.

A noção de competência tem sido utilizada quase sempre associada à capacidade do indivíduo de agir de forma eficaz em determinado contexto, ou seja, restringe-se à capacidade prática, à técnica de trabalho. A objetivação das competências pode ser traduzida na ação, no comportamento ou no resultado da ação do trabalhador, e não nos aspectos cognitivos que as direcionam (RAMOS, 2001).

Segundo o mesmo autor, essa competência prática pode ser mensurada através de métodos de avaliação diversos; contudo, deve-se ter cautela a fim de que essas competências não se tornem apenas numa mecanização do aprendizado técnico dissociada do cognitivo, bem como não gerem uma fragmentação dos

objetivos, senão retornaremos ao behaviorismo skinneriano, pois a noção de competências caminha “na corda bamba” das pedagogias psicológicas, entre o condutivismo e o construtivismo.

Consoante Saviani (2011), a pedagogia das competências exprime a outra face da pedagogia do aprender a aprender, cujo objetivo é dotar os indivíduos de comportamentos flexíveis, permitindo-lhes serem ajustáveis às condições da sociedade na qual as próprias necessidades de sobrevivência não estão garantidas. Assim, a sua satisfação permanece sob a responsabilidade dos próprios sujeitos, que se encontram subjugados à “mão invisível do mercado”.

A excessiva preocupação com os resultados poderá restringir às IES ao estudo de métodos específicos e ao ensino dos conteúdos relevantes. Esses aspectos podem indicar uma retomada do tecnicismo educacional sob a forma de neotecnicismo por meio do qual se busca a qualidade total através do gerenciamento da educação a partir das competências (MIRA, ROMANOWSKI, 2009; SAVIANI, 2011). Como assinalado anteriormente, a uniformização das metodologias de ensino impulsiona a formatação da educação e domestica a capacidade crítica dos indivíduos, propiciando o controle do capital.

A quarta sequência discursiva mantém o princípio constitucional da interação ensino-pesquisa-extensão na educação, acrescentando, paralelamente ao termo extensão, a assistência, deixando implícito que as atividades de extensão passam a ter um caráter assistencialista à comunidade, buscando aproximar a academia da comunidade através dos serviços prestados à mesma. Todavia, esse caráter assistencial representa a transferência das atividades de assistência do Estado através da educação escolar, da educação em saúde, das ações em saúde à universidade, que deve procurar desempenhar esse papel através do princípio constitucional da integração ensino-pesquisa-extensão.

As DCNs acomodam, ainda, as ideias multiculturalistas das teorias pós-críticas, como na sequência discursiva abaixo, que expõe uma transcrição da Declaração Mundial sobre Educação Superior para o século XXI, publicada pela UNESCO, em 1988.

SD 5 - Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de **pluralismo e diversidade cultural**.  
[Grifo nosso]

Observam-se elementos da matriz crítico-emancipatória onde a noção de competência está situada e se refere aos contextos, espaços e tempos socioculturais e ancoradas em dimensões macrossocioculturais de classe social, gênero, etnias, grupos geracionais, entre outras (DELUIZ, 2001). O multiculturalismo é um movimento de reivindicação de reconhecimento na cultura nacional e pode se apresentar como uma “solução” aos problemas que a presença de grupos raciais e étnicos coloca no interior de seus países à cultura nacional dominante (SILVA, 2011).

Consoante Roosler (2006), o discurso da compreensão, do respeito e da tolerância à diversidade cultural tem sido propalado também pela retórica construtivista. Piaget, no livro “Para onde vai a educação?”, de acordo com o mesmo autor referido acima, aponta que não estamos preparados psicologicamente e moralmente para viver numa sociedade internacional na qual haja compreensão e respeito à diversidade cultural; desse modo, cabe à educação, pautada nos métodos ativos e cooperativos, desenvolver essa capacidade.

A perspectiva liberal ou humanista enfatiza um currículo multiculturalista baseado nas ideias de tolerância, respeito e convivência harmoniosa entre as culturas. Da perspectiva mais crítica, entretanto, essas noções deixariam intactas as relações de poder que estão na base da produção da diferença (SILVA, 2011, p. 88).

Ao se observar com atenção esse curto intervalo de tempo, da publicação das DCNs até hoje, pode-se perceber que o poder político-econômico antecipa políticas que gestam, na maioria das vezes, de maneira implícita ou subliminar, as políticas cujos resultados somente serão perceptíveis de forma clara anos após os decretos, portarias e atos institucionais; enquanto representantes de instituições de escalão intermediário entre os dois poderes, o do governo e o dos trabalhadores das

diversas categorias profissionais, ou idealizam ou aderem ao discurso governista, facilitando a implantação de políticas “neutras”, “técnicas”, “avançadas”, conforme o jargão em moda da academia para atender aos interesses do capital.

É assim que se se percebe, no multiculturalismo, as contradições do discurso atual governista que impõe a abertura indiscriminada de novas escolas médicas, com a intenção de fixar médicos no interior, enquanto adota um Sistema Seletivo Unificado (SISU) que desloca os alunos do nordeste interessados na formação médica para outros estados ou para a exclusão local definitiva.

A política de importação de médicos estrangeiros desmascara, definitivamente, o multiculturalismo como resultado de uma educação de caráter universal, humanitária, colocando-a no plano das portarias e decretos, revelando que a gestão das políticas não é apenas uma face do poder que antecipa, mas que subserve a outros interesses de gestão do capital volátil, sem fronteiras ou simbologia nacional ou cultural.

Diante da compreensão das DCNs como fundamento da formação médica baseada em competências construídas essencialmente, a priori, numa matriz construtivista que promove o deslocamento do conceito de qualificação profissional para competências profissionais e insere, dissimuladamente um elemento da matriz crítico-emancipatória, deslindar-se-á, a seguir, algumas das competências/habilidades, tanto gerais quanto específicas, apontadas pelas DCNs.

SD 6 - **Educação permanente**: os profissionais **devem** ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. [...] **devem aprender a aprender** e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços... [Grifo nosso]

Essa sequência discursiva também aduz o verbo dever como marca de autoridade, determinando que os profissionais de saúde são responsabilizados pela sua atualização profissional e também pelo treinamento de futuras gerações de

profissionais, eximindo o Estado do seu papel de promotor da educação dos futuros profissionais, transferindo a sua obrigação aos indivíduos. Isso encontra apoio na lógica da formação ideológica capitalista neoliberal<sup>5</sup>, que repassa aos profissionais já formados a responsabilidade de educar os graduandos para o mercado de trabalho dentro do sistema de saúde público vigente, resultando numa posterior redução dos recursos empregados na educação superior, promovendo o seu sucateamento.

A habilidade/competência aprender a aprender é tendencialmente neoliberal no âmbito empresarial e vem sendo descartada por certas esquerdas, uma vez que, por trás desta perspectiva, em geral, está “a imposição do mercado desregulado sobre o trabalhador que é mantido em constante sobressalto, para adaptar-se servilmente às dinâmicas liberais” (DEMO, 2010, p. 12). Todavia, essa habilidade/competência pode ser compreendida do mesmo modo como a capacidade de aprendizagem permanente associada à renovação dos conteúdos, não restrita à memorização, seguindo a concepção piagetiana de aprendizagem fundamentadora do construtivismo. Assim, ao mesmo tempo em que essa competência retrata a capacidade de aprender do indivíduo, desvela a responsabilidade do indivíduo de atualizar-se para manter-se empregado ou mudar de emprego num mercado de trabalho em constante mutação (DELUÍZ, 1996; ARRUDA, 2000; DEMO, 2010).

O lema “aprender a aprender” origina-se do movimento escolanovista e significava adquirir a capacidade de buscar conhecimentos por si mesmo, de adaptar-se a uma sociedade na qual cada um possuía um lugar e cumpria um determinado papel em benefício de todo o corpo social. Entretanto, na situação atual, esse lema vincula-se à necessidade de constante atualização exigida pela necessidade de ampliar a esfera de empregabilidade (ROOSLER, 2006; SAVIANI, 2011). O construtivismo difunde em novas roupagens as velhas fórmulas psicológicas e pedagógicas da Escola Nova; por isso, a resignificação de “aprender a aprender” possibilita a denominação de neoescolanovismo que se propagou na

---

<sup>5</sup> O capitalismo neoliberal é adepto da doutrina neoliberal, desenvolvida a partir da década de 1970, que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, só devendo esta ocorrer em setores imprescindíveis e, ainda assim, num grau mínimo (HOUAISS, 2009).

década de 90 e obteve forte presença no Relatório de Delors, segundo os autores acima citados.

Conforme Roosler (2006), a ênfase no “aprender a aprender”, o esvaziamento e empobrecimento dos conteúdos curriculares ratificam a adequação da nossa educação aos ideais e interesses da ideologia contemporânea.

As competências, enquanto norteadoras do discurso educacional, são consideradas como um processo de desenvolvimento de competências profissionais, e não como estado final que justifica a necessidade de formação continuada do sujeito proposta nessa SD, respaldada nos preceitos da formação discursiva de mercado de trabalho.

A alegação da educação permanente se mostra relacionada ao esforço individual e ignora o conjunto de fatores que interferem na sua consecução pelo indivíduo, que vai desde às condições de trabalho e garantias de direitos, a sua capacidade cognitiva, a sua realidade socioeconômica, o acesso efetivo a informações e processos referentes à qualificação desejada. Assim, no atual mundo do trabalho, que cultua a capacidade do sujeito de agregar conhecimento à instituição à qual presta serviços, o aumento da qualificação serve para torná-los mais rentáveis e melhor adaptados às novas exigências das mudanças tecnológicas do desenvolvimento econômico e industrial, funcionando como álibi para manter os filhos das classes populares distantes da totalidade da cultura (ARRUDA, 2000; GADOTTI, 2008; RIOS, 2011).

A apropriação do saber, do saber fazer e do saber ser dos trabalhadores pelo capital torna indispensável uma busca constante da ampliação e da atualização do portfólio de competências dos trabalhadores de saúde, individualmente, e uma renúncia permanente aos interesses de classe em favor dos interesses empresariais, contribuindo para a desintegração da força de trabalho (DELUIZ, 2001; GADOTTI, 2008). A existência de um mercado de trabalho desregulamentado e instável outorga à empresa o poder de negociação e/ou imposição relacionado às condições de trabalho, indiferente à mediação sindical, favorecendo a cooptação dos trabalhadores e a quebra de sua resistência (DELUIZ, 2001).

Esse modelo de competências, guiado por instituições internacionais e ligado aos interesses econômicos, aproxima-se da Teoria do Capital Humano, onde a educação é vista como um conjunto de investimentos, visando ao progresso da eficiência produtiva e aos seus rendimentos. Essa noção de capital estabelece uma relação causal entre educação, produtividade e rendimento. Destaca, ainda, a ideia de que um estoque imaterial pode ser acumulado pelo indivíduo e, posteriormente, poderá promover trocas no mercado de trabalho por capital econômico. Isso acarreta a ilusão de que a educação é a alavanca da transformação social.

Na visão político-ideológica neoliberal presente nessa SD, a empregabilidade está associada à responsabilidade do trabalhador de conseguir ser contratado a partir das escolhas acertadas de capacitação e qualificação adequada às necessidades do mercado, ou seja, o ônus pela exclusão do mundo do trabalho e, conseqüentemente, da vida social é de responsabilidade do sujeito (ARRUDA, 2000; MIRA, 2009; SAVIANI, 2011).

A educação permanente e as qualificações a que o indivíduo se submete representam uma forma de atualização da sua carteira de competências para desempenhar determinadas atividades, visto que as competências são propriedades instáveis que devem ser submetidas a objetivação e validação (DELUIZ, 1996).

As práticas das competências se correlacionam, principalmente, mais com a mobilidade do trabalhador no emprego do que com o conhecimento formal e prático necessário. Nesse contexto, a função educacional passa a ser habilitar as pessoas a competir no mercado de trabalho e preparar os indivíduos por meio de cursos diversos para escaparem da condição de excluídos desse mercado, uma legítima pedagogia da exclusão (ARRUDA, 2000; MIRA, 2009).

Essa SD leva, ainda, a compreender a política de inserção das atividades práticas da graduação dentro do sistema de saúde público vigente e imposta pelo governo, principalmente na atenção primária; entretanto, o sistema de saúde e os trabalhadores de saúde que se encontram no exercício de suas atividades junto à população não têm sido satisfatoriamente preparados para essa mudança, nem mesmo a própria comunidade e a academia, o que tem gerado muitos conflitos na

integração ensino-serviço.

Apesar de externar, nessa SD, a preocupação com a integração ensino-serviço evidenciada pela inquietação na promoção do benefício mútuo entre acadêmicos e profissionais do serviço de saúde, o Estado tem transferido essa obrigação às IES. Essas têm promovido cursos de formação e atualização, priorizando os trabalhadores de saúde que acataram a parceria ensino-serviço e se coadunaram às IES. Contudo, essa medida tem sido restrita aos financiamentos obtidos através dos editais do Ministério da Saúde e/ou Educação, os quais nem sempre correspondem aos interesses pessoais desses profissionais, bem como têm demonstrado ser insuficientes à permanência desses trabalhadores de saúde como cooperadores da academia.

As políticas de incentivo à inserção dos graduandos na rede de saúde, como o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho à Saúde), surgidas muito posteriormente às DCNs, ao mesmo tempo que facilitaram a associação dos profissionais da rede às universidades pelos incentivos pecuniários, na contramão, a falta de continuidade dessas políticas tem acarretado a solicitação unilateral desses profissionais dos serviços de saúde para se desprenderem do compromisso da preceptoría junto aos graduandos.

Ademais, não há incentivo a esses profissionais pelas Secretarias Municipais de Saúde como, por exemplo, a redução da cota diária dos preceptores para que haja acompanhamento adequado dos discentes. Assim, a presença dos discentes no serviço acaba causando transtornos ao andamento do serviço, que tem metas a serem cumpridas, definidas pelo próprio Estado. O preceptor, em virtude da presença do acadêmico, necessita diminuir o ritmo de atendimento para auxiliá-lo ou, então, ignora a sua presença e o deixa apenas como observador, não havendo espaço para discussão e questionamentos, muito menos para uma formação crítica, representando somente uma mecanização do aprendizado prático. Todavia, a atenção à saúde é uma das competências centrais da formação dos profissionais de saúde e a consecução do seu objetivo final torna-se deteriorada nessa conjuntura.

A competência atenção à saúde foi subdividida em duas sequências

discursivas, SD 7 e SD 8, a serem analisadas a seguir. Mas, o que é saúde? Segundo Luz (2008), esse vocábulo é do século XIII e se origina do latim *salus* (*salutis*), que significa salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. Após o fim da Segunda Guerra Mundial, foi criada a Organização Mundial da Saúde (1948), a qual propôs, na sua constituição, o conceito de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença (BATISTELLA, 2007).

Esse conceito remete a um estado de saúde inatingível e utópico pois ignora a dinamicidade da vida. Consoante essa definição, nenhum indivíduo será totalmente sadio ou totalmente doente e, ao longo da sua existência, viverá condições de saúde/doença de acordo com suas potencialidades, condições de vida e interação entre elas. Esse conceito da OMS está fundamentado no modelo biologicista, individualista e pela abordagem mecanicista da saúde, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias atuais (BATISTELLA, 2007; LUZ, 2008).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o conceito de saúde foi ampliado, consistindo como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, justiça, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Assim, a saúde é decorrente das formas de organização social, das condições de produção da sociedade capitalista e das lutas de classes que podem ocasionar desigualdades nos níveis de vida da população (BRASIL, 1986; BATISTELLA, 2007).

A concepção de saúde proposta acima, segundo Batistella (2007), abarca os determinantes sociais da saúde e procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Os determinantes de saúde supracitados, agrupados aos aspectos históricos, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos representam uma determinada realidade sanitária.

No texto da Constituição (1988), a saúde é garantida como direito do cidadão em virtude do ambiente político de redemocratização e da Reforma

Sanitária. Dessa forma,

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 33).

Embora a noção de saúde seja algo impreciso, dinâmico e abrangente, é necessário tomá-la como eixo de reorientação das práticas de saúde para que se assumam uma posição ética que valorize a vida humana.

Percebe-se, na atualidade, a redução do conceito de saúde, à ação médica, quando se propõe como solução aos inúmeros problemas das comunidades e indivíduos nas cidades do interior, a presença exclusiva de médicos.

Assim, na competência de atenção à saúde:

SD 7 - Os profissionais de saúde [...] **devem** estar aptos a desenvolver **ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde** tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional **deve** assegurar que sua prática seja realizada de forma **integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde**, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. [Grifo nosso]

A atenção à saúde é uma organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população por meio de políticas, programas e serviços de saúde estruturados; no Brasil, o SUS. O entendimento do termo 'atenção à saúde' reporta a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde e até mesmo a concepção de saúde, seu objeto e objetivos de suas ações e serviços (MATTA, MOROSINI, 2008).

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais à organização da atenção à saúde: universalidade, integralidade e equidade. O princípio da integralidade é um elemento substancial e se faz presente na competência atenção

à saúde, evidenciado pela orientação às ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde que devem se desenvolver de forma integrada e contínua entre os níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário do SUS.

Conforme Matta e Morosini (2008), a atenção primária à saúde é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

[...] a atenção primária é o degrau inicial da cadeia de atenção, onde são resolvidos os problemas de menor dificuldade técnica – diagnóstica e terapêutica – e se orientam os restantes pelos níveis sucessivos da cadeia. Isso implica uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema; também implica um ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinadamente, às normas de ingresso e circulação (TESTA, 1992, p. 161).

Partindo do entendimento da competência atenção à saúde e da atenção primária que vem sendo exaltada nos sistemas de saúde e documentos internacionais, percebe-se, nessa sequência discursiva, o direcionamento da ação do profissional no sistema de saúde público vigente nos três níveis de atenção à saúde, alinhando-se à Declaração de Alma-Ata e indo de encontro ao modelo hegemônico de saúde do complexo médico-industrial baseado na prática profissional autônoma, liberal e de cunho estritamente curativa.

A presença do verbo “dever” nessa SD impõe a responsabilidade sobre o egresso de desenvolver suas atividades laborais nos diversos níveis de atenção à saúde de forma integrada e contínua entre as distintas instâncias do sistema de saúde; entretanto, silencia as condições operacionais para sua execução, oculta/apaga a falta de integração entre os níveis de atenção à saúde, a falta de acesso aos serviços de saúde por muitas pessoas, o funcionamento inadequado do sistema de referência e a contrarreferência dentro da política de saúde do SUS.

A atenção primária à saúde tem sido adotada pelo governo como molde de

atendimento com menor gasto social no setor saúde, o que, muitas vezes, acarreta na introdução de copiosas ineficiências no funcionamento do sistema. A exiguidade de um sistema de regionalização e de referência transmuta a atenção primária de saúde em atenção primitiva de saúde, um serviço de segunda categoria. A ausência desses elementos transforma a atenção primária de saúde no único serviço disponível à população à qual se destina, sendo inadequada, na maioria das vezes, a qualidade do serviço prestado (TESTA, 1992).

Aponta-se, ainda, a responsabilização ao profissional quando determina a realização da análise dos problemas sociais e a busca de soluções. Assim, há uma transferência da responsabilidade da resolução de problemas da sociedade (Estado) para o médico, seguindo a política neoliberal do Estado minimalista, que desvela a formação ideológica capitalista. Ademais, como o egresso poderá desenvolver uma atitude crítica suscitada nessa competência se a prática pedagógica proposta pelas DCNs está voltada ao modelamento do indivíduo? Se a educação superior se encontra perante o neotecnicismo?

A SD adiante compõe a competência atenção à saúde, complementando-a do seguinte modo:

SD 8 - Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos **mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética**, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a **resolução do problema de saúde**, tanto em nível individual como coletivo. [Grifo nosso]

O nexos causal entre Estado e saúde compõe relações complexas de natureza socioeconômica e histórica, sendo a sua gênese, na era moderna, a “expressão da regulação estatal da saúde para a nova ordem social e econômica emergente – a ordem burguesa – e centrada na reprodução da força de trabalho” (ELLAS, 2004, p. 42). Contudo, essa regulação estatal expressa as contradições e os conflitos entre o global e o setorial.

Ao passo que o Estado estabelece que a prática esteja voltada ao sistema de saúde vigente e seja desenvolvida nos mais altos padrões de qualidade, o mesmo não vem propiciando as condições de trabalho adequadas para esses profissionais nesse sistema.

Essa SD apaga/oculta, ainda, que o estado de saúde do ser humano depende do legado biológico, do meio ambiente e do estilo de vida da população. Contudo, o Estado tampouco tem fornecido condições de vida adequadas à população que interfiram direta e indiretamente para a sua qualidade de vida e na sua potencialidade de se manter hígida, tais como habitação, saneamento, emprego, trabalho, transporte, renda, lazer etc.

A prestação de intervenções médicas eficazes numa escala suficiente para afetar os indicadores de saúde da população apareceram no século XX. Antes disso, houve um declínio importante da mortalidade, a qual se atribui a um complexo de fatores, tais como: elevação do padrão de vida, difusão da alfabetização e da educação, nutrição do indivíduo, redução da exposição a infecções e melhora da imunidade do hospedeiro, do controle de qualidade da água e dos sistemas de esgoto (FOLLAND, GOODMAN, STANO, 2008).

Essa SD mantém a ideia da responsabilização do profissional pelos problemas de saúde no nível individual e coletivo, sendo insuficiente a resolução técnica para a qual ele tem sido preparado na sua formação acadêmica e desconsiderando a autonomia do indivíduo de seguir ou não as recomendações médicas.

O discurso presente nessas duas últimas seqüências discursivas, SD 7 e SD 8, dialoga com a Declaração de Edimburgo (1993), que propõe a ação dos profissionais médicos como os melhores fornecedores dos cuidados básicos de saúde, atuando de forma crítica, especialistas da informação, praticantes de economia aplicada, com uma visão ampla de diversas áreas de conhecimento, aplicando administração e gerenciamento para que possam ser capazes de solucionar os problemas da comunidade que é posto sob sua responsabilidade. Isso implica na ação de médicos que se assumem como “deuses” para admitir, num só

indivíduo, uma gama de destrezas que em virtude do volume de informação já produzida, constituem-se em áreas de atuações altamente especializadas.

Essa SD também expõe a necessidade do desenvolvimento da atenção médica dentro dos mais elevados princípios de ética e bioética. Todavia, diante do fenômeno da mundialização, será que o indivíduo conseguirá romper com os valores às avessas da sociedade globalizadora para exercer seu trabalho de forma ética?

Observa-se, a partir da globalização<sup>6</sup>, uma disseminação de estereótipos e valores de cultura moderna e pós-moderna da sociedade mercantilista e de consumo projetado, criado e promovido por empresas transnacionais cujo protótipo é o modelo americano. A estratégia globalizadora penetra nos Estados, modificando as estruturas das famílias, o comportamento social, os valores, a tradição, os costumes e a educação; conseqüentemente, a sociedade se degenera em termos de ética, educação e valores (BATISTA, 2011).

De acordo com o mesmo autor, os valores, no interior de cada país, quando mesclados com os elementos externos, geram uma situação de confusão e mudança, originando outros comportamentos influenciados por princípios oligárquicos da sociedade de consumo, tais como desejo, ambição, cobiça, paixão por ter dinheiro e bens materiais a qualquer custo, resultando num egoísmo exorbitante.

A globalização de mercados e o desenvolvimento das tecnologias da informação impõem à sociedade moderna um individualismo exacerbado e intensa competitividade, emergindo do utilitarismo um ritmo frenético de produção e consumo, banalizando os princípios filosóficos, sociológicos e éticos (AMARAL, VERGARA, 2011).

Assim, na sociedade pós-moderna<sup>7</sup>, os indivíduos se defrontam com a crise

---

<sup>6</sup> A globalização é um processo que conduz a uma integração cada vez mais estreita das economias e das sociedades, especialmente, no que diz respeito à produção, à troca de mercadorias e de informações. Espécie de mercado financeiro mundial criado a partir da união dos mercados de diferentes países e da quebra de fronteiras entre esses mercados (HOUAISS, 2009).

<sup>7</sup> A sociedade e a cultura pós-moderna está relacionada ao pós-modernismo, que é uma denominação genérica dos movimentos artísticos surgidos no último quartel do século XX, caracterizados pela ruptura com o rigor da filosofia e das práticas do Modernismo, sem abandonar

de valores, o ceticismo, a confusão, o vazio, o hedonismo, entre outros. Essas metamorfoses suscitaram uma sociedade na qual a mentira, o roubo, a ambição pelo ter, a corrupção, o adultério, a solidão e a depressão estão se tornando em características corriqueiras (BATISTA, 2011).

Dessa forma, conforme o autor supracitado, numa sociedade em que se naturaliza a inversão dos valores, como moda, a ética se torna um tema pouco atrativo, senão morto. O estabelecimento de uma atitude ética torna-se muito árduo, pois implica que os indivíduos renunciem a estilos de vida mais arraigados, quando seus privilégios ou interesses vêm de práticas baseadas nos valores às avessas da sociedade pós-moderna.

O apelo à ética muitas vezes está restrito ao discurso educacional e das empresas; contudo, encontra-se ausente na prática das relações cotidianas. A articulação das dimensões técnica, estética, política e ética das competências é que a constituem, a identificam e tornam o trabalho do indivíduo de boa qualidade, um trabalho competente, e não as inúmeras competências (RIOS, 2011).

Cabe ao egresso:

SD 9 – A tomada de decisão: o trabalho dos profissionais de saúde **deve** estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o **uso apropriado, eficácia e custo-efetividade**, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. [Grifo nosso]

SD 10 - Considerar a relação **custo-benefício** nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população. [Grifo nosso]

Observa-se a constância de obrigações dos trabalhadores da saúde, nesse caso, em especial, do médico, decorrente do uso persistente do verbo “dever” nesse documento. Na nona SD, o uso das expressões “força de trabalho”, “custo-

---

totalmente seus princípios, mas fazendo referências a elementos e técnicas de estilos do passado, tomados com liberdade formal, ecletismo e imaginação.

-efetividade” e “eficácia” apontam uma visão economicista da saúde, na qual a relação custo-benefício é a meta principal e pauta obrigatoriamente as decisões médicas, como apresentado na décima SD. Essas expressões revelam a filiação à formação ideológica do sistema produtivo capitalista e à formação discursiva de mercado.

Depreende-se o acolhimento da mercantilização da saúde, em concordância com Ellas (2004, p. 44), “pela adoção de parâmetros de gestão permeados pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício e pela flagrante insuficiência do financiamento perante os compromissos previstos na Constituição Federal na área da saúde”.

Há a incorporação de termos concernentes à economia no âmbito da saúde; na verdade, o processo de reestruturação produtiva trouxe consigo o desenvolvimento da área de economia da saúde a partir das décadas de 50 e 60. Todavia, ganhou uma maior amplitude de suas ações na América Latina e no Caribe a partir da década de 80, quando a OPAS publicou o livro “*Health Economics: Latin American Perspectives*”, o qual incorporava as orientações do Banco Mundial (SARTI, CAMPINO, 2010; CAMPINO, 2010).

O “Glossário Temático: Economia da Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde, auxilia, esclarecendo, conceitualmente, os termos utilizados nas DCNs. A eficácia consiste no grau no qual uma intervenção sanitária consegue melhorar a saúde de um indivíduo sob condições ideais de uso; exemplificando as análises realizadas pelos estudos clínicos controlados e randomizados (SARTI, CYRILLO, 2010; BRASIL, 2012a). Todavia, esbarramos na carência desses estudos consoante a nossa realidade que validem os estudos de avaliação econômica. Isso leva a tomada de decisões por gestores e/ou economistas da saúde baseados em estudos conduzidos noutros países ou provenientes de estudos observacionais (TSUJI, SECOLI, NITA, 2010).

A análise de custo-benefício, presente na décima SD, conceptualiza-se como a análise econômica completa de tecnologias, no âmbito da saúde, em que tanto os custos das tecnologias comparadas quanto seus efeitos são valorados em

unidades monetárias (BRASIL, 2012a).

A noção de análise de custo-efetividade constitui uma análise econômica completa, no âmbito da saúde, que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos, em unidades clínico-epidemiológicas (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, a conduta a ser tomada frente ao indivíduo deve ser adequada, eficaz e ter uma boa relação custo-benefício. A racionalização proposta nessas sequências discursivas a ser alcançada pelo egresso competente transformam os efeitos da saúde em unidades monetárias e encobrem a ideia do alto custo da saúde ao sistema, pois, grande parte das inovações em saúde é produto de pesquisas e desenvolvimento dispendiosos adstritos à indústria ou à universidade. Ademais, Sarti e Cyrillo (2010) afirmam que a demanda por bens e serviços no setor saúde cumulam-se diante da disseminação de informações sobre novos tratamentos disponíveis e padrões mínimos de qualidade.

Para o sistema capitalista neoliberal, as decisões no campo da saúde, as medicações e os procedimentos terapêuticos só devem ser empregadas se o custo não for alto o suficiente para onerar o sistema de saúde, independentemente da individualidade daquele que necessita de determinada medida específica. Evidencia-se o peso econômico atribuído da força de trabalho aos medicamentos, aos procedimentos, aos equipamentos e às práticas na tomada de decisões. Isso, muitas vezes, tem determinado, também, uma judicialização da saúde, pois as pessoas têm recorrido às ações judiciais para garantir tratamentos de alto custo que não estão disponíveis no SUS.

A instituição de processos de avaliação econômica no interior do próprio setor público pode gerar: (a) maior eficiência, em conjugação com maior efetividade e eficácia em ações de políticas públicas de saúde; (b) **economia de recursos ao setor da saúde – com potencial liberação de recursos excedentes** a ações de média prioridade; (c) **redução de gastos futuros em saúde** pela realização de ações de prevenção e diagnóstico precoce; (d) promoção de equidade social a partir dos mecanismos de garantia de eficiência, efetividade e eficácia no setor da saúde; e (e) maior transparência nas relações entre governo e cidadãos (SARTI, CYRILLO, 2010, p. 245). [Grifo nosso]

Destaca-se, na citação acima, os pontos mais relevantes para o capital, no âmbito da saúde, a economia de recursos ao setor saúde, com potencial liberação dos recursos excedentes e a redução de gastos futuros na saúde. Daí, percebe-se o grande interesse do Banco Mundial como financiador de projetos/programas de saúde e como financiador de políticas de formação do trabalhador em saúde.

A fim de atender às necessidades do processo de reestruturação produtiva, vincula-se às propostas educacionais a racionalidade econômica e os conceitos econômicos. Em conformidade com Loureiro (2010), uma reforma baseada nesses preceitos, consoante ao Banco Mundial, apesar de aparentemente progressista, oculta seu aspecto antissocial, gastar o mínimo com a máxima eficiência.

A ideia da economia da saúde na formação médica apresenta-se, também, na sequência discursiva abaixo.

SD 11 - **Otimizar** o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos; exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em **evidências científicas**; utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, **validados cientificamente**, contemporâneos, hierarquizados para **atenção integral à saúde no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção**. [Grifo nosso]

Nessa sequência discursiva, destaca-se a preocupação com um rendimento ótimo dos recursos propedêuticos a serem utilizados pelo médico egresso, retirando do método clínico as melhores informações possíveis, silenciando que, para efetuar-lo, é necessária, também, a consecução das condições mais favoráveis para esse fim. Esse discurso passa a ideia de que os recursos propedêuticos estão disponíveis, mas não estão sendo utilizados adequadamente. Assim, apagam-se as condições de trabalho às quais os profissionais de saúde estão submetidos e a necessidade de insumos, materiais adequados e a disponibilidade de métodos propedêuticos em quantidade e qualidade adequada à comunidade.

Aponta-se a utilização de evidências científicas como norteadoras da

decisão do egresso, isto é, o conjunto de elementos utilizados para ratificar ou refutar uma teoria ou hipótese científica a partir de pesquisas que observem o método científico, para utilização adequada de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Subentende-se que esses recursos diagnósticos e terapêuticos estão disponíveis a todos, mas não estão sendo empregados de forma apropriada e hierarquizada e, conseqüentemente, estão onerando o sistema de saúde, o Estado.

As diretrizes orientam otimizar e hierarquizar os recursos propedêuticos na atenção integral da saúde e balizar o custo-benefício nas decisões médicas fundamentados nas evidências científicas. Isso oculta que o papel tradicionalmente curativo desempenhado pelo médico, os avanços contínuos e relevantes na ciência biomédica e a transição epidemiológica exigem tecnologias, propedêuticas e terapêuticas de alto custo. Afora isso, a necessidade de acesso da população a essas tecnologias tem criado uma demanda maior dos serviços e elevação dos custos.

Assim, a necessidade de inserir essa discussão desde a graduação faz parte do interdiscurso presente na II Conferência Mundial de Educação Médica, a qual aponta a frequente incapacidade dos médicos de monitorar as implicações do custo de suas decisões clínicas. Apresenta-se uma responsabilização do médico pelo sistema de saúde tornar-se oneroso; por outro lado, silencia-se a responsabilidade do Estado de prover as condições sanitárias à população, os meios propedêuticos diagnósticos e terapêuticos face ao aumento demográfico e à transição epidemiológica. Isso evita o aprofundamento das discussões que poderiam trazer mudanças nos planos macrossociais.

Apaga-se, ainda, que o paciente e a comunidade, na maioria das vezes, não agem de forma passiva e subserviente ao profissional médico; ao contrário, são impelidos pelas informações disponíveis através das tecnologias de informação (sites de busca, blogs de profissionais de saúde, enciclopédia aberta etc.) e pelas forças do mercado de consumo de saúde, o paciente passa a exigir do profissional a solicitação de exames complementares e a questionar as medidas terapêuticas propostas, seja no sistema público ou, principalmente, no sistema privado.

A educação médica adota como verdade que a renovação do conhecimento é acelerada a cada 4-5 anos, sendo percebido, de modo geral, o surgimento de novas profissões e subespecializações e de uma avalanche de informações desnecessárias e transitórias. A produção do conhecimento em saúde é, de fato, gigantesca, porém com pouca contribuição para mudanças reais e efetivas a curto e médio prazo à solução de problemas que afligem a humanidade há séculos, como o câncer, a tuberculose, a malária, os problemas decorrentes da pobreza, os males de origem psicossomática e decorrentes de novas formas de convivência social (migrações, globalização etc.) como a violência e a depressão. Para dar conta de tudo isso, o conhecimento é sistematizado em diretrizes, protocolos, guias e manuais, sendo muito úteis aos serviços de emergência e à construção de redes integrais de apoio na atenção primária. No entanto, assume-se o discurso científico como única verdade e secundariza-se a experiência profissional.

Nesse contexto, a medicina baseada em evidências (MBE) vem se destacando na academia e nas diretrizes pelo estímulo ao emprego do conhecimento validado cientificamente, ou seja, nas evidências científicas. Observa-se uma metamorfose gramatical no processo de evolução da epidemiologia clínica para MBE:

O adjetivo – ‘clínica’ se transforma em substantivo de maior amplitude – ‘medicina’, e recebe uma locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. O ‘baseada’ veicula a sugestiva idéia de solidez, como ‘fundação/fundamento’ que será constituído pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para testemunhar-se fatos que poderão ser, então, evidenciados como ‘verdades’ (CASTIEL, PÓVOA, 2002, p. 118).

A MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, ou seja, alto grau de confiança e possibilidade de generalização dos resultados, para a aplicação de seus resultados na prática clínica através das revisões sistemáticas e *guidelines*. Destarte, os egressos, ao segui-los fielmente, sem uma crítica aprofundada, tornam-se técnicos, prescritores das evidências, e desumanizam o cuidado, uma vez que não individualizam o ser humano, porém distinguem a patologia que os acomete e as evidências para sua propedêutica, o que, em alguns casos, poderá conduzi-los ao erro se não

considerarem também as doenças psicossomáticas que assolam a humanidade.

De acordo com Barata (2002), a MBE desloca a relação médico-paciente para instituição-clientela, dispensando o caráter artesanal da medicina e introduzindo a tendência à parametrização, ao enquadramento dos novos profissionais a essa aparente qualificação de alto nível pela fundamentação científica, porém desqualificando os aspectos subjetivos do cuidado médico. A MBE busca reduzir o nível de incerteza, de empirismo e de subjetividade nas decisões dos profissionais de saúde (FOLLADOR, SECOLI, 2010). Afora isso, a parametrização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos favorece o exercício de controle administrativo dos gestores, inserindo a lógica gerencial no campo médico (BARATA, 2002).

A MBE reafirma os modos lógico-rationais de produção do conhecimento científico com alteração do enfoque empirista de investigação na ciência, veiculados especialmente pelos estudos da epidemiologia clínica na prática biomédica (CASTIEL, PÓVOA, 2002). Portanto, desqualifica qualquer forma de saber que não o científico, além de considerá-lo como tal somente os que se refiram a objetos perfeitamente delimitados (reducionismo) a materiais (positivismo) permanentes e não-contraditórios (formalismo) (BARATA, 2002). O modelo hegemônico da Medicina Ocidental era orientado por uma “soberania” científica; todavia, entre o objetivismo e o modelo mecanicista da biomedicina, apagam-se os aspectos subjetivos, psicológicos e sócio-culturais dos pacientes, centralizando-se a sua preocupação na doença, e não no indivíduo (CASTIEL, PÓVOA, 2002).

Para Follador e Secoli (2010), a MBE é uma tecnologia de processo passível a erros, a limitações, pela pouca disponibilidade de artigos científicos que preencham os seus critérios, e a excessos. A avaliação da melhor evidência disponível nem sempre é capaz de responder a aspectos individuais, podendo prejudicar o princípio da beneficência. Os dados quantitativos da MBE podem ou não ser considerados relevantes diante de determinado contexto.

A revisão sistemática e a metanálise são os métodos indiretos de avaliação de resultados de tratamento mais importantes quando realizados de forma correta e

com tamanho amostral adequado. Há o risco dos resultados serem produzidos por critérios tendenciosos que podem ser minimizados se obedecidas as orientações do Centro de Colaboração Cochrane (TSUJI, SECOLI, NITA, 2010). É inegável a relevância das evidências científicas; contudo, devem ser absorvidas de forma criteriosa.

Compete ao profissional médico:

**SD 12 - Promover estilos de vida saudáveis**, conciliando as necessidades tanto dos seus **clientes/pacientes** quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com **ênfase nos atendimentos primário e secundário**. [Grifo nosso]

Nessa sequência discursiva, percebe-se a inserção da visão mercadológica no setor saúde pela presença da relação estabelecida entre clientes/pacientes que corresponde à formação discursiva de mercado, pois, nessa conexão, os pacientes, ou seja, aqueles que, de forma passiva, estão sob cuidados médicos, equivalem a consumidores, compradores dos serviços de saúde.

Para Pires (2008), essa visão mercadológica promove um estreitamento das relações de produção e comercialização, aproximando a produção da demanda dos consumidores, considerando a sua opinião, os interesses e as expectativas; contudo, essa estratégia de valorização do cliente está restrita à fatia do mercado que tem condições de consumir, só esses são considerados cidadãos que têm opinião.

Esse raciocínio é condizente com a aplicação das técnicas privadas à esfera pública, corrente neoliberal conhecida como Nova Gestão Pública, a qual vem acompanhada da incorporação de novos conceitos à administração pública. Nessa corrente, a gestão pública concorda que o setor público compartilhe com o privado a necessidade de alcançar objetivos de forma mais econômica e mais eficiente possível por meio de estratégias coerentes, táticas e estruturas adequadas, de pessoal motivado ou de técnicas gerenciais adequadas para exhibir e controlar a

utilização de recursos da organização financeira, recursos humanos, materiais, informativos, entre outros (BATISTA, 2011).

O pensamento da Nova Gestão Pública não somente tem se incorporado de forma insidiosa nas DCNs do curso médico como apresentado na sequência discursiva acima, mas também tem se traduzido em atos políticos impostos, contemporâneos, os quais interferem diretamente na educação médica, exemplificado pela criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH.

À medida que as diretrizes reorientaram a formação médica voltada à comunidade, com ênfase nos níveis primário e secundário, transmutou o cenário de aprendizagem prática centrado no hospital, na maioria das faculdades públicas desenvolvido nos hospitais universitários, a um outro voltado à comunidade, nas unidades básicas de saúde.

É inegável a necessidade de diversificação dos cenários de prática dos discentes dos cursos da área da saúde e a sua aproximação precoce com a comunidade. Contudo, ao permitir possibilidades curriculares de formação direcionadas tanto ao público quanto ao privado, condiciona às forças de interesses, em conflito nas escolas médicas, estabelecer os modelos resultantes em maior ou menor equilíbrio com o mercado dominante em saúde.

O governo se utilizou da proposta de diversificação dos cenários de prática, com ênfase no SUS, para reduzir a presença de discentes e docentes nos hospitais universitários e diminuir os recursos aos mesmos, minando a resistência das faculdades ao projeto de terceirização/privatização da gestão dos hospitais universitários à empresa pública unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado, a qual gerenciará o erário destinado a essas instituições.

A adoção do modelo neoliberal privatizante, com a entrega dos hospitais universitários a empresas terceirizadas, promove a fragilização dos direitos trabalhistas dos profissionais da saúde e, conseqüentemente, a um modelo de contratação diferenciado, instável, celetista, satisfazendo a redução de custos com a força de trabalho.

Essa SD também abrange a promoção à saúde e dialoga com a Carta de Ottawa (1986), a qual a conceitua da seguinte forma:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002b, p. 19).

Segundo Haeser, Büchele, Brzozowski (2012), o discurso da promoção à saúde possui duas vertentes: uma comportamentalista e outra concernente à qualidade de vida. A concepção comportamentalista consiste na transformação dos comportamentos individuais focando no estilo de vida, priorizando-se ações educativas relacionadas a fatores de risco comportamentais individuais, transferindo a responsabilidade pela saúde ao próprio indivíduo. A segunda tendência é guiada pela visão da qualidade de vida e direcionada pelos determinantes das condições gerais de vida e saúde da sociedade.

Observa-se, nessa SD, ser competência do médico a promoção de estilos de vida saudáveis e ser ele o agente de transformação social. Assim, imputa-se ao profissional médico a responsabilidade de promover a saúde do indivíduo e da comunidade, silenciando a autonomia do indivíduo e da comunidade para acatar ou não as orientações e as prescrições fornecidas. Da mesma maneira que, ao nomeá-lo agente de transformação social, ou seja, aquele que busca a solução dos problemas reais, contribuindo para fortalecer a autoconfiança, a autodeterminação e o potencial criativo da sua comunidade, silencia-se o deslocamento do papel do Estado provedor para um Estado avaliador e gerador de políticas, seguindo a política de Estado minimalista e revelando a ideologia capitalista neoliberal.

O respeito à autonomia é um princípio ético fundamental e compreende o direito do outro de ter um modo de pensar, fazer escolhas e agir consoante seus

valores e crenças. O conceito de promoção à saúde pauta-se no fortalecimento da comunidade por meio do poder técnico e político – *empowerment* (empoderamento), o qual envolve o respeito à autonomia e ao estabelecimento de uma relação horizontal de diálogo (HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012). Esse discurso funciona como um mecanismo do Estado para controlar e dosar o grau de autonomia da comunidade, de liberdade, de civilização, de racionalidade e sujeição às novas relações sociais entre os homens.

O controle social, estratégia política de empoderamento das comunidades tem sido negligenciado ou cooptado por lideranças políticas locais com a finalidade exclusiva de cabo eleitoral e defesa de territórios. Além disso, a gerência e as equipes de trabalho em saúde, em geral, não tem lidado adequadamente com essa junção.

As ações de promoção à saúde, quando verticalizadas e prescritivas, são paternalistas, autoritárias e limitam a liberdade do indivíduo. O discurso da promoção à saúde oculta que a autonomia não está relacionada exclusivamente ao conhecimento técnico, mas engloba os aspectos político e social do reforço à cidadania e à criticidade (HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012).

Essa SD, ao implicar o médico como responsável pela promoção de estilos de vida saudáveis à comunidade, oculta a imposição de comportamentos, regulando a vida social e estabelecendo critérios para se viver de forma saudável. Ademais, fomentam ações de saúde reducionistas, que transformam problemas sanitários complexos em desvios de condutas individuais, desvelando, desse modo, a transferência da responsabilidade do Estado em produzir respostas efetivas ao próprio indivíduo. A rejeição da adequação aos comportamentos ditos saudáveis gera culpabilização e representa a subordinação às orientações médicas que não viabilizam a autonomia.

A proposta de promoção da saúde, como é concebida nessa SD, não se configura como um campo de exercício de participação e escolha das pessoas, pois, conforme Haeser, Büchele, Brzowski (2012), mantém uma relação vertical e paternalista entre o profissional e o usuário, sustando ao usuário a perspectiva de

transformar-se num sujeito possuidor de direitos e capaz de decidir sobre a sua saúde.

As diretrizes orientam o desenvolvimento de competências e habilidades para promoção da saúde e atendimento com enfoque a atenções primária e secundária, de acordo com as necessidades de saúde, e estão embasadas, interdiscursão, pela Declaração de Alma-Ata, pela Carta de Ottawa e pela II Conferência Mundial de Educação Médica. Para Lampert (2002), as diretrizes estão num movimento contra hegemônico, visto que os recursos humanos da saúde, em especial da categoria médica, mantêm a hegemonia ideológica das práticas liberal e especializada oriunda das contribuições de Flexner.

Esse movimento contra-hegemônico alcançou o âmbito mundial a partir da Declaração de Alma-Ata (1978), que apresenta uma crítica profunda ao liberalismo médico, à divisão técnica horizontal do trabalho médico em especialidades e subespecialidades médicas, à mercantilização da saúde e à falta de visão social da medicina, mantendo os altos custos de procedimentos especializados, contrapondo-se à grande demanda não atendida por falta de acesso pela população (OPAS, 1994; LAMPERT, 2002).

O estímulo à atenção primária à saúde ganhou apoio de organismos internacionais e do Banco Mundial que, através dessa estratégia de ação de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, minimiza as exclusões social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, favorecendo o seu mecanismo de cooptação e apassivamento social; todavia, essa perspectiva focalizada distancia-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata (MATTA, MOROSINI, 2008). A implantação da estratégia da atenção primária em saúde resulta numa economia de consumo no setor saúde, sobrando recursos financeiros para aplicação noutros setores, daí a adesão dos organismos internacionais.

Compreende-se que, a normatização proposta pelas DCNs dos Cursos de Graduação é apenas uma, de uma série de políticas, que almejam a implementação do modelo capitalista neoliberal, por meio da adaptação dos recursos humanos nem sempre perceptíveis em função da fragmentação e descontinuidade dessas mesmas

políticas. Especificamente, no âmbito da saúde, essas ações têm sido impostas e programadas para a reorganização da atenção em saúde atendendo aos interesses desse modelo econômico. Dessa forma, a análise da última sequência discursiva vem acompanhada de uma discussão com políticas atuais, bem posteriores à publicação das DCNs do Curso de Graduação em Medicina; todavia, possuem em comum o fato de serem formuladas com intuito de adequar o sistema de saúde e seus profissionais ao modelo capitalista neoliberal. Diante desse cenário, cabe ao médico:

SD 13 - Lidar criticamente com a **dinâmica do mercado de trabalho** e com as políticas de saúde. [Grifo nosso]

O processo de reestruturação produtiva capitalista propiciou o crescimento do setor de serviços, dentre eles o setor saúde, daí a preocupação mundial com a formação médica e as práticas desses profissionais e sua inserção no mercado de trabalho. Sabe-se que o processo de produção econômica determina o lugar, a importância e a função da prática médica na estrutura social, seja de forma direta, no mercado de trabalho ou através do processo de formação médica. A assistência à saúde converteu-se de uma atividade artesanal numa mercadoria valorizada socialmente, o que coisificou o trabalho médico (NASCIMENTO SOBRINHO, NASCIMENTO, CARVALHO, 2005).

*O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – ação terapêutica de saúde; como objeto – indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico de conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 2008, p. 161).*

Nessa dinâmica capitalista, o trabalho do médico se insere no sistema de saúde brasileiro, o qual é constituído por uma rede complexa estatal e por prestadores e compradores de serviço, simultaneamente interrelacionados, complementares e competitivos, formando uma mistura de público e privado, sendo

o financiamento dos recursos, majoritariamente, público.

A prestação dos serviços de saúde no Brasil é regida pela política econômica subjugada ao capitalismo mundial, ou seja, à força de mercado, e baseada na tecnologia médica, que tem sido incorporada, principalmente, pelas instituições hospitalares (PIRES, 2008; SILVA, 2008; ALMEIDA FILHO, 2011). Além disso, o próprio sistema de remuneração do SUS é perverso, pois está fortemente centrado no pagamento por procedimentos estimulando os prestadores a ofertar maior número de serviços, e mais onerosos, para maximizar os ganhos, desestimulando a promoção da saúde e a prevenção de doenças (MENDES, 2011).

O mercado de trabalho em saúde no Brasil encontra-se tensionado entre o SUS e a linha de pensamento e ação neoliberal através da atividade autônoma e da rede suplementar.

Diante desse cenário, os médicos se submeteram às regras do sistema capitalista, passando a desenvolver atividades em serviços públicos e privados, subjugados à instabilidade, ao ritmo intenso de trabalho, a jornadas de trabalho prolongadas no exercício do seu ofício, à multiplicidade e à flexibilidade das relações de trabalho. Assim, identificam-se cinco padrões básicos de inserção do médico no mercado de trabalho: autônomo típico, autônomo atípico, assalariado, empresários e trabalhadores autônomos (contratação precária) (NASCIMENTO SOBRINHO, NASCIMENTO, CARVALHO, 2005).

A força de trabalho da saúde no Brasil compreende 1,5 milhão de profissionais de saúde registrados em seus respectivos conselhos, sendo o SUS um dos principais empregadores, albergando 44% dos médicos (ALMEIDA FILHO, 2011).

O Brasil possui a quinta maior população de médicos do planeta, situando-se posterior a China, Estados Unidos, Índia e Rússia. Dados do IBGE (2010) assinalam 1,95 médico registrado por 1.000 habitantes; todavia, as diferenças regionais são significativas. De acordo com o CFM (2011), os estados do Sul e do Sudeste concentram a metade dos médicos do país e os municípios do interior do Brasil possuem duas vezes menos médicos em comparação às capitais.

Essa disparidade da distribuição de profissionais médicos é decorrente da influência das ofertas de mercado, visto ser maior a sua aglomeração nos polos econômicos, nas grandes cidades e onde se concentram os estabelecimentos de ensino, a maior quantidade de serviços de saúde e, conseqüentemente, a maior oferta de trabalho (CFM, 2011).

Estudo sobre as formas de exercício da Medicina, realizado pelo Conselho Federal de Medicina, mostrou que 69,7% dos profissionais médicos atuam no setor público; 67%, em consultórios; 53,8%, no setor privado; 20,3%, no setor filantrópico e 18,9% como docentes, o que sugere a diversidade de campos de atuação. O índice do número de atividades exercidas pelo médico evidenciou que 29,1% realizam quatro ou mais das atividades mencionadas acima (CFM, 2004). A jornada média de trabalho dos médicos é superior a 50 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalha mais de 60 horas por semana (CFM, 2011). Isso sugere a perda econômica desses profissionais, que recorrem à multiplicidade de locais e relações de trabalho a fim de garantir uma renda satisfatória.

No estudo mais recente do Conselho Federal de Medicina, o setor privado superou o setor público em 73.055 postos de trabalho médico no ano de 2009, pois, até então, havia a predominância de postos de trabalho médicos estatais (CFM, 2011).

O SUS ainda é uma fonte de emprego relevante para os médicos no Brasil. Todavia, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), política de saúde do governo que observa as orientações da Declaração de Alma-Ata, da Carta de Ottawa e do Banco Mundial, tem enfrentado objeção à fixação de médicos nas equipes. Isso tem levado o governo a criar e executar políticas públicas buscando redirecionar a ideologia do mercado de trabalho em saúde, pois: “se a ideologia está baseada nas condições materiais de existência, e estas produzem o pensamento hegemônico, a mudança do mercado de trabalho é um potente mecanismo indutor de mudança” (ROS, 2004, p. 40).

Nesse sentido, a instituição das DCNs do Curso de Graduação em Medicina tem a finalidade de encurtar o hiato entre o SUS e a educação superior em saúde,

visto que estudos igualmente apontam que muitos profissionais não possuem perfil para operar nesse sistema. Assim, incentivam a inserção precoce dos discentes em atividades de complexidade crescente junto à comunidade no sistema de saúde vigente.

Além disso, o governo tem propalado o discurso do número insuficiente de profissionais médicos no Brasil, apoiado na proporção do número de médicos por 1.000 habitantes em comparação a países com distinta realidade sócio-econômica, fatores regionais, epidemiológicos e culturais, tornando esse índice pouco representativo da meta estipulada arbitrariamente e da realidade demográfica dos médicos do Brasil (CFM, 2011).

Valendo-se desse discurso, o governo tem proposto como alternativas à resolução da concentração de médicos e à dificuldade de fixação no interior: o aumento de 2500 vagas de medicina nos próximos dois anos, através do aumento da oferta de cursos existentes e de novos cursos; o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB); o fornecimento de abatimento na Estratégia de Financiamento Estudantil (FIES) ao egresso que atuar em áreas estipuladas pelo Ministério da Saúde por no mínimo um ano e de forma ininterrupta; o serviço civil obrigatório para médicos recém-formados, em tramitação no Senado; a flexibilização da revalidação de diplomas daqueles que se formaram no exterior, também em tramitação, e, recentemente, a proposta de revalidação automática de 6.000 médicos cubanos para atuar nos municípios do interior.

Desde a Reforma Universitária, quando houve o primeiro *boom* da abertura de escolas médicas, a maioria públicas, e o novo *boom*, em 1996, predominando os cursos privados, a população médica do Brasil cresceu 530% em detrimento do crescimento populacional de 104,8%, no período de 1970 a 2010. Outrossim, a juvenilização dos médicos com perspectiva de maior sobrevida profissional; o balanço com maior entrada do que saída de médicos e a abertura de escolas médicas conduz ao aumento global da reserva de médicos. Somada à multiplicidade de vínculos e à longa jornada de trabalho, há uma ampliação da disponibilidade de profissionais no país (CFM, 2011).

O CFM (2011) não acredita que o número crescente de escolas médicas resolverá a dificuldade de fixação de médicos no interior e favorecerá a sua distribuição, pois essa medida tenderá a aumentar a reserva de médicos, especialmente nos centros mais procurados, acirrando as desigualdades regionais. Para Silva (2008), a reserva global de médicos propiciará a esse profissional, futuramente, a saturação do mercado de trabalho e a venda de sua força de trabalho como assalariado na troca de remuneração aviltante.

Além disso, há uma autosseleção de candidatos ao curso médico. O curso médico possui um prestígio social elevado e o ingresso nele está relacionado a uma disputa acirrada nos processos seletivos e a uma corrida em cursinhos preparatórios, transformando esse curso em monopólio das classes afluentes que tendem a manter a ideologia da competência e da competitividade e apoiam os cuidados de saúde individualistas, mantendo a hegemonia dominante da prática médica curativa. Afora isso, a formação médica, fragmentada em disciplinas que se desenvolvem em horário integral, relega a segundo plano estudos mais gerais, imprescindíveis à visão humanista dos cuidados de saúde dos indivíduos. Os currículos no formato de grades curriculares, compostos de especialidades, desenvolvem parcamente atividades interdisciplinares, alienando os segmentos profissionais da saúde entre si e dificultando o trabalho em equipe (ALMEIDA FILHO, 2011).

Aliás, de acordo como autor acima citado, o mercado promove a ideia de que a iniciativa privada e as empresas de saúde com fins lucrativos são mais gratificantes e rentáveis, sendo o serviço público uma posição secundária a qual, embora ofereça estabilidade, é mal remunerada e pouco reconhecida. Esse pensamento permeia o sistema educacional em saúde e interfere nas escolhas finais dos estudantes da área da saúde.

Outrossim, o discente, durante a graduação, entra em contato com docentes, na grande maioria especialistas, os quais exercem, de forma complementar, com maior rendimento, a atividade autônoma e credenciada à rede suplementar que se alinha ao pensamento neoliberal e distancia-se da carência dos profissionais com formação generalista no sistema de saúde vigente. Apesar de a

formação proposta ser voltada ao SUS e com caráter generalista, é inegável a influência da convivência e do exemplo de professores renomados na sociedade que exercem atividade autônoma como principal e exibem estilo de vida desejável pelos discentes.

Além disso, o desenvolvimento de novas especialidades, atreladas a novos procedimentos diagnósticos e curativos, tem despertado o interesse dos estudantes pela carência do mercado privado, associado à possibilidade de agregar à consulta médica os ganhos financeiros com procedimentos.

O Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB), organizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), lançado em 2012, surgiu a partir dos dados da disparidade na demografia médica no Brasil, publicado pelo CFM. O PROVAB tem por objetivo estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional à localidade com maior carência para este serviço por um período de 12 meses, podendo auferir 10% de bonificação nos exames de residência médica.

A sua primeira edição obteve uma baixa adesão, 381 profissionais; desses 347 foram avaliados satisfatoriamente. Já na segunda organização, houve uma adesão exponencial para 4.569 profissionais, que iniciaram suas atividades no dia primeiro de março deste ano. Contudo, a distribuição demográfica de médicos pelo PROVAB reproduzem os aspectos já apontados pelo estudo do CFM. Essa ascensão súbita se deve à alteração do financiamento municipal dos recursos da bolsa à contratação direta pelo MS e pela consolidação da bonificação nos Programas de Residência Médica. Além disso, os médicos serão tutorados por supervisores remunerados das IES (KOUPE, 2013).

De acordo com o autor referido acima, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) reconhece o programa como positivo, não obstante ressalva o comprometimento da sua característica fundamental, o provimento de médicos a comunidades sem assistência médica, na medida em que vincula ao PROVAB parte significativa das equipes da ESF na sua expansão. Se, por um lado, o PROVAB pode estimular a anuência ao Programa de Residência em

Medicina de Família e Comunidade, por outro, demonstra que o Ministério da Saúde reluta em descortinar a importância do profissional formado pelo referido programa à atenção primária no país.

Além do mais, o PROVAB não resolve a precariedade da estrutura dos serviços de saúde e perpetua a alta rotatividade na ESF. Essa pode ser alterada pela grande maioria dos médicos jovens, idade inferior a 29 anos, exercerem atividade como generalista, enquanto compõem um pecúlio e estudam para se submeter ao exame de Residência Médica, pois 70% dos médicos acima dos 35 anos são especialistas (CFM, 2011).

Dentre outras políticas recentes e polêmicas, encontra-se em tramitação na Comissão de Educação do Senado o Projeto de Lei do Senado (PLS) 168/2012, que decreta o serviço civil obrigatório para médicos recém-formados em faculdades públicas ou com financiamento público em municípios com até 30.000 habitantes e comunidades carentes das regiões metropolitanas com jornada integral de 40 horas por um período de dois anos (BRASIL, 2012c).

Há um debate muito grande com as entidades médicas que advogam não ser imposto aos médicos recém-formados o serviço civil obrigatório sem reunir as condições necessárias para sua atuação e evolução na carreira. Além disso, a atenção à saúde envolve outros profissionais de saúde, não sendo possível viabilizar o atendimento à população de pequenas localidades, criando o serviço obrigatório apenas para médicos.

Tramitam, ainda, no Senado Federal, o PLS 399/2011, que propõe a revalidação automática de diplomas expedidos no exterior (BRASIL, 2011b), e o PLS 15/2012, que sugere o reconhecimento simplificado dos diplomas expedidos no exterior (BRASIL, 2012b). Todavia, o MEC e o MS, através do Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), realizaram, em 2010, o projeto-piloto do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA), o qual foi instituído por meio da Portaria Interministerial n. 278/2011. O REVALIDA foi construído em consonância com as DCNs do curso de Medicina e após o estabelecimento de uma matriz de correspondência curricular, objetivando a

unificação do processo de revalidação e o estabelecimento de critérios técnicos e conceituais claros, constituída por uma prova teórica e uma avaliação prática de habilidades (BRASIL, 2011a). Entretanto, observa-se um alto índice de reprovação, alcançando 90%, o que se atribui, possivelmente, à qualidade do curso realizado e também à diferença da realidade epidemiológica do Brasil em relação ao local de formação profissional de origem do médico diplomado no exterior.

As propostas de flexibilização da revalidação do diploma médico estrangeiro, que tramitam no Senado, desestrutura o Exame Nacional de Revalidação instituído pelo MEC e MS em 2011.

Recentemente, a divulgação pelo governo da revalidação automática de 6.000 médicos cubanos tem provocado grande mobilização das entidades médicas e da sociedade civil através da internet, das redes sociais e de petição pública contra o referido pronunciamento e em defesa da qualidade da assistência à saúde e de condições para o exercício da Medicina. Essas entidades médicas inferem que, a partir da revalidação e da inscrição no conselho de classe, esse profissional não poderá ser obrigado a trabalhar nas condições as quais lhe foram impostas inicialmente, assim como migrará aos grandes centros onde encontrará melhores condições de trabalho, não resolvendo as disparidades da demografia médica.

O governo tem propalado na mídia, que os municípios que almejem receber os médicos cubanos, terão que oferecer condições de trabalho a esses profissionais, e os mesmos serão tutorados e receberão capacitações. Todavia, as condições de trabalho devem ser inerentes à qualidade da assistência à saúde da população; portanto, não deveria estar vinculado à vinda de determinado profissional visto que esse é um dos principais motivos de insatisfação e mobilidade dos profissionais brasileiros. Esse discurso revela a absorção de profissionais de determinada localidade que já está saturada de profissionais médicos, conforme acordos bilaterais.

Estudos demonstram que o obstáculo à fixação do médico na ESF está relacionado a múltiplos fatores, tais como: instabilidade no vínculo empregatício; sujeição do médico aos contratantes e aos problemas políticos; precariedade das

condições de trabalho, gerando grande insatisfação; carga de trabalho pesada; inadimplência de soldos; subvalorização do médico e do seu serviço pelos usuários; carreira de menor prestígio junto à comunidade médica; ineficiência da integração do sistema de referência e de contrarreferência; irregularidade de ações de educação permanente; baixa remuneração e ausência de plano de cargos e carreiras. Isso implica na alta rotatividade de profissionais, na falta de comprometimento e na ineficiência de vínculos e de acompanhamento regular (NEY, RODRIGUES, 2012; KOUPP, 2013).

Os atos políticos referentes às DCNs do Curso de Graduação em Medicina para a formação e às atuais propostas relacionadas ao exercício da Medicina, vinculadas por meio de programas populistas para o trabalho e possíveis futuras modificações na legislação da educação superior vigente, como o PROVAB e a flexibilização da revalidação dos diplomas médicos, retratam a relação entre governo e mercado e a determinação econômica sobre as políticas de governo à educação. Assim, percebe-se o conflito existente entre os herdeiros das forças políticas que impuseram o golpe militar (1964) e promoveram a Reforma Universitária (1968), ainda hegemônicos, e a dificuldade de colocar em prática políticas inclusivas, não populistas e pré-eleitoreiras, componentes de um projeto amplo de desenvolvimento econômico democrático.

A análise das DCNs do Curso de Graduação em Medicina, sob um outro ponto de vista, na perspectiva da análise de discurso pecheutiana, do mesmo modo que a interlocução com algumas políticas atuais relacionadas ao exercício da Medicina, permitem compreender a continuidade do plano de governo neoliberal na área da saúde e reunir algumas ideias como considerações finais.

## 5 A GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Empreendeu-se, neste trabalho, como itinerário, o resgate histórico da Reforma Universitária (1968), que promoveu a inserção das proposições do Relatório Flexner vigentes nas escolas médicas do país, que ainda permanecem de forma hegemônica, e os determinantes históricos, políticos, sociais e ideológicos relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001) por meio do referencial teórico-metodológico da AD proposto por Pêcheux.

Nesse percurso, apresentam-se as instruções dos organismos internacionais, a partir da década de 70, na esfera da saúde e da educação, que vieram a influenciar a política educacional do Brasil e, especificamente, a educação médica, tais como: UNESCO, OCDE, Banco Mundial, CEPAL, OPAS, OMS e Federação Mundial de Educação Médica.

Os documentos produzidos por essas instituições internacionais induziram modificações na LDBEN/96, que incorporou a noção de competências, e nos textos oficiais subsequentes do MEC, os quais culminaram nas DCNs do Curso de Graduação em Medicina.

Esses acontecimentos circularam na época do quarto período das ideias pedagógicas no Brasil (1969-2001), proposto por Saviani (2011), sendo consequência da crise do capitalismo mundial, na década de 70, que instaurou o processo de reestruturação produtiva com a transição do fordismo ao toyotismo; subsequentemente, configurou a concepção pedagógica produtivista através do neoprodutivismo e de suas variantes – neoescolanovismo, neoconstrutivismo, neotecnicismo - que induziram a formulação das DCNs.

Assim, as DCNs do curso de Medicina alicerçaram-se a partir da “pedagogia das competências”, de matriz construtivista, confeccionada por uma equipe de técnicos do MEC, essencialmente, subordinada ao Banco Mundial, OCDE, OPAS e OMS, por conseguinte subalterna à ideologia do capitalismo neoliberal.

Dessa forma, o conceito de qualificação que ordenou historicamente as

relações de trabalho e educação frente à materialidade do mundo produtivo é deslocado às competências profissionais. A “pedagogia das competências” debilita a dimensão conceitual da qualificação em decorrência da crise do valor dos diplomas e das trajetórias lineares de profissionalização e classificação profissional na qual a certificação se torna um acessório.

Por outro lado, há uma valorização da dimensão experimental da qualificação por meio das qualificações tácitas e da subjetividade do homem. Valoriza-se mais o saber fazer - conhecimento prático, concreto e útil - do que o saber conceitual teórico-abstrato, cabendo à escola adequar os sujeitos às demandas e às características da sociedade globalizada, abstendo-se da crítica à regência do capital, à realidade sócio-econômica atual.

As DCNs foram produzidas no contexto do neoprodutivismo que prevaleceu na década de 90, o qual se assentava na reformulação da Teoria do Capital Humano, voltado à satisfação dos interesses privados, guiada na ênfase, na capacidade e na competência individual para inserção e ascensão no mercado de trabalho, determinando uma orientação educativa expressa na “pedagogia da exclusão” (SAVIANI, 2011). Assim, a noção de competência, concebida por Perrenoud (1999) está relacionada à capacidade de agir com eficácia numa situação determinada, apoiada em conhecimentos.

Circula, desse modo, a ideologia do sucesso individual, na qual cada indivíduo se submete a sucessivas capacitações para garantir a sua empregabilidade e transpor as barreiras impostas pelo estrangulamento do mercado de trabalho; entretanto, caso não o consiga, é responsabilizado pelo seu fracasso por meio da “pedagogia da exclusão”.

As DCNs retomam o lema “aprender a aprender”, originário do escolanovismo; contudo, há o deslocamento do eixo do processo educativo: do lógico para o psicológico; dos conteúdos para os métodos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade, sendo mais importante nem ensinar, nem aprender, mas aprender a aprender, ressignificando o referido mote como neoescolanovismo (SAVIANI, 2011).

Essa competência, uma das seis competências gerais do médico, expressa tanto a capacidade de aprendizagem permanente associada à renovação do conhecimento quanto a educação permanente que o Estado transfere à responsabilidade individual de se atualizar para ampliar a empregabilidade e a adaptabilidade à sociedade onde as próprias necessidades de sobrevivência não estão garantidas e são subjugadas ao mercado.

As reformas curriculares baseadas nas DCNs tem se aplicado à lógica das competências, o que implica numa busca constante de ampliação e atualização do seu portfólio de competências, a adaptação ao futuro do trabalho e a renúncia permanente aos interesses de classe em favor dos interesses das gestões empresariais ou mesmo públicas, contribuindo para a desintegração da luta de classes, das lutas sindicais das corporações.

Aliado a isso, o aprender a aprender reordena, pelo neoconstrutivismo, a concepção psicológica do sentido do aprender como atividade construtiva do aluno, por sua vez objetivada no neotecnicismo (SAVIANI, 2011).

O construtivismo atribui grande ênfase aos esquemas operatórios mentais e aos domínios cognitivos superiores na mobilização de saberes. A ênfase de Piaget centrava-se na compreensão científica do desenvolvimento da inteligência; todavia, cede lugar à “retórica reformista” que, em harmonia com a pós-modernidade, obedece a regras fixadas pelo conhecimento com valor funcional e útil (pragmática), consistindo no neoconstrutivismo.

Os currículos centrados em aprendizagem significativa, na esfera construtivista, priorizam a necessidade e o interesse dos estudantes e minimizam as dimensões sócio-históricas, culturais e econômicas do aprendizado. Ademais, funda-se numa perspectiva funcionalista ao se traduzir nos perfis de competências às atividades laborais e caminha no fio da navalha entre o condutivismo e o construtivismo. As competências são transformadas em mecanismos adaptativos do comportamento humano aos meios material e social através da psicologização das questões sociais.

As bases econômico-pedagógicas do tecnicismo – racionalidade, eficiência

e produtividade – são ressignificados em neotecnicismo, no qual o controle se desloca do processo aos resultados para garantir a eficiência e a produtividade, subjugado aos valores de mercado, e o Estado assume o papel de avaliador mediante a criação de agências reguladoras. O neotecnicismo, enquanto forma de organização das escolas por parte do Estado, busca maximizar os resultados dos recursos aplicados na educação mediante a “pedagogia da qualidade total” e a “pedagogia corporativa”.

A padronização dos desenhos dos projetos político-pedagógicos, das metodologias de ensino e aprendizagem e das novas formas de organização acadêmica promovem uma formatação da educação que domestica a capacidade crítica e favorece o controle do capital. Há uma desqualificação da metodologia tradicional e dos projetos político-pedagógicos dissonantes das DCNs. Aliás, silencia outras políticas pedagógicas que não sejam as propostas pela matriz construtivista.

A adoção do conceito de competência de maneira acrítica pode implicar: uma adaptação às necessidades da reestruturação econômica e às exigências empresariais, ignorando a formação do sujeito político; abordagem individualizante e individualizada, pois, paradoxalmente, a avaliação e a certificação das competências se concentram em resultados individuais, embora só possam ser mobilizadas e articuladas em grupo; por outro lado, os acordos particulares entre empregador-empregado segundo a “carteira de competências”, enfraquecem a negociação coletiva em proveito individual, numa preocupação com o resultado, e não com o processo de construção das competências.

A assunção da retórica construtivista pelo docente, como norteador da qualidade do processo de ensino e aprendizagem, e a sua disseminação contribuem para o fortalecimento de um projeto mais amplo, o qual extrapola as barreiras da esfera educacional (SANTOS, 2010).

A ciência e a tecnologia, no processo produtivo da organização e no trabalho intelectual, estabelecem uma nova divisão social de classes, as quais podem ser sintetizadas entre os que possuem poder, porque possuem saber, e os que não possuem poder, porque não possuem saber (CHAUÍ, 2008). Assim, as DCNs

reproduzem a lógica da relação de trabalho oriunda da reestruturação produtiva, diferenciando em competentes (portadores de conhecimentos científicos e tecnológicos) e incompetentes (executores), alienam o sujeito no seu egocentrismo e na sua competitividade desenfreada, que servem ao capital e desvelam o propósito capitalista neoliberal de perpetuação da divisão de classes sociais e da visão de mundo da classe dominante.

Consoante Chauí (2008), o discurso competente da organização e dos especialistas visa a assegurar dois pontos indissociáveis do modo de produção capitalista: a racionalidade das leis do mercado e a busca da felicidade na competição e no sucesso em vencê-la.

A partir das propostas para flexibilizar, no sentido de conferir originalidade e autonomia nos limites da epidemiologia e das demandas sociais locais, as DCNs propiciaram a ilusão da criação de projetos político-pedagógicos dos cursos e ordenamentos curriculares que superassem o modelo atual de formação, hospitalocêntrico, como fórmula para a melhoria adaptada da atenção à saúde local e regional. Em seguida, uma outra ilusão é criada, a de que as diretrizes e a definição das competências são suficientes para implantação de PPC e currículos homogêneos para faculdades públicas e privadas, com a previsão de produto similar.

Embora aparente um conflito e dicotomia com os poderes político-econômicos, isso acontece de maneira contundente e às claras apenas entre docentes e discentes, detentores e reprodutores do modelo hospitalocêntrico, baseado na atenção terciária de média e alta complexidade, e, do outro lado, os médicos especialistas em saúde pública e saúde coletiva. O conflito entre especialistas ditos “biológicos” e “coletivos” não lhes permite se ver como as duas faces de um mesmo espelho, que reflete o mesmo poder político e que defende o poder econômico, ou da mesma moeda que determina o poder político.

As tentativas de deslocamento de um modelo hegemônico de formação com ênfase na atenção em saúde, dito biológico e hospitalocêntrico, a outro modelo integral, tem permitido somente a criação de novos projetos políticos-pedagógicos

dos cursos e de desenhos curriculares em desequilíbrio e sob tensão permanente para com o modelo anterior, hegemônico. A necessária radicalidade da superação esbarra nos limites do poder político-econômico, impostos e percebidos difusamente e sem muita clareza pelos diferentes atores no conflito, mais ocupados na defesa dos microterritórios de poder entre os defensores do modelo hegemônico e nas competências e métodos, na nova “tecnologia” de formação em saúde.

Diante do percurso traçado, presume-se que as forças produtivas do mercado e as relações de produções econômicas e sociais existentes proporcionaram a reprodução do modo de produção dominante de uma dada formação social, a ideologia do projeto político da classe dominante, a qual, nesse caso, definiu a matriz teórico-conceitual construtivista de competência às DCNs do Curso de Graduação em Medicina.

O Banco Mundial, como cerne da estrutura capitalista, não está preocupado com a assistência direta à saúde, mas com a sustentação econômica dos países desenvolvidos e a solvência das dívidas, com a elevação dos custos dos sistemas de saúde e o uso indiscriminado de tecnologia médica. Assim, o apoio às demais agências internacionais, a implantação da estratégia da atenção primária em saúde, a política de formação dos profissionais de saúde e a racionalização através da medicina baseada em evidências resultam numa economia de consumo no setor saúde e facilitam o seu gerenciamento. Dessa forma, percebe-se que as DCNs se inserem em uma série de atos políticos, impostos e programados para a reorganização da atenção em saúde no modelo capitalista neoliberal, traçados previamente por organismos internacionais que defendem o capital internacional em harmonia com os princípios do neoconservadorismo globalizado.

Assim, a atenção primária à saúde tem sido adotada pelo governo como molde de atendimento com menor gasto social no setor saúde, o que muitas vezes ocorre de forma ineficaz e na ausência e/ou funcionamento inadequado do sistema de regionalização e de referência/contra-referência, resultando numa atenção primitiva de saúde.

A reestruturação produtiva trouxe consigo o desenvolvimento da área de

economia da saúde a partir das décadas de 50 e 60, influenciando as decisões no campo da saúde, as quais devem ser empregadas se o custo não for alto o suficiente para onerar o sistema de saúde, independentemente da individualidade daquele que necessita de determinada medida específica. A incorporação da racionalidade econômica nas propostas educacionais, apesar de aparentemente empreendedora, apaga o aspecto antissocial de gastar o mínimo com a máxima eficiência.

Diante desse cenário, o mercado de trabalho em saúde está tensionado entre o SUS e a rede privada/complementar e os médicos têm se submetido às regras do sistema capitalista, desenvolvendo atividades em serviços públicos e privados, subjugados à instabilidade, ao ritmo intenso de trabalho, a jornadas de trabalho prolongadas, a multiplicidade e flexibilidade das relações de trabalho.

Tendo em vista a exploração das sequências discursivas, procedeu-se uma reflexão sobre os efeitos de sentidos da noção de “competências” presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que têm norteado os projetos político-pedagógicos das Instituições de Ensino Superior, desconstruindo a ilusão proporcionada pelo discurso de inovação e de qualidade. Entende-se a necessidade de avançar numa profunda reflexão que não seja restrita à metodologia de ensino e aprendizagem, mas que promova uma atitude crítico-emancipatória do discente e do docente.

## 6 O PRODUTO

O trabalho de conclusão final do curso do Mestrado Profissional poderá ser apresentado em diferentes formatos, conforme o parágrafo 3º da alínea IX do Artigo 7º da Portaria Normativa do MEC nº 7, de 22 de junho de 2009.

O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica, produção artística; sem prejuízo de outros formatos, de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, desde que previamente propostos e aprovados pela CAPES (BRASIL, 2013, p. 33).

Dessa forma, em decorrência do trabalho desenvolvido ser teórico-conceitual, o qual analisou as DCNs do Curso de Graduação em Medicina instituídas pelo MEC, optou-se pela apresentação do trabalho de conclusão do curso no formato de dissertação. Todavia, o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde estabelece a necessidade de um produto das pesquisas desenvolvidas e de um artigo que será submetido à revista indexada e reconhecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

À vista disso, o produto do trabalho desenvolvido pela reflexão teórica ao longo desse mestrado será a publicação dessa dissertação no formato de livro, preferencialmente por editora universitária. O artigo confeccionado segue como apêndice dessa dissertação e retrata, parcialmente, as ponderações empreendidas nesse percurso.

Contudo, propomo-nos, ainda, a contribuir com a construção da proposta de mudança curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL), desenvolvida pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE), por meio da apreciação do Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso, considerando a

discussão executada nesta dissertação.

A exigência do Projeto Político-Pedagógico (PPP) foi ratificada pela LDBEN/96, quando, no seu décimo segundo artigo, incumbiu aos estabelecimentos de ensino elaborar a sua proposta pedagógica; todavia, este projeto deve estar em consonância com as diretrizes gerais pertinentes (MEDEL, 2008; BRASIL, 2010).

Conforme Medel (2008), o PPP retrata a identidade da IES e é o instrumento teórico-metodológico que explicita a intencionalidade da faculdade, indicando seu rumo e sua direção, possibilitando refletir sobre o trabalho que produz.

A FAMED/UFAL foi criada em 1950, mas o seu PPP vigente foi implantado apenas em 2006, após sucessivas discussões e capacitações que se iniciaram em 2001, quando da criação do Núcleo de Ensino Médico (NEMED), e se fortaleceram a partir da mudança do Colegiado do Curso, em 2004, concomitante com a mudança na gestão da UFAL (UFAL, 2006). A FAMED/UFAL obteve financiamento a sua proposta de mudança curricular homologada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.530, de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) objetiva a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. Constitui-se a essência desse programa a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, promovendo o aprendizado baseado na realidade sócio-econômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007).

Com essa finalidade, o PRÓ-SAÚDE orienta três eixos distintos de desenvolvimento do programa – orientação teórica, cenários de prática, orientação pedagógica - e cada um com três vetores específicos. Os determinantes de saúde e doença, a pesquisa ajustada à realidade local e a educação permanente compõem a orientação teórica. A integração ensino-serviço, a utilização dos diversos níveis de atenção e a integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde respaldam os cenários de práticas. A orientação pedagógica deve ser assinalada pela integração básico-clínica, análise crítica dos serviços e aprendizagem ativa

(BRASIL, 2007).

O PPP da FAMED/UFAL fundamentou-se na LDBEN/96 e nas DCNs do curso de graduação em Medicina, por conseguinte, norteado pelo PRÓ-SAÚDE e numa formação baseada em competências e habilidades de matriz construtivista.

O PPP da FAMED/UFAL adota o perfil do egresso e as competências/habilidades gerais e específicas contidas nas DCNs. Conforme a matriz construtivista, a estrutura curricular é modular, todavia, há pouca flexibilidade no tocante à área verde discente e às disciplinas eletivas.

O PPP da FAMED/UFAL atende às exigências das DCNs em vários pontos, tais como: construção coletiva; aprendizagem centrada no aluno e o professor no papel de facilitador, através do uso de metodologias ativas que incentivem a busca do conhecimento; articulação entre ensino, pesquisa e extensão; formação biopsicossocial; articulação entre teoria e prática; compromisso com as necessidades de saúde; responsabilidade social e compromisso com a cidadania; contato com a prática desde o início do curso; atenção integral à saúde; trabalho em equipe; articulação entre a formação acadêmica e o SUS; complexidade crescente; formação voltada à educação permanente; estágios nos diferentes níveis de complexidade; comunicação; flexibilidade; liderança; administração e gerenciamento.

A FAMED/UFAL, impulsionada pelas políticas ministeriais, adentrou pela lógica produtivista, preocupando-se com os resultados obtidos pelas avaliações externas, consoante ao neotecnicismo, e, durante certo tempo, batalhou pela transformação do seu conceito junto ao SINAES, através de medidas internas para se adequar às proposições do MEC.

Dessa forma, após a implantação do projeto político-pedagógico vigente e as medidas internas, a FAMED/UFAL se tornou mais competitiva e, atualmente está entre as vinte e cinco melhores faculdades avaliadas pelo MEC por meio do ENADE. Aliás, um maior número dos seus alunos tem conseguido alcançar êxito em centros de excelência em especialidades, tais como: neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, radiologia e imagem, entre outras. Contraditoriamente, uma

formação mais voltada ao sistema de saúde público vigente e de perfil generalista, com inserção precoce do alunato na comunidade e maior carga horária do Eixo de Aproximação à Prática Médica e à Comunidade (EAPMC) tem proporcionado êxito mais frequente nos Programas de Residência Médica de especialidades. Será que o modelo proposto pelo MEC e seguido pela nossa faculdade consegue vencer os interesses do mercado liberal ou está deixando os nossos egressos mais preparados para atuar autonomamente nesse mercado?

O ciclo básico-profissionalizante foi organizado em três eixos no PPP da FAMED/UFAL: Eixo Teórico-Prático Integrado (ETPI), EAPMC e Eixo de Desenvolvimento Pessoal (EDP), que funcionam paralelamente e com pouca integração. Os objetivos de aprendizagem propostos semanalmente no guia do aluno da faculdade contemplam, exclusivamente, os objetivos biológicos. Assim, os aspectos psicossociais e éticos presentes nos casos motivadores não estão necessariamente integrados de forma simultânea ao EDP e ao EAPMC, desmotivando os discentes pela falta de uma correlação integradora entre os eixos da própria faculdade.

Nessa nova proposta curricular, o EAPMC expandiu amplamente a sua carga horária por meio da disciplina Saúde e Sociedade, I a VIII, perfazendo um total de 1280 horas. A progressão dessa carga horária está promovendo quase uma especialização em saúde coletiva aos discentes, contudo, ao invés de haver a adesão dos graduandos, muitos alunos criticam o excesso dessa carga horária em detrimento do conhecimento técnico do ETPI.

Na apresentação do EAPMC no PPP, observamos o pensamento acerca da formação acadêmica a serviço da sociedade: “se pensamos na Escola à serviço da sociedade, essa Escola não pode estar alheia ao contexto das demandas sociais e das políticas públicas vigentes” (UFAL, 2006, p. 25). Percebe-se que há uma assunção das ideias desenvolvidas pelo MEC e pelo MS, agindo como instituição de preservação e distribuição cultural da visão de mundo da classe dominante; todavia, não se estabelece uma crítica ao que rege as demandas sociais e as políticas públicas do governo. Propõe-se, exclusivamente, a adequação dos graduandos ao contexto do mercado de trabalho disponível numa concepção construtivista do aprendizado.

O EDP propõe um objetivo amplo e absoluto, coerente com os fundamentos da Psicologia Cognitiva e Organizacional. As atividades propostas por esse eixo estão voltadas inteiramente a uma participação ativa do aluno no processo de ensino-aprendizagem:

[...] são utilizados exercícios, jogos e vivências grupais, de acordo com as necessidades e dinâmica do grupo, seguidos da análise e vinculação do vivido ao conhecimento ou prática que se quer ressaltar. Serão também utilizadas dramatizações, *role playing*, grupos de reflexão, discussões de filmes e estudos de caso (UFAL, 2006, p. 27).

Porém, essas atividades se mantêm distantes de uma formação política para a compreensão de contextos histórico-sociais.

O ETPI centra-se nos aspectos cognitivos, nas habilidades e nas atitudes fundamentados na ciência. Em virtude da elevada resistência interna do corpo docente, a FAMED/UFAL assumiu, parcialmente, a recomendação do desenho do Projeto Político-Pedagógico delineado pelo MEC e pelo MS.

Nos dois primeiros anos, o conteúdo do ETPI é organizado em unidades sequenciais que abordam os aspectos morfofisiológicos dos aparelhos/sistemas orgânicos. A FAMED/UFAL adotou a metodologia de casos motivadores para integrar os conhecimentos morfofisiológicos desenvolvidos por meio de aulas expositivas concomitantes. Todavia, não ocorre uma integração sincrônica entre os setores de estudo da disciplina modular - bases morfofisiológicas, na maioria das vezes, acarretando certa sobrecarga ao discente. Além disso, há uma resistência dos docentes do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS) à proposta curricular da FAMED/UFAL, havendo uma convivência divergente.

No terceiro e quarto anos, a organização modular do ETPI ocorre por ciclos de vida: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde da Mulher. O término da metodologia de casos motivadores no quarto período e “a organização modular, com ênfase, respectivamente, nos elementos do diagnóstico e da terapêutica” (UFAL, 2006, p. 28) promovem uma maior identificação do discente com o modelo hegemônico biologicista, até mesmo um reconhecimento de um rito de passagem pela clínica, demonstrando a persistência da dicotomia básico-clínica.

A FAMED/UFAL, ao propor a sistematização de atividades práticas por meio do laboratório de habilidades e práticas avaliativas, como o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), deve estar atenta, a fim de evitar o behaviorismo, pois, de acordo com Ramos (2001), a objetivação das competências por meio de ações práticas e condutas observáveis correlacionados aos postos de trabalho pode acabar se restringindo a padrões de comportamento, promovendo uma mecanização do aprendizado técnico dissociada do cognitivo.

A preocupação excessiva com o valor funcional do conhecimento, o saber-fazer, desconsiderando o saber conceitual teórico-abstrato, conduz a um processo de adaptação obrigatória do discente às demandas da sociedade globalizada e a mecanismos gerenciais de controle por metas de produtividade, de forma acrítica.

A política de inserção do discente precocemente no sistema de saúde preconizada pelas DCNs e pelo Pró-Saúde tem gerado conflitos na integração ensino-serviço, pois a academia, os trabalhadores de saúde da rede e a comunidade não têm sido satisfatoriamente preparados para essa mudança.

As políticas de incentivo à inserção dos graduandos na rede de saúde, como o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho à Saúde), surgidas muito posteriormente às DCNs, facilitaram a associação dos profissionais da rede às universidades pelos incentivos pecuniários. Na contramão, a descontinuidade dessas políticas tem acarretado a solicitação unilateral desses profissionais dos serviços de saúde para desprenderem-se do compromisso da preceptoria.

A ausência de incentivos a esses profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, seja pecuniária, seja pela redução da cota diária de produtividade para acompanhamento adequado dos discentes, desestimula a adesão dos preceptores. Nas circunstâncias atuais, a presença dos discentes no serviço acaba causando transtornos às metas de atendimento a serem cumpridas, definidas pelo próprio Estado, pois o preceptor necessita diminuir o ritmo de atendimento para auxiliá-los. É muito importante, nesse momento da formação acadêmica, a discussão e os questionamentos visando à formação crítica e de qualidade do alunato. Senão, tornar-se-á, exclusivamente, uma mecanização do aprendizado

prático, o neotecnicismo.

Afora isso, a falta de um sistema de referência e contrarreferência eficaz que assista a população e aos postos de saúde que colaboram com a academia torna-se um entrave à integração ensino-serviço, pois os profissionais da rede observam a falta de contrapartida da FAMED/UFAL. Por outro lado, o agendamento de pacientes do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) funciona independentemente da gestão da FAMED/UFAL.

Aliás, desde o início da nova proposta curricular, há uma dificuldade de cooperação entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e a gestão da Faculdade de Medicina, decorrente da alta rotatividade de secretários de saúde no governo municipal e da falta de compromisso com os acordos assumidos.

Uma vez que vivemos numa sociedade capitalista, num Estado pouco desenvolvido industrialmente, latifundiário, o qual comporta uma das piores remunerações aos profissionais de saúde e de educação do Brasil, com escassa cobertura da atenção básica municipal pela Estratégia de Saúde da Família na capital, a falta de incentivo pecuniário tem sido um fator preponderante à parca adesão e/ou à manutenção dos profissionais dos serviços de saúde às atividades de preceptoria da Universidade. Particularmente à FAMED/UFAL, isso tem gerado um campo restrito de práticas na atenção básica em saúde e a elevação do número de discentes nas unidades que os acolheram, dificultando a integração e a receptividade da comunidade.

Observa-se que, nessa proposta de mudança curricular, houve apenas uma reorganização especializada dos conhecimentos em biológicos e comunitários por eixos, módulos e setores de ensino que, atualmente, empenham-se nos conflitos de poder, em disputas de carga horária, ajustes curriculares não integrativos, em que a preocupação final com pesos para composição de notas e formato de avaliação, revelam uma educação superior como aparelho ideológico de reprodução e controle ideológico para adaptação ao mercado atual neoliberal, seja em sua face pública ou privada.

Propõe-se a retomada de uma experiência positiva iniciada com a reforma

curricular, porém de curta duração: reuniões mensais dos coordenadores de eixos, módulos e disciplinas, agora com a presença dos preceptores da rede pública conveniada.

Além disso, para que o discente participe como protagonista do desenvolvimento curricular, e de sua própria autonomia, propõe-se a criação do conselho de classe com representantes de todos os períodos, reunidos mensalmente com a coordenação do curso.

Por fim, para que este modelo de formação tenha êxito, é necessário, também, uma agenda mensal, permanente, entre os gestores da FAMED, Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 42-52, mai./ago., 2001.
- ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde do Brasil. **Lancet**, Londres, v. 6736, n. 11, p. 6-7, mai., 2011.
- AMARAL, M. M; VERGARA, S. C. O “aluno-cliente” nas instituições de ensino superior: uma metáfora a ser banida do sistema educacional? **Bol Téc Senac** [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 1, p. 5-15, jan./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/371/artigo1.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2012.
- APPLE, M. W. **Ideologia e Currículo**. Trad: FIGUEIRA, V. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ARRUDA, M. C. C. Qualificação versus competência. **Bol. Téc. Senac**. [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 2, mai./ago., 2000. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/bts/262/boltec262b.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.
- BARATA, R. B. Debates. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 6, n. 11, p. 127-8, ago., 2002.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F, CORBO, A. M. A. (org). **O território e o processo de saúde doença**. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007. Coleção Educação profissional e a docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. P. 51-86.
- BAUTISTA, O. D. **Ideología neoliberal y política de globalización bajo un enfoque ético**. 3. ed. Toluca, Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México, 2011. Colección Cuadernos de ética para los servidores públicos. Disponível em: <[http://eprints.ucm.es/13068/1/cuaderno\\_11.pdf](http://eprints.ucm.es/13068/1/cuaderno_11.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2013.
- BEAUD, M. História do capitalismo de 1500 aos nossos dias. Trad.: PEREIRA, M. E. G. G. 2a reimp. 4a ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BINDÉ, J. **Rumo às Sociedades do Conhecimento**. Relatório Mundial da UNESCO (2005). Lisboa: Instituto Piaget, 2007. Coleção: Epistemologia e Sociedade.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 583, de 04 de abril de 2001**. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de out. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 1.133, de 03 de outubro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de out. 2001b, seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N. 4 de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001c. Seção 1. p. 38. 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**: texto constitucional de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BRASIL. **LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 5. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 278/2011a**. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/revalida/portaria/2011/portaria\\_n278\\_17032011\\_revalida.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/revalida/portaria/2011/portaria_n278_17032011_revalida.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 07, de 22 de junho de 2009**. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de junho de 2009. Seção 1, p. 31-32. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=23/06/2009&jornal=1&pagina=31&totalArquivos=88>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 04/97 do MEC**: Diretrizes Curriculares. 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 36, n. 3, p. 375-78, jun, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção à Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário Temático: Economia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 399/2011b**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/93139.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 15/2012b**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/102739.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 168/2012c**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=108662&tp=1>>. Acesso em: 09 mai. 2013.

CAMPINO, A. C. C. Evolução da economia da saúde no Brasil. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 219-224.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez., 2006.

CARNOY, M. **Mundialização e reforma da educação: o que os planejadores devem saber**. Trad: TEIXEIRA, G. J. F. Brasília: UNESCO Brasil, IPE, 2003.

CASTANHO, S. A educação superior no século XXI: comentários sobre o documento da UNESCO. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 4, n. 7, p. 163-6, ago., 2000.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Debates. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 6, n. 11, p. 117-21, ago., 2002.

CAVALCANTE, M. S. A. O. Implícitos e silenciamentos como pistas ideológicas. **Rev. Leitura – Análise do Discurso**, Maceió, AL, n. 23, p. 149-63, 1999.

CHAUÍ, M. **O que é Ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. Coleção Primeiros Passos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Coordenação: CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V. V. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. Coordenação: SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2011.

COSTA JÚNIOR, V. H. S. **O desafio da formação pedagógica dos professores da Aprendizagem Baseada em Problemas no curso de Medicina da PUCPR**. 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, 2005.

COUTO, C. G.; ABRUCIO, F. O segundo governo FHC: coalizões, agenda e instituições. **Tempo soc.**, São Paulo, SP, v. 15, n. 2, p. 269-301, nov., 2003.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Bol. Téc. Senac** [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, 1996. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/222/boltec222b.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Bol. Téc. Senac** [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.

DEMO, P. **Habilidades e competências no século XXI**. Porto Alegre: Mediação, 2010.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Bras.**, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 1, p. 1-4, mar., 2007.

ELLAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, SP, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set, 2004.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FOLLADOR, W.; SECOLLI, S. R. A farmacoeconomia na visão dos profissionais da saúde. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 248-268

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. **A economia da saúde**. Trad: BAZAN, C. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FLORENCIO, A. M. G. et al. **Análise do Discurso: fundamentos e prática**. Maceió: Edufal, 2009.

FRIGOTTO, G. Capital humano. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 66-72.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, RJ, vol. 1, n. 1, p. 45-60, mar., 2003.

GADOTTI, M. Educação e Poder: Introdução à Pedagogia do Conflito. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GODOI, C. K. Perspectivas de análise do discurso nos estudos organizacionais. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

GÓMEZ, A. I. P. Competências ou pensamento prático? A construção dos significados de representação e de ação. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: O que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 64-114.

GREGOLIN, M. R. V. Formação discursiva, redes de memória e trajetos sociais de sentido: mídia e produção de identidades. In: BARONAS, R. L. **Análise do discurso: apontamentos para uma história da noção – conceito de formação discursiva**. São Carlos: Pedro e João editores, 2007.

GREGOLIN, M. R. V.; BARONAS, R. (orgs). **Análise do discurso: as materialidades do sentido**. São Carlos, SP: Claraluz, 2001.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p. 605-20, abr./jun., 2002.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KIRSTEN, S. A. R. **A metodologia da aprendizagem baseada em problemas e o paradigma da complexidade em um programa de aprendizagem do curso de Medicina da PUCPR**. 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, 2006.

KOUPP, D. Novidades sobre a segunda edição do Provab. **J. Saúde Família**, Ano III, n. 16, p. 4-7, mar/abr, 2013.

LAMPERT, J. B. **Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

- LOUREIRO, B. R. C. O contexto neoliberal: as recomendações educacionais do Banco Mundial em resposta à crise estrutural do capital. **Verinotio – rev. on-line de educ. ciênc. hum.**, Belo Horizonte, MG, n. 11, ano VI, p. 14-22, abr., 2010.
- LUKÁCS, G. **O trabalho**. Trad: TONET, I. Maceió, 1997. (mimeo).
- LUZ, T. M. Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 353-6.
- MAGALHÃES, B. O sujeito do discurso: um diálogo possível e necessário. **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão, SC, v. 3, número especial, p. 73-90, 2003.
- MARTINS, C. B. A Reforma Universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. Disponível em: <[http://www.lappis.org.br/livros\\_sentidos.htm](http://www.lappis.org.br/livros_sentidos.htm)>. Acesso em: 16 fev. 2011.
- MEDEL, C. R. M. A. **Projeto Político-Pedagógico: construção e implementação na escola**. Campinas: Autores Associados, 2008.
- MELO, M. M. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação**. 2004. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2004.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- MIRA, M. M.; ROMANOWSKI, J. P. Tecnicismo, neotecnicismo e as práticas pedagógicas no cotidiano escolar. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - EDUCERE, IX, 2009. Encontro Sul brasileiro de Psicopedagogia, III, 2009, Curitiba. **Anais dos trabalhos [on-line]**. p. 10208-10219. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2671\\_1108.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2671_1108.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- MORIN, E. **Os sete saberes para a educação do futuro**. Trad: VIVEIROS, A. P. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. Coleção Horizontes Pedagógicos.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 2, p. 129-135, 2005.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, out./dez., 2012.

OLIVEIRA, G.; TUROLLA, F. Política econômica do segundo governo FHC: mudança em condições adversas. **Tempo soc.**, São Paulo, SP, v. 15, n. 2, p. 195-217, nov., 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação** (1988). Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educa%C3%A7%C3%A3o/declaracao-mundial-sobre-educacao-superior-no-seculo-xxi-visao-e-acao.html>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Recomendação sobre a valorização dos recursos humanos, R195, 2004**. Lisboa: Escritório da OIT, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. (orgs). Trad: MENICUCCI, K. G. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1994. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 7. p. 17-32. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/cgqem\\_recomenda.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/cgqem_recomenda.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2012.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 3. ed. Campinas: UNICAMP, 1995.

ORLANDI, E. P. **Discurso e Texto**: formulação e circulação dos sentidos. 3. ed. Campinas: Pontes Editores, 2008.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 9. ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 4, p. 492-9, out./dez., 2008.

PÊCHEUX, M. Papel da memória. In: ACHARD, P. et al. **Papel da memória**. Campinas, SP: Pontes, 1999. P. 49-57.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. Trad: ORLANDI, E. P. 4. ed. Campinas: Pontes Editores, 2006.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad: ORLANDI, E. P. et al. 4. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2009.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT / Annablume, 2008.

RAMOS, M. N. A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais. **Bol. Téc. Senac**. [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273c.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área da saúde. **Rev. Olho Mágico**, Londrina, PR, ano 4, n. 16, 1998. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/home.htm>>. Acesso em: 09 set. 2012.

RIOS, T. A. **Ética e Competência**. 20. ed. São Paulo: Cortez editora, 2011.

ROOSLER, J. H. **Sedução e alienação no discurso construtivista**. São Paulo: Autores Associados, 2006.

ROS, M. A. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (org). **Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades**. São Paulo: editora Hucitec, 2004. P. 224-243.

RYCHEN, D. S.; SALGANIK, L. H. (orgs). Defining and selecting key competencies (2001). Disponível em: <<http://www.oecd.org/pisa/35070367.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SACRISTÁN, J. G. Dez teses sobre a aparente utilidade das competências em educação. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: O que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 13-63.

SALLUM JR, B. O segundo governo FHC: um balanço crítico. **Tempo soc.**, São Paulo, SP, v. 15, n. 2, p. 5-7, nov., 2003.

SALM, C. L.; FOGAÇA, A. **Questões críticas da educação brasileira: consolidação das propostas e subsídios para ações nas áreas de tecnologia e qualidade**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 1995. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&o\\_obra=18293](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=18293)>. Acesso em: 02 fev. 2013.

SANTOMÉ, J. T. Evitando o debate sobre a cultura no sistema educacional. Como ser competente sem conhecimento. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: O que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 161-197.

SANTOS, A. M. **O discurso construtivista como norteador da qualidade do processo de ensino e aprendizagem**. São Paulo: Baraúna, 2010.

SARTI, F. M.; CAMPINO, A. C. C. Fundamentos de economia, economia da saúde e farmacoconomia. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 225-236.

SARTI, F. M.; CYRILLO, D. C. A farmacoconomia do ponto de vista do profissional da economia. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 237-246.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2011.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. **Política Educacional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SILVA, M. M. Formar para o mercado de trabalho: a retórica da competência e competitividade nos cursos de graduação. **Bol. Tec. Senac**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 2, p. 45-55, mai./ago., 2008.

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

SILVA SOBRINHO, H. F. Sujeito do discurso, ideologia e luta de classes: um espectro ronda a ad e não cessa de produzir efeitos. In: INDURSKY, F.; MITTMANN, S.; FERREIRA, M. C. L. (orgs). **Memória e história na/da análise de discurso**. Campinas: Mercado de Letras, 2011. P. 105-141.

SILVEIRA, A.; PAIM, G. Reforma Universitária: a política educacional brasileira do governo Castelo Branco à Costa e Silva (1964-69). **Cadernos FAPA** [periódico on-line], Porto Alegre, RS, n. 2, 2º semestre, 2005. Disponível em: <<http://www1.fapa.com.br/cadernosfapa/artigos/2edicao/historia/ReformaUniversitaria.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

STELLA, R. C.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacional dos cursos de graduação em Medicina. **Bol. ABEM. Cad. ABEM**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, 73-77, jun., 2006.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Trad: SETTINERI, W. M. F. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORRES, E. N. S. Educação: a natureza do capital que transforma tudo em mercadoria. **Verinotio – rev. on-line educ. cienc. hum.**, Belo Horizonte, MG, n. 11, ano VI, p. 45-52, abr., 2010.

TSUJI, R. L. G.; SECOLI, S. R.; NITA, M. E. Estimativa de probabilidades na análise de decisão e custo-efetividade. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 282-289.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL. **Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina** - Universidade Federal de Alagoas. Maceió - AL. Janeiro de 2006. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/famed/graduacao/medicina/projeto-pedagogico/ppc-medicina/view>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

VAISMAN, E. A ideologia e sua determinação ontológica. **Rev. Ensaio**, São Paulo, SP, n. 17/18, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Changing Medical Education: an agenda for action**. Geneva: Division of development of Human Resources for Health, 1991.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 197p.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A

### ARTIGO DE REVISTA

**Efeitos de sentidos da noção de competências nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina**

**Effects of meanings of the notion of competence in the Medicine' National Curriculum Guidelines**

**Efectos de sentidos de la noción de competencias en las Directrices Curriculares Nacionales de Medicina**

#### RESUMO

As competências/habilidades são o eixo-central da reforma curricular das escolas médicas norteadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. O discurso da reforma exige uma formação baseada em competências e se compromete com a formação do perfil do médico generalista e promotor da saúde integral do ser humano. Este trabalho analisa os efeitos dos sentidos da noção de competências nesse documento e utiliza o referencial teórico- -metodológico da Análise de Discurso fundada por Michel Pêcheux realizando uma interlocução com Eni Orlandi e George Luckács. A educação baseada em competências propõe a reorganização do ordenamento dos projetos político- -pedagógicos do curso de Medicina alinhada ao neoconservadorismo globalizado imposto pelo capital. Assim, a educação baseada em competências pretende adequar a força de trabalho em saúde às demandas do capitalismo neoliberal.

**Descritores:** Educação médica. Educação baseada em competências. Discurso.

#### ABSTRACT

Skills/abilities are at the core of medical schools' curriculum reform guided by the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical Course. The reform discourse demands a competency-based education and is committed to the general practitioner, who promotes the human being general health, formation profile. The present paper analyzes competence notion meaning effects in this document making use of theoretical and methodological framework of Discourse Analysis founded by Michel Pecheux establishing an interlocution with Eni Orlandi and Georg Luckács. The competency-based education proposes the reorganization of political

pedagogical projects of medical courses aligned with neoconservatism imposed by globalized capital. Thus, the competency-based education intends to adjust the health workforce to the neoliberal capitalism demands.

**Keywords:** Competency-based education. Medical education. Speech.

### **Resumen:**

Las competencias/habilidades son el eje central de la reforma curricular de las escuelas médicas norteadas por las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina. El discurso de la reforma exige una formación basada en competencias y se compromete con la formación del perfil del médico generalista y promotor de la salud integral del ser humano. Ese trabajo analiza los efectos de los sentidos de la noción de competencias en ese documento y utiliza el referencial teórico-metodológico del Análisis de Discurso fundada por Michel Pêcheux realizando una interlocución con Eni Orlandi y Georg Luckács. La educación basada en competencias propone la reorganización de los proyectos político-pedagógicos de los cursos de Medicina aliñada al neoconservadorismo globalizado impuesto por el capital. Así, la educación basada en competencias pretende adecuar la fuerza de trabajo en salud a las demandas del capitalismo neoliberal.

**Palabras Clave:** Educación basada en competencias. Educación médica. Discurso.

## **INTRODUÇÃO**

A crise do capitalismo, na década de 70, desencadeou a reestruturação do capital através de ajustes macroeconômicos e transformações no modelo de produção industrial, relações de trabalho, economia e geopolítica do mundo (PIRES, 2008). Assim, os sistemas educacionais não atendiam às novas necessidades da sociedade capitalista e a economia de mercado internacional pressionou pela sua reforma, pela busca de novas formas de conceber o currículo, novos modos de entender os processos de ensino e aprendizagem, de avaliação e, de modo definitivo, novos modelos de escolarização (DELUIZ, 2001; GÓMEZ, 2011; SACRISTÁN, 2011).

Agências internacionais elaboraram documentos norteadores às políticas educacionais dos Estados, tais como: UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), Banco Mundial, CEPAL (Comissão Econômica para

América Latina e Caribe), Comitê Regional Intergovernamental PROMEDLAC (Projeto maior da educação na América Latina e Caribe) (DELUIZ, 2001; GÓMEZ, 2011; SACRISTÁN, 2011; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011). Desse modo:

Nesse panorama de exigências e novos desafios da sociedade baseada na informação (complexidade, mudança e incerteza) e na economia de mercado (utilidade, inovação, fragilidade), por um lado, e de convencimento acadêmico de orientações holísticas para o desenvolvimento de aprendizagens relevantes, por outro, reaparece com força o controverso conceito de competências. Se a aprendizagem envolve e implica toda a pessoa com seus conhecimentos, habilidades, valores, atitudes, hábitos e emoções, não parece sem sentido que o ensino e o currículo sejam organizados para facilitar e estimular a aprendizagem de competências assim concebidas (GÓMEZ, 2011, p. 82).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina (2001), instituídas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), surgiram a partir do fenômeno de mundialização e após a efusão desses documentos internacionais. É um instrumento norteador às Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, a fim de reorientar o perfil do médico como generalista respondendo à insuficiência de profissionais capacitados para atender às demandas da sociedade nos postos de trabalho disponíveis.

As DCNs estabelecem as competências/habilidades como eixo-central da reforma curricular às escolas médicas. O discurso da reforma, ao clamar pela formação baseada em competências, compromete-se com a formação do médico como promotor integral da saúde do indivíduo e da comunidade, voltado ao Sistema Único de Saúde. O que significa “competências” para o discurso oficial da reforma curricular? Qual ideologia subjaz a essa reforma? De que lugar político e social falam os sujeitos que a idealizaram?

A fim de respondê-las, utilizar-se-á o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) fundada por Michel Pêcheux, realizando uma interlocução com Orlandi e Luckács. A AD estuda o discurso e a opacidade da língua, à qual por

mais que tentemos interpretá-la, algo escapa, algo foge, apaga-se outros sentidos possíveis. Desse modo, propõe-se a analisar os efeitos de sentidos da noção de competências no discurso oficial da reforma curricular das escolas médicas.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A AD pecheutiana trabalha na interseção das relações da Linguística, do Marxismo e da Psicanálise, da seguinte forma: 1) da Linguística deslocou-se a noção de fala para discurso, centralizando-se na análise da semântica com a ideia de não-transparência do sentido; 2) do materialismo histórico, emergiu a teoria da ideologia; 3) da psicanálise, a ideia do sujeito na sua relação com o simbólico, pensando o inconsciente como estruturado por uma linguagem (GREGOLIN, 2001; CAREGNATO, MUTTI, 2006). Por conseguinte, consoante Gregolin (2001), **a forma material** do discurso é linguístico-histórica, enraizada na História para produzir sentido; a **forma sujeito** do discurso é ideológica; na **ordem do discurso** há o sujeito na língua e na História; o **sujeito é descentrado**, tem a ilusão de ser fonte, mas o sentido é um **já-lá, um dito antes em outro lugar**.

A linguagem é a mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social - o discurso, tornando possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que vive (ORLANDI, 2010). Os processos discursivos constituem a fonte de produção dos efeitos de sentido no discurso e a língua é o lugar material no qual se realizam esses efeitos de sentido, a materialidade específica do discurso (GREGOLIN, 2007).

A ideologia é uma categoria fundante da AD pecheutiana e, sob o prisma de Lukács, a existência social do homem se depara com conflitos sociais e respostas que buscam a resolução, sendo gerado, nesse processo, o fenômeno ideológico e seu campo de operações. Na tematização lukacsiana, a ideologia apresenta a função social de “veículo de conscientização e prévia-ideação da prática social dos homens” (VAISMAN, 1989, p. 421). Assim, na perspectiva lukacsiana, a natureza e a existência do real são capturáveis intelectualmente, podendo ser modificada pela ação cientificamente instruída, ideológica e conscientemente conduzida pelo homem

(VAISMAN, 1989).

O discurso é “acontecimento que articula uma atualidade a uma rede de memória [...]. Todo discurso é índice de agitação nas filiações sócio-históricas” (PÊCHEUX, 2006, p. 56). Destarte, todo discurso é uma resposta a outros discursos com quem dialoga, sendo produzido socialmente num determinado momento histórico, para responder às necessidades postas nas relações entre os homens, para produção e reprodução de sua existência, carregando o histórico e o ideológico dessas relações. Logo, não há discurso neutro, porque o sujeito o faz a partir de um lugar social, de uma perspectiva ideológica, trazendo consigo crenças, valores, visões de mundo segundo a posição que ocupa (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

O discurso é o lugar de observação do contato entre a língua e a ideologia, sendo a materialidade específica da ideologia o discurso e a materialidade específica do discurso, a língua. O texto, redefinido, deve ser então considerado como o lugar material em que essa relação produz seus efeitos, apresentando-se imaginariamente como uma unidade na relação entre os sujeitos e os sentidos (ORLANDI, 2008, p. 86-87).

A proposta da AD é remeter o texto ao discurso e esclarecer as relações deste com as formações discursivas (FD), pensando as relações destas com a ideologia através de procedimentos capazes de transportar o olhar-leitor a compreensões mais aprofundadas no decurso da desconstrução do literal, do imediato, expondo-o à opacidade do texto (ORLANDI, 2008, 2010; FLORÊNCIO et al., 2009). Utilizaremos as categorias de implícito da Linguística e condições de produção, formações discursivas (FDs), formações ideológicas (FIs), interdiscurso e silenciamento da AD para a análise discursiva.

De acordo com Florêncio et al. (2009), as condições de produção permitem o entendimento da constituição dos discursos, seus sentidos, sua atuação na realidade – como transformação e/ou estabilização dessa mesma realidade em que é produzido. As condições de produção amplas expressam as relações de produção com sua carga sócio-histórico-ideológica e as condições de produção restritas às

condições imediatas que engendram a sua formulação.

Conforme o mesmo autor, a ideologia funciona nas relações sociais de produção e abrange as determinações de classe (na sociedade capitalista) e os horizontes culturais dos integrantes de uma formação social, uma vez que a cultura é a condição dada para consolidação e o desenvolvimento da ideologia. Assim, a ideologia é instrumento de conscientização e de luta social dos conflitos derivados de interesses contrapostos, segundo a acepção restrita de Lukács (VAISMAN, 1989). Partindo desse entendimento de ideologia, segundo Florêncio et al. (2009), pode-se afirmar que o processo de constituição dos sujeitos ocorre através de diferentes formas de ideologia – FIs que se materializam no discurso.

Essas FIs representam uma estrutura sócio-ideológica de uma formação social e sustentam o dizer do sujeito, produzindo sentidos que discursivamente procuram camuflar conflitos e deixar passar a ideia de ausência de contradições de classes e as FDs originadas dessa conjuntura sócio-histórica determinada estabelecem o que pode e deve ser dito (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

Para os autores supracitados, as FIs são compostas de uma ou várias FDs como lugar em que as FIs realizam um trabalho de estabelecimento de sentidos – aceitáveis ou não pela formação dominante. Os sentidos dependem de relações constituídas nas FDs, configurando-se e reconfigurando-se continuamente em suas relações passíveis de deslocamentos provocados por contradições ideológicas.

Os sentidos constituídos previamente (já-dito) correspondem à memória discursiva, logo “é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos” (ORLANDI, 2010, p. 33). As FDs são diferentes regiões que recortam o interdiscurso (o dizível, a memória do dizer) e refletem as diferenças ideológicas, o modo como as posições dos sujeitos e seus lugares sociais aí representados constituem sentidos diferentes (ORLANDI, 1995).

O interdiscurso é o movimento de articulação que retoma elementos que entram na produção discursiva, ressignificando o já-dito antes, noutra lugar, como espaço de confrontos ideológicos das relações de dominação/subordinação. O

interdiscurso possibilita dizeres outros, convocados na história, ideologicamente marcados, que vão afetar os discursos produzidos pelo sujeito, em dada condição de produção (FLORÊNCIO et al., 2009).

Consoante a Orlandi (1995), a categoria do implícito remete ao dito. É uma forma de não assumir explicitamente o que se diz, deixando subentendido sem incorrer na responsabilidade de ter dito.

Em contrapartida, segundo o autor acima, o silêncio não tem uma relação de dependência com o dizer para significar, ele atravessa as palavras, é matéria significativa por excelência. Todo processo de significação traz uma relação necessária ao silêncio (silêncio fundante) e, como o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito, ao dizer, ele estará, necessariamente, não dizendo “outros sentidos”. O silêncio recorta o dizer, recorta o sentido, sendo essa a sua dimensão política, pois, ao dizer algo, apaga-se, necessariamente, outros sentidos possíveis, mas indesejáveis, em uma situação discursiva dada.

Destarte, diante do corpus de análise, procuram-se elucidar os sentidos do discurso, desnaturalizando-se a relação palavra-coisa, e percebe-se a configuração das FDs que estão dominando, identificando, no jogo entre paráfrase e polissemia, os movimentos dos sujeitos e sentidos, seus percursos e significados (FLORÊNCIO et al., 2009; ORLANDI, 2010).

A investigação a ser empreendida busca apreender o não-dito através do dito por meio dos processos metafóricos, metonímicos, os lapsos, os equívocos. Desse modo, a práxis discursiva constitui a chave das explicações, visto que possibilita ao sujeito fazer um jogo discursivo que procura encobrir o que o sujeito tem a ilusão de não revelar, pois somente a partir da materialidade discursiva é que se pode chegar ao silenciado, à ideologia, visto que as classes não são ‘indiferentes’ à língua e todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes (PÊCHEUX, 2009; FLORÊNCIO et al., 2009). Considerando-se as palavras, as expressões, as proposições sustentadas por aqueles que as empregam, define-se o lugar discursivo do sujeito, as posições ideológicas nas quais se inscrevem. É a partir desses pressupostos que analisaremos as sequências discursivas e as

condições de produção do discurso.

## **CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES**

### **CONDIÇÕES AMPLAS**

Após a década de 70, a UNESCO vem promovendo a discussão da educação no âmbito mundial, como a comprovam: os relatórios “Aprender a Ser” (1973), “Educação: um tesouro a descobrir” (1996), “Os sete saberes necessários para a educação do futuro” (1999); e a Declaração Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI (1998). Segundo Sacristán (2011), esses relatórios propiciam uma visão globalizada dos diagnósticos sobre os sistemas educacionais e favorecem a homogeneidade das possíveis soluções, desconsiderando as diferentes realidades, respaldadas na necessidade do desenvolvimento econômico. Contudo, a UNESCO vem perdendo o protagonismo e a capacidade de liderar o discurso para o Banco Mundial e à OCDE.

A OCDE, por meio do Projeto DeSeCo, *Defining and Selecting Key Competences*, possui importante projeção sobre as políticas dos Estados membros, visando a planejar e a desenvolver uma estratégia coerente e de longo prazo para realizar avaliações e elaborar indicadores de competências-chave de jovens e adultos, justificada no caráter econômico (SACRISTÁN, 2011; GÓMEZ, 2011).

De acordo com os autores citados acima, o Banco Mundial tem ocupado uma posição relevante na interlocução entre as agências internacionais, seja por se constituir em um indutor de políticas, seja por financiá-las, destacando-se pela disseminação de ideologias. O Banco Mundial tem recomendado mais atenção aos resultados, ao sistema de avaliação de aprendizagem, ao custo-benefício do investimento em capital humano; propõe a descentralização da administração das políticas sociais, maior eficiência no gasto social e articulação com o setor privado na oferta da educação.

Ainda de acordo com os autores referidos acima, a CEPAL, na década de

90, conclamou a implementação das mudanças educacionais no âmbito das políticas e instituições demandadas pela reestruturação produtiva, como: versatilidade, capacidade de inovação comunicação, motivação, destrezas básicas, flexibilidade à adaptação a novas tarefas, ordenamento de prioridades e clareza na exposição.

Em 1993, a V reunião do Comitê Regional Intergovernamental PROMEDLAC conferiu papel central à educação nas novas estratégias de desenvolvimento sustentável, tanto para o crescimento econômico, cujo eixo seria a incorporação de conhecimentos no processo produtivo, quanto para a justiça e a equidade social, momento no qual o Brasil alinhou-se às ofensivas política e econômica (SACRISTÁN, 2011; GÓMEZ, 2011).

No campo da saúde e da formação médica, a Declaração de Alma-Ata (1978), as Conferências Mundiais de Educação Médica, as iniciativas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm dirigido essas discussões.

A Declaração de Alma-Ata foi um marco político de âmbito mundial, visando à implantação da atenção primária à saúde para todos, indistintamente, até o final do século XX, propondo a incorporação do direito à universalidade e à equidade no acesso ao sistema de saúde. Contrariamente, a ideologia liberal, regida pelos padrões de mercado, direcionava a prática médica à especialização, à mercantilização e à falta de visão social. A XXI Conferência Sanitária Pan-Americana (1988) trouxe a importância da concretização da Declaração de Alma-Ata à América Latina (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002).

A I Conferência Mundial de Educação Médica (1988) propôs mudanças substanciais, destacando-se: ambientes educacionais relevantes; currículos baseados nas necessidades de saúde; aprendizagem ativa e duradoura; aprendizagem com base na competência; treinamento multiprofissional (OPAS, 1994; LAMPERT, 2002). Nessa conferência, a OMS lançou o documento *Changing Medical Education: an agenda for action* que sistematizou as transformações da formação médica às novas exigências da sociedade e a busca de financiamentos

para implementar a melhoria da relevância social e a sua eficiência (LAMPERT, 2002).

A OPAS e a OMS criaram a *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, composta por instituições com experiências inovadoras que possuíam em comum a orientação comunitária, a estratégia de aprendizagem baseada em problemas, visando a explorar as possibilidades de intercâmbio e a reforçar a implementação da atenção primária da saúde. A II Conferência Mundial de Educação Médica aponta ao replanejamento do perfil do médico do século XXI (ALMEIDA, 2001; LAMPERT, 2002).

Esses documentos internacionais influenciaram a reorientação das políticas de educação e saúde no Brasil, decorrentes do alinhamento à política internacional e à obtenção de financiamentos.

## CONDIÇÕES RESTRITAS

Desde os anos 60, há estudos e recomendações nacionais quanto ao direcionamento da formação do médico geral na graduação, influenciado pela CEPAL e pelas discussões da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), do MEC, do Ministério da Saúde (MS), da Associação Médica Brasileira, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Medicina Familiar, da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, dos médicos e docentes de várias escolas médicas (LAMPERT, 2002).

A Reforma Universitária (1968), confeccionada pelo MEC e pela Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos, promoveu o vínculo estreito entre educação e mercado de trabalho; enfocava a neutralidade técnica e científica da educação inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, estabelecendo a pedagogia tecnicista. Na educação médica, incorporaram-se as sugestões do relatório de Flexner, instaurando o positivismo, o cientificismo, o pragmatismo, a dicotomia básico-clínica, o biologicismo e o modelo hospitalocêntrico dissonantes da Declaração de Alma-Ata (LAMPERT, 2002; SILVEIRA, 2005;

PAGLIOSA, ROS, 2008; MARTINS, 2009; SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011).

Todavia, de acordo com Lampert (2002), a influência internacional e o descontentamento com a formação médica motivou a avaliação dos egressos pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), em 1991, diagnosticando a situação insatisfatória das escolas médicas brasileiras com o instrumento da OPAS e aprofundou, posteriormente, o estudo sobre corpo docente, egresso e modelo pedagógico.

O primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi marcado por democratização política e liberalização econômica, política de estabilização monetária e privatização do patrimônio público. Entretanto, o Brasil enfrentava estagnação do crescimento e alto desemprego (SALLUM Jr., 2003). Destacam-se alguns acontecimentos relevantes: o documento Questões críticas da educação brasileira (1995); a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/96); e o edital 04/97.

O documento “Questões críticas da educação brasileira” salienta a consolidação do processo de formação do cidadão produtivo e a adequação dos objetivos educacionais às novas exigências do mercado internacional e interno. A LDBEN/96 integra a noção de competência à reforma educacional após quase uma década do início das discussões e diversos (des)caminhos durante a sua tramitação no Congresso (SHIROMA, MORAES, EVANGELISTA, 2011; RAMOS, 2011).

Nesse contexto, o MEC elaborou as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação - Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/97; em seguida, publicou o edital 04/97, convocando as IES a apresentar propostas às DCNs dos cursos superiores a serem elaboradas por Comissões de Especialistas da SESu (Secretaria de Educação Superior). A Rede Unida sistematizou e apresentou propostas às diretrizes para vários cursos da saúde (STELLA, CAMPOS, 2006).

Durante o segundo governo FHC, consoante os autores referidos acima, a proposta inicial das DCNs apresentada pela SESu foi considerada conservadora; então a ABEM, juntamente com a Secretaria de Políticas do MS e OPAS,

negociaram a revisão crítica da proposta junto com a Diretoria de Políticas de Educação Superior da SESu, compatibilizando-a com a proposta da CINAEM e da Rede UNIDA. Posteriormente, foi aprovada no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, encaminhada à SESu e endossada pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico e enviada à Câmara de Educação Superior (CES). Em agosto de 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) promoveu uma audiência pública para apresentação e discussão das propostas nacionais de diretrizes curriculares que encerrou a fase de elaboração de propostas, as quais seguiram para apreciação final.

O Parecer CNE/CES 1.133/2001, publicado em 07 de agosto de 2001, apresentava as linhas gerais e as DCNs dos Cursos de Graduação da Área de Saúde (Medicina, Enfermagem e Nutrição). Nesse documento, as diretrizes do curso médico foram aprovadas com ligeiras modificações daquela proposta pela ABEM e Rede Unida e foram homologadas pela Resolução n. 4 de 07/11/01 (STELLA, CAMPOS, 2006).

## PERCURSO DISCURSIVO

Nesse percurso, analisar-se-ão as sequências discursivas (SD) referentes às competências e habilidades específicas constantes nas DCNs do Curso de Graduação em Medicina.

Na sequência discursiva **SD 1**- A formação do médico tem por objetivo **dotar o profissional dos conhecimentos** requeridos para o exercício das **competências** e habilidades específicas.

O modelo de competências profissionais, proposto acima, passa a ser discutido, nas décadas de 70 e 80, objetivando racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho face às demandas do sistema produtivo nos diversos campos de trabalho a partir do esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, da crise estrutural do capitalismo (DELUIZ, 2001).

A origem desse conceito no âmbito educacional surgiu ligada ao movimento de “eficiência social” nos Estados Unidos, na década de 70, e à Teoria do Capital Humano de Theodore Schultz, da década de 50 (FRIGOTTO, 2008; SAVIANI, 2011). Na década de 90, conforme Saviani (2011), essa teoria converte-se à satisfação de interesses privados guiada na ênfase da capacidade e da competência individual de alcançar melhor posição no mercado de trabalho.

No plano pedagógico, de acordo com Zabala e Arnau (2010), o discurso das competências conquistou amplitude pela necessidade de superar um ensino que, na maioria dos casos, ficou reduzido a uma aprendizagem memorizada de conhecimentos, dificultando a sua aplicabilidade no cotidiano. Assim, há o deslocamento progressivo do conceito-chave da sociologia do trabalho - qualificação profissional para a noção de competências profissionais (DELUIZ, 2001; RAMOS, 2011). Isso promove o enfraquecimento da qualificação ao trabalho e a crise do valor dos diplomas; desse modo, a capacidade de mobilizar as qualificações para engendrar conhecimento constitui o termômetro da competência e da eficiência do indivíduo ao mercado.

O discurso educacional das competências opta por uma forma de entender, ordenar, condicionar o que fazer com os problemas; contudo, funciona como uma arma contra outros discursos, silencia e desqualifica outras estratégias pedagógicas (SACRISTÁN, 2011). Essa SD deixa implícito que as propostas de formações médicas prévias não favoreciam o aprendizado do discente ao desenvolvimento da prática médica. Isso pode ser observado no relatório das DCNs dos cursos de graduação em saúde, quando o mesmo expõe:

[...] as diretrizes curriculares devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001, p. 131).

Diante do processo de reestruturação produtiva, desenvolvimento das novas tecnologias e dos sistemas de organização do trabalho, abandonam-se alguns aspectos da qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação; sendo substituídos pela noção de competência, por meio da política do silêncio, apaga-se o conceito de qualificação.

Em nome da eficiência produtiva, valorizam-se os conteúdos reais do trabalho, o conjunto de saberes e do saber-fazer na prática, indo além das aquisições de formação, incluindo os atributos pessoais, as potencialidades, os desejos e os valores dos indivíduos. A qualificação caracterizada por esses aspectos passa a ser concebida como qualificação real e remete sobretudo à pessoa, indo além da relação social estabelecida entre as capacidades profissionais e sua classe de salário. Isso acirra a competitividade e os sentidos humanos passam a ser subjugados à lógica da propriedade privada (RAMOS, 2001, 2011).

Para o modelo de competências, consoante Ramos (2011), é mais importante a capacidade de mobilizar os saberes disciplinares ou técnico-profissionais para resolver problemas e enfrentar imprevistos no cotidiano profissional. Nesse contexto, adquirem relevância as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador e podem vir a esmaecer os debates acerca de se valorizar a formação humana. O capitalismo, assim, apropria-se e aliena as potencialidades humanas (físicas, intelectuais e emocionais) como mercadoria - força de trabalho.

Desse modo, na **segunda SD**, é competência do médico - **promover estilos de vida saudáveis**, conciliando as necessidades tanto dos seus **clientes/pacientes** quanto as de sua comunidade, atuando como **agente de transformação social**; atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com **ênfase nos atendimentos primário e secundário**.

Essa SD dialoga com a Carta Ottawa (1986), inserindo a promoção à saúde individual e coletiva, imputando a sua responsabilidade ao profissional médico, silenciando a autonomia do indivíduo e da comunidade para acatar, ou não, as orientações e as prescrições fornecidas pelo médico. Ainda incumbe ao egresso, ser

agente de transformação social, ou seja, aquele que busca a solução dos problemas reais, contribuindo para fortalecer a autoconfiança, a autodeterminação e o potencial criativo da sua comunidade. Assim, silencia o deslocamento do papel do Estado provedor para um Estado avaliador e gerador de políticas seguindo a política neoliberal do Estado minimalista, formação ideológica capitalista neoliberal.

As diretrizes orientam o desenvolvimento de competências e habilidades para promoção da saúde e atendimento com enfoque à atenção primária e à secundária, de acordo com as necessidades de saúde, e estão embasadas pela Declaração de Alma-Ata, pela Carta de Ottawa e pela II Conferência Mundial de Educação Médica. Segundo Lampert (2002), as diretrizes estão num movimento contra hegemônico, visto que os recursos humanos da saúde, em especial da categoria médica, mantêm a hegemonia ideológica das práticas liberal e especializada oriundas das contribuições de Flexner.

Esse movimento contra-hegemônico alcançou o âmbito mundial a partir da Declaração de Alma-Ata (1978), que apresenta uma crítica profunda ao liberalismo médico, à divisão técnica horizontal do trabalho médico em especialidades e subespecialidades médicas, à mercantilização da saúde e à falta de visão social da Medicina, mantendo os altos custos de procedimentos especializados, contrapondo-se à grande demanda não atendida por falta de acesso pela população (OPAS, 1994; LAMPERT, 2002).

O estímulo à atenção primária à saúde ganhou apoio de organismos internacionais e do Banco Mundial que, através dessa estratégia de ação de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, minimiza a exclusão social e econômica decorrente da expansão do capitalismo global, favorecendo o seu mecanismo de cooptação e controle social; todavia, essa perspectiva focalizada distancia-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata. A implantação da estratégia da atenção primária em saúde resulta numa economia de consumo no setor saúde, sobrando recursos financeiros para aplicação noutros setores, daí a adesão dos organismos internacionais.

A expressão cliente/paciente, presente nessa SD, retrata a visão de

mercado no setor saúde, onde aqueles que se encontram de forma passiva sob cuidados médicos – os pacientes, passam a ser consumidores, compradores dos serviços de saúde. A expressão supracitada constitui uma formação discursiva de mercado, da ideologia capitalista neoliberal.

A concepção econômica vinculada ao projeto educacional está presente, também, na **SD 3 - otimizar o uso dos recursos propedêuticos**, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos; exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos **com base em evidências científicas; utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos**, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde no primeiro, no segundo e no terceiro níveis de atenção; considerar a **relação custo-benefício nas decisões médicas**, levando em conta as reais necessidades da população.

A reestruturação produtiva acarretou o desenvolvimento da área de economia da saúde nas décadas de 50 e 60, conforme Campino (2010); contudo, ganhou amplitude na década de 80, após a publicação do livro *Health Economics: Latin American Perspectives*, que incorporava as orientações do Banco Mundial. Assim, o processo de produção econômica determina o lugar, a importância e a função da prática médica na estrutura social, seja de forma direta no mercado de trabalho ou através do processo de formação médica.

Nessa sequência discursiva, destaca-se a preocupação com um rendimento ótimo dos recursos propedêuticos a serem utilizados pelo médico egresso, retirando, do método clínico, as melhores informações possíveis, silenciando que, para efetuar-lo, é necessária, também, a garantia das condições mais favoráveis para este fim, ou seja, apagam-se as condições de trabalho às quais o profissional de saúde está submetido.

Aponta-se a utilização de evidências científicas, isto é, o conjunto de elementos utilizados para ratificar ou refutar uma teoria ou hipótese científica a partir de pesquisas que observem o método científico, para utilização adequada de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Subtende-se que esses recursos

diagnósticos e terapêuticos estão disponíveis a todos, mas não estão sendo empregados de forma apropriada e hierarquizada e, conseqüentemente, estão onerando o sistema de saúde, o Estado.

As diretrizes orientam otimizar e hierarquizar os recursos propedêuticos na atenção integral da saúde e balizar o custo-benefício nas decisões médicas fundamentados nas evidências científicas. Isso oculta que o papel tradicional do médico, como um curador, e os avanços contínuos e relevantes na ciência biomédica, a transição epidemiológica, que exigem tecnologias de alto custo, a necessidade de acesso da população a essas tecnologias têm criado uma demanda maior dos serviços, elevação dos custos e, segundo a OPAS (1994), os médicos frequentemente parecem incapazes de monitorar as implicações de custo de suas decisões clínicas. A OPAS responsabiliza o médico pelo sistema de saúde tornar-se oneroso e silencia a responsabilidade do Estado de prover meios propedêuticos, diagnósticos e terapêuticos face ao aumento demográfico e à transição epidemiológica. Silencia, ainda, que o paciente e a comunidade não agem mais de forma passiva e subserviente ao profissional médico; ao contrário, impelido pelas forças do mercado de consumo de saúde, exige a solicitação de exames complementares.

A medicina baseada em evidências (MBE) vem se destacando nas diretrizes. Observa-se uma metamorfose gramatical no processo de evolução da epidemiologia clínica para MBE:

O adjetivo – ‘clínica’ se transforma em substantivo de maior amplitude – ‘medicina’, e recebe uma locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. O ‘baseada’ veicula a sugestiva idéia de solidez, como ‘fundação/fundamento’ que será constituído pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para testemunhar-se fatos que poderão ser, então, evidenciados como ‘verdades’ (CASTIEL, PÓVOA, 2002, p. 118).

A MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, ou seja, alto grau de confiança e possibilidade de generalização dos resultados, para a aplicação de seus resultados na prática clínica

(EL DIB, 2007). Têm sido produzidas revisões sistemáticas e *guidelines* – protocolos de conduta que organizam em graus de recomendações as condutas diagnósticas e terapêuticas. Destarte, os egressos, ao segui-los fielmente, sem uma crítica aprofundada, tornam-se técnicos, prescritores das evidências, e desumanizam o cuidado.

A MBE desloca a relação médico-paciente para instituição-clientela, dispensando o caráter artesanal da medicina e introduzindo a tendência à parametrização, ao enquadramento dos novos profissionais a essa aparente qualificação de alto nível pela fundamentação científica, porém a desqualificado nos aspectos subjetivos do cuidado médico. Afora isso, a parametrização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos favorece o exercício de controle administrativo dos gestores, inserindo a lógica gerencial no campo médico (BARATA, 2002).

A MBE reafirma os modos lógico-rationais de produção do conhecimento científico com alteração do enfoque empirista de investigação na ciência, veiculados especialmente pelos estudos da epidemiologia clínica na prática biomédica. Portanto, desqualifica qualquer forma de saber que não o científico, além de considerá-lo como tal somente os que se refiram a objetos perfeitamente delimitados (reducionismo) a materiais (positivismo) permanentes e não-contraditórios (formalismo). O modelo hegemônico da Medicina Ocidental era orientado por uma “soberania” científica; todavia, entre o objetivismo e o modelo mecanicista da biomedicina, apagam-se os aspectos subjetivos, psicológicos e sócio-culturais dos pacientes, centralizando-se a sua preocupação na doença, e não no indivíduo (BARATA, 2002).

## **À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A educação atua no setor econômico de uma sociedade, reproduzindo aspectos importantes de sua desigualdade, preservando e disseminando a cultura que permite o controle social. Todavia, de acordo com Apple (2006), pode transformar o perfil reprodutor ou inovador da sociabilidade humana, formando as

aptidões e comportamentos necessários para a organização da vida e do trabalho.

Conforme Carnoy (2003), o interesse sobre a educação recai sobre um sistema educacional bem estruturado e com trabalhadores mais qualificados, capazes de atrair capitais de financiamento globalizados que desempenham um papel cada vez mais importante na economia mundial.

O Banco Mundial, como cerne da estrutura capitalista, não está preocupado com a assistência direta à saúde, mas com a sustentação econômica dos países desenvolvidos, com a elevação dos custos dos sistemas de saúde, com o uso indiscriminado de tecnologia médica. Assim, o apoio às demais agências internacionais, a implantação da estratégia da atenção primária em saúde e a racionalização através da medicina baseada em evidências resultam numa economia de consumo no setor saúde.

Para Loureiro (2010), a vinculação das propostas educacionais à racionalidade econômica e aos conceitos econômicos perpetrada pelo Banco Mundial, apesar de aparentemente progressista, oculta seu aspecto antissocial, gastar o mínimo com a máxima eficiência. Dessa forma, percebe-se que as DCNs se inserem em uma série de atos políticos, impostos e programados para a reorganização da atenção em saúde e da formação dos profissionais de saúde, no modelo capitalista neoliberal traçados, previamente, por organismos internacionais que defendem o capital internacional em harmonia com os princípios do neoconservadorismo globalizado.

A ciência e a tecnologia no processo produtivo da organização e no trabalho intelectual estabelecem uma nova divisão social de classes, as quais podem ser sintetizadas entre os que possuem poder, porque possuem saber, e os que não possuem poder, porque não possuem saber (CHAUÍ, 2008).

De acordo com a mesma autora, a ideologia da competência oculta a divisão social das classes ao afirmar que a divisão social se realiza entre os competentes (portadores dos conhecimentos científicos e tecnológicos) e os incompetentes (executores). Assim, a ideologia da competência realiza a dominação pelo prestígio e pelo poder das ideias consideradas científicas e tecnológicas. O discurso

competente da organização e dos especialistas visa a assegurar dois pontos indissociáveis do modo de produção capitalista: a racionalidade das leis do mercado e a busca da felicidade na competição e no sucesso em vencê-la.

As tentativas de deslocamento de um modelo hegemônico de formação com ênfase na atenção em saúde, dito biológico e hospitalocêntrico, a outro modelo integral tem permitido somente a criação de novos projetos político-pedagógicos dos cursos e de desenhos curriculares em desequilíbrio e sob tensão permanente para com o modelo anterior hegemônico. A necessária radicalidade da superação esbarra nos limites do poder político-econômico impostos e percebidos difusamente e sem muita clareza pelos diferentes atores no conflito, mais ocupados na defesa dos microterritórios de poder entre os defensores do modelo hegemônico e nas competências e métodos, na nova “tecnologia” de formação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 42-52, mai./ago., 2001.
- APPLE, M. W. **Ideologia e Currículo**. Trad.: FIGUEIRA, V. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BARATA, R. B. Debates. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 6, n. 11, p. 127-8, ago., 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 583, de 04 de abril de 2001**. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de out. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.
- CAMPINO, A. C. C. Evolução da economia da saúde no Brasil. In: NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. P. 219-224.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez., 2006.
- CARNOY, M. **Mundialização e reforma da educação: o que os planejadores devem saber**. Trad: TEIXEIRA, G. J. F. Brasília: UNESCO Brasil, IPE, 2003.
- CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Debates. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 6, n. 11, p. 117-21, ago., 2002.
- CHAUÍ, M. **O que é Ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. Coleção Primeiros Passos.
- DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Bol. Téc. Senac** [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.
- EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Bras.**, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 1, p. 1-4, mar., 2007.
- FLORENCIO, A. M. G. et al. **Análise do Discurso: fundamentos e prática**. Maceió: Edufal, 2009.
- FRIGOTTO, G. Capital humano. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 66-72.

GÓMEZ, A. I. P. Competências ou pensamento prático? A construção dos significados de representação e de ação. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: O que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 64-114.

GREGOLIN, M. R. V. Formação discursiva, redes de memória e trajetos sociais de sentido: mídia e produção de identidades. In: BARONAS, R. L. **Análise do discurso: apontamentos para uma história da noção – conceito de formação discursiva.** São Carlos: Pedro e João editores, 2007.

LAMPERT, J. B. **Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LOUREIRO, B. R. C. O contexto neoliberal: as recomendações educacionais do Banco Mundial em resposta à crise estrutural do capital. **Verinotio – rev. on-line de educ. ciênc. hum.,** Belo Horizonte, MG, n. 11, ano VI, p. 14-22, abr., 2010.

MARTINS, C. B. A Reforma Universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.,** Campinas, SP, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. (Orgs). Trad: MENICUCCI, K. G. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1994. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 7. p. 17-32. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/cgqem\\_recomenda.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/cgqem_recomenda.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2012.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos.** 3. ed. Campinas: UNICAMP, 1995.

ORLANDI, E. P. **Discurso e Texto: formulação e circulação dos sentidos.** 3. ed. Campinas: Pontes Editores, 2008.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 9. ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.,** Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 4, p. 492-9, out./dez., 2008.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento.** Trad: ORLANDI, E. P. 4. ed. Campinas: Pontes Editores, 2006.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio.** Trad: ORLANDI, E. P. et al. 4. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT / Annablume, 2008.

RAMOS, M. N. A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais. **Bol. Téc. Senac**. [periódico na internet], Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273c.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SACRISTÁN, J. G. Dez teses sobre a aparente utilidade das competências em educação. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências: O que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 13-63.

SALLUM Jr., B. O segundo governo FHC: um balanço crítico. **Tempo soc.**, São Paulo, SP, v. 15, n. 2, p. 5-7, nov., 2003.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2011.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. **Política Educacional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SILVEIRA, A.; PAIM, G. Reforma Universitária: a política educacional brasileira do governo Castelo Branco à Costa e Silva (1964-69). **Cadernos FAPA** [periódico online], Porto Alegre, RS, n. 2, 2º semestre, 2005. Disponível em: <<http://www1.fapa.com.br/cadernosfapa/artigos/2educacao/historia/ReformaUniversitaria.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

STELLA, R. C.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacional dos cursos de graduação em Medicina. **Bol. ABEM. Cad. ABEM**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, 73-77, jun., 2006.

VAISMAN, E. A ideologia e sua determinação ontológica. **Rev. Ensaio**, São Paulo, SP, n. 17/18, 1989.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 197p.

**ANEXO**

**ANEXO A****CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO<sup>(\*)</sup>****CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares  
Nacionais do Curso de Graduação em  
Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

**Art. 2º** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições<sup>8</sup> do Sistema de Ensino Superior.

---

(\*) CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

**Art. 3º** O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

**Art. 4º** A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação

envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Art. 5º** A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

**Parágrafo Único.** Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

**Art. 6º** Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem

estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

**Art. 7º** A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina

proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

**§ 1º** O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

**§ 2º** O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

**Art. 8º** O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

**Art. 9º** O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a

compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

**§ 1º** As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

**§ 2º** O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

**Art. 11.** A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

**Art. 12.** A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

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

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

**Art. 13.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

**§ 1º** As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

**§ 2º** O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

**Art. 14.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo

Presidente da Câmara de Educação Superior