



As contribuições das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 aos projetos político-pedagógicos dos cursos de Medicina do Brasil

Diogo Hiroshi Beçon Kussakawa¹  Clesio Acilino Antonio²  Ângela Maria Silveira Portelina³ 

^{1 2 3} Universidade Estadual do Oeste do Paraná

RESUMO

Ao longo dos últimos anos, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN2001) atuaram como critério para o remodelamento dos projetos político-pedagógicos (PPP) dos cursos de medicina espalhados pelo Brasil. Naquele momento, as propostas contidas naquele documento demonstraram a preocupação com a formação de profissionais de saúde voltados ao novo modelo de sistema de saúde recém implantado. O estudo volta-se à educação médica, ao estudar o caso do PPP do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no *campus* de Francisco Beltrão (PPPMFB) e correlacioná-lo com as DCN2001. O objetivo é evidenciar a forma como o PPPMFB foi constituído a partir dos elementos integrantes de uma nova educação médica sugeridos pelas DCN2001. Como resultados são apresentados, em primeiro lugar, as bases que sustentam as propostas das DCN2001 quanto ao perfil do profissional a ser formado, chamadas de referências “filosófico-conceituais”; e quanto à organização curricular e metodologias de ensino e aprendizagem, chamadas de referências “metodológicas”. Em seguida, são demonstrados os pontos de tangência entre o PPPMFB e as DCN2001. Conclui-se que o texto do PPPMFB mantém uma relação de intensa semelhança com a resolução das DCN2001.

PALAVRAS-CHAVE

Diretrizes nacionais curriculares. Educação médica. Formação médica. Projeto político-pedagógico. Reforma curricular.

Correspondência ao autor

¹ Diogo Hiroshi Beçon Kussakawa
E-mail: diogo.kussakawa@gmail.com
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Submetido: 27 set. 2018

Aceito: 11 nov. 2018

Publicado: 03 dez. 2018

 [10.20396/riesup.v5i0.8653495](https://doi.org/10.20396/riesup.v5i0.8653495)

e-location: e019012

ISSN 2446-9424

Checkagem antiplágio



Distribuído sobre



2001 National Curricular Guidelines contributions to political-pedagogic projects of Brazil's Medicine undergraduate courses

ABSTRACT

Over the last few years, 2001 National Curricular Guidelines (DCN2001) acted as criteria for political-pedagogic projects of medicine undergraduate courses in Brazil. In that moment, the proposals was concerned about professionals training for the recently implanted health system. The study looks at medical education, while studying the case of political-pedagogic project of Universidade Estadual do Oeste do Paraná medicine undergraduate course in Francisco Beltrão campus (PPPMFB), and correlate with DCN2001. Objective is evidence the way PPPMFB emerged from new medical education proposals suggested by DCN2001. As results, study demonstrates DCN2001 proposals basis about workers professional profile, named "conceptual-philosophic" references; and about curricular organization, teaching and learning methodologies, named "methodological" references. After, study demonstrates tangency points between PPPMFB and DCN2001. Study concludes that PPPMFB text keeps intense resemblance with DCN2001 resolution.

KEYWORDS

Curricular reform. Medical Education. Medical training. National curricular guidelines. Political-pedagogic project.

Contribuciones de las Normas Curriculares Nacionales de 2001 a los proyectos políticos pedagógicos de los cursos de Medicina brasileños

RESUMEN

En los últimos años, las Pautas Curriculares Nacionales de 2001 (DCN2001) actuaron como criterios para los proyectos político-pedagógicos de medicina de pregrado en Brasil. En ese momento, las propuestas estaban preocupadas por la capacitación de profesionales para el sistema de salud recientemente implantado. El estudio analiza la educación médica, mientras se estudia el caso del proyecto político-pedagógico de la Universidad Estadual do Oeste do Paraná, un curso de medicina en el campus de Francisco Beltrão (PPPMFB), y se correlaciona con DCN2001. El objetivo es evidenciar la forma en que PPPMFB surgió de las nuevas propuestas de educación médica sugeridas por DCN2001. Como resultado, el estudio demuestra las propuestas de DCN2001 sobre el perfil profesional de los trabajadores, denominadas referencias "conceptual-filosóficas"; y sobre la organización curricular, las metodologías de enseñanza y aprendizaje, denominadas referencias "metodológicas". Después, el estudio demuestra puntos de tangencia entre PPPMFB y DCN2001. El estudio concluye que el texto PPPMFB guarda un gran parecido con la resolución DCN2001.

PALABRAS-CLAVE

Educación médica. Formación médica. Lineamientos curriculares nacionales. Proyecto político-pedagógico. Reforma curricular.

Introdução

Documentos expressam os conflitos e as contradições da sociedade. Eles contêm uma história, ou seja, são frutos de resoluções de um coletivo, em um dado tempo e espaço, mediadas por um jogo de interesses e forças, no qual há vencedores e vencidos. Em grande parte, por meio deles, é possível compreender os modos de ser, de viver e de conviver dos coletivos que os patrocinaram (LE GOFF, 1990). Dessa maneira, a reflexão crítica dos documentos só pode ser possível a partir de uma análise sociológica deles.

O estudo volta-se à educação médica, ao estudar o caso do projeto político-pedagógico (PPP) do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), no *campus* de Francisco Beltrão (PPPMFB) e correlacioná-lo com as Diretrizes Curriculares Nacionais instituídas pela Resolução nº 4, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, do Ministério da Educação (MEC), em 07 de novembro de 2001 (DCN2001).

Em 2014, nova resolução foi promulgada (DCN2014), mas muitos cursos de medicina manterão como base as orientações das DCN2001, até o fim do prazo para a adequação às propostas das DCN2014, no dia 31 de dezembro de 2018. Com a suposta aderência às novas diretrizes, é apropriada a revisão às contribuições das DCN2001 aos PPP dos cursos de medicina.

O objetivo desse artigo é responder à seguinte pergunta: de que forma o PPPMFB foi constituído a partir dos elementos integrantes de uma nova educação médica sugeridos pelas DCN2001?

Como afirma Kramer (1997), não é permitido elaborar um PPP, unicamente, apoiado nas aspirações do coletivo que o impacta e que por ele será impactado. A ele são impostas referências e regras a serem seguidas (KRAMER, 1997). Essas últimas são normatizadas na forma de outros documentos, de leis que direcionam a maneira como os médicos serão formados.

É possível afirmar que o PPPMFB é resultado de uma atuação de forças oriundas de duas origens: uma origem geral, de âmbito nacional, abrangente e compartilhada com outras escolas médicas, traduzida nas DCN2001; e uma origem particular, local, circunscrita e que lhe confere singularidade, relacionada às características do coletivo que o elaborou.

O artigo está constituído na forma de estudo de caso. Para desvelar a trama social de onde emergiram as DCN2001 e o PPPMFB, a análise de conteúdo demonstrou-se como instrumento auxiliar na segmentação e compreensão do teor dos textos e permitiu a interpretação do objeto pesquisado (BARDIN, 1977). A partir das pistas deixadas nas entrelinhas, pôde-se encontrar as condições materiais que foram base para a compreensão dos

documentos, ou se preferir, a partir dessas pistas foi possível encontrar as relações sociais e de poder que permitiram a vigência deles.

A pesquisa procurou evidenciar o processo de constituição dos dois documentos mencionados, com a identificação dos agentes sociais do debate, bem como do contexto histórico em que ele ocorreu. A escolha de outros documentos secundários de sustentação da argumentação seguiu recomendações contidas no próprio interior dos documentos principais. Muitas dessas fontes e referências secundárias estavam nominalmente elencadas no texto das DCN 2001 e do PPPMFB. A partir dessa lista, foram aplicados os princípios da análise de conteúdo para a seleção dos documentos.

Inicialmente, como critério de inclusão, procurou-se abranger a totalidade das resoluções, pareceres, decretos, portarias, leis, artigos e livros sugeridos pelos documentos principais como suporte teórico, prática coerente com a regra da “exaustividade” (BARDIN, 1977). Em seguida, procedeu-se a busca do maior número possível desses documentos secundários, o que se mostrou uma tarefa difícil. Primeiro, porque a educação médica, por se tratar de um tema com infinitas facetas, está apoiada em uma miríade de documentos e discursos. Em segundo lugar, há uma diversidade de conceitos e categorias secundários que a tornam heterogênea, requisitando um universo maior de documentos para se extrair dele uma amostra representativa. Muitos documentos não estavam disponíveis para a consulta devido à raridade e/ou à dificuldade de acesso, o que não inviabilizou, mesmo assim, a elaboração de uma lista extensa de referências.

Durante a leitura pormenorizada dos documentos, foram feitos apontamentos sobre cada artigo e inciso, procurando localizar a ideia central de cada fragmento de texto, assim como semelhanças e diferenças entre eles. Em seguida, cada artigo passou por várias etapas de tratamento nas quais recebeu um conjunto de códigos com identificadores que expressavam um significado. Essa fase do trabalho de análise recebe o nome de “codificação” e “categorização” (BARDIN, 1997).

Em um primeiro momento, os artigos e incisos foram classificados conforme áreas de influência bem amplas, como: econômica, política, ética, cultural, filosófica, conceitual, pedagógica, técnica, simbólica; e agrupados de acordo com essa classificação. A definição das áreas de influência como categorias iniciais ocorreu na fase de “pré-análise”, durante a primeira leitura dos documentos (BARDIN, 1997).

Ainda nesse momento, foi possível perceber que um mesmo artigo ou inciso poderia pertencer a diferentes áreas de influência. Tal fato ocorria porque cada um deles poderia conter fragmentos de texto que estariam relacionados a uma ou outra área de influência ao mesmo tempo. Quando havia a concorrência, o artigo ou inciso era incorporado ao conjunto de cada uma das áreas de influência apontadas como constitutivas dele.

O próximo passo foi analisar cada área de influência em particular. Dessa vez, considerando o fragmento de texto que permitia classificar o artigo ou inciso na área de

influência específica. Ao destacar esse fragmento, foi possível elaborar um novo sistema de classificação, reagrupando-os novamente, agora, por códigos identificadores mais específicos. A nova classificação originou-se do avanço da análise de conteúdo e da ampliação do conhecimento sobre os temas.

A partir desse estágio, foi possível perceber uma categorização avançada do conteúdo dos documentos, com a saturação do aparecimento de novos códigos identificadores. Após várias revisões dos processos de agrupamento e classificação, as categorias contidas nas DCN 2001 e no PPP-FB foram fixadas.

Na primeira seção desse artigo, serão demonstrados os fatores que impulsionaram a criação das DCN2001, articulados com a necessidade de redução de custos do sistema de saúde. Na segunda seção, serão elencadas as características indispensáveis à formação dos novos médicos, apontadas pelas DCN2001. Na terceira seção, serão indicados os pontos de tangência entre as DCN2001 e o PPPMFB.

DCN2001: Uma Nova Formação para um Novo Sistema de Saúde

A trajetória da formação médica no Brasil vincula-se a três grandes conjuntos: da prática médica, das políticas para a saúde pública e das políticas da educação superior. A partir da observação desses conjuntos, pode-se concluir que o grande fio condutor que permitiu o surgimento das propostas das DCN2001 estava amarrado a duas necessidades: a de ampliar a cobertura assistencial da população, ou seja, aumentar e melhorar o acesso da população à saúde; e a de baratear os custos relacionados à prática médica (BRIANI, 2003; EDLER; FONSECA, 2006; CAVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008; TEIXEIRA; EDLER, 2012).

Essas duas necessidades aparentam aproximar-se mais das questões de saúde pública que as de formação. Porém, para se promover uma mudança nos sistemas de saúde é preciso que os trabalhadores e os futuros trabalhadores internalizem as propostas de mudança. Nesse ponto, reside a articulação entre a prática médica, as políticas de saúde pública e as políticas de educação superior. O que se pretende mudar é a prática e, para isso, é preciso mudar as políticas. Mas o que vinha acontecendo com a prática médica que precisava ser mudada?

Desde o final do século XIX, um grande movimento de “tecnologização” ocorreu na medicina. Esse movimento a tornou cara e dependente de insumos e equipamentos de difícil acesso. Sucederam, também, a “especialização” da medicina, com a fragmentação do trabalho médico, por uma lógica determinada por tecidos e órgãos do corpo humano; e o “curativismo”, por uma prática focada no indivíduo portador de doença (SANTOS; WESTPHAL, 1999; LAMPERT, 2001). Por consequência, tais condições materiais só poderiam promover uma educação médica cujo espaço de aprendizagem estava centralizado no hospital e, da mesma forma, só poderiam promover a valorização da especialidade, o que levava os alunos a buscarem a complementação da formação dentro da lógica da fragmentação do conhecimento, perpetuando o encarecimento da prática médica.

Soma-se a esse fato, um grande movimento de reforma da saúde pública que vinha ocorrendo desde a década de 1930, com a progressiva ampliação da cobertura assistencial da população, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, cuja abrangência, hoje, é a totalidade da população (TEIXEIRA; EDLER, 2012).

A combinação de uma prática médica “tecnologizada”, especializada e centrada nos hospitais, algo dispendiosa, e a necessidade de atender de forma subsidiada toda a população do país, é economicamente explosiva. Logo, entende-se que houve um grande motivo econômico-político que culminaria nas DCN2001: a necessidade de reduzir os custos do setor saúde.

É claro que não se pode, arbitrariamente, reduzir a explicação do surgimento das DCN2001 ao puro aspecto econômico, mas a fim de legitimar as propostas de mudança das DCN2001, houve a apropriação de discursos que revestiram o texto de uma aparência de proposta inovadora, mas, na essência, contribuíram no papel de justificar a necessidade de redução dos custos em saúde. Em outras palavras, as referências que as DCN2001 utilizaram¹, de certa forma, trouxeram conceitos que interessaram ao novo projeto de sistema de saúde. Igualmente, não se pode afirmar que os discursos que justificaram as DCN2001, em si, apresentavam o exclusivo interesse de reduzir custos, mas se pode reconhecer que a escolha de certos discursos, além de conter conceitos para o avanço da formação médica, cumpriu o papel de validar as propostas de mudança com vistas a conter os gastos em saúde.

Uma ideia que as DCN2001 pretenderam passar em todo o texto é a de ruptura com o passado da educação médica, conforme está citado no Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do MEC, de 07 de agosto de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição e lhe dá sustentação teórica.

Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes 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).

Fica evidente que as DCN2001 procuraram dar uma resposta à sociedade. Com a redemocratização, ocorrida definitivamente com a Constituição Federal de 1988; com a criação do SUS, em 1990; com a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994; a

¹ Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19/09/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 10.172 de 09/01/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 03/12/1997; Edital da SESu/MEC nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 04/04/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA; Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde (BRASIL, 2001b).

educação superior não poderia manter as concepções e práticas anteriores. Surgiram propostas que tinham como lema os discursos de flexibilização e de emancipação das grades curriculares. A palavra “prisões”, entre parênteses no texto do parecer, dá o tom de libertação que os redatores quiseram manifestar com as DCN2001.

Outra ideia anunciada pelas DCN2001 foi à de experiência democrática. No Parecer nº 583/2001, de 04 de abril de 2001, que traz orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, o MEC afirmou ter recebido mais de 1.200 propostas de mudança da formação médica (BRASIL, 2001a). Na lista de referências do parecer nº 1.133/2001, são citados documentos de entidades não governamentais ligadas à educação médica como a Associação Brasileira de Educação Médica e a Rede UNIDA (BRASIL, 2001b). As duas situações ratificam a ideia de participação e representatividade.

Associadas às DCN2001, várias medidas estratégicas foram adotadas, como programas de interiorização da mão de obra médica e programas de incentivo às mudanças curriculares. Ainda em 2001, por uma parceria entre o MEC e o Ministério da Saúde, o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) foi uma iniciativa para formar profissionais que pudessem se ajustar mais facilmente às equipes de Saúde da Família e servir de instrumento de mudança da prática médica (BRASIL, 2001d). Em 2005, o PROMED seria atualizado e substituído pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE). Inicialmente, o programa ampliaria a atuação para outros cursos da Estratégia de Saúde da Família, a Enfermagem e a Odontologia (BRASIL, 2007). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) tinha como objetivos contribuir para a implantação das DCN2001 nos cursos de graduação da área de saúde, induzir a fixação dos profissionais nos locais de atuação do programa e preparar os estudantes para o trabalho em saúde, de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2010).

Todas essas medidas convergem para o mesmo objetivo. Ao propor programas de incentivo às mudanças curriculares e à interiorização da mão de obra médica, o Estado admite a necessidade de reduzir os custos do setor e deseja impulsionar um novo modelo de saúde pública, menos assistencialista e mais focado na prevenção e promoção da saúde, ao diminuir a necessidade de intervenções hospitalares e a procura por especialistas.

As Características do Novo Profissional de Saúde

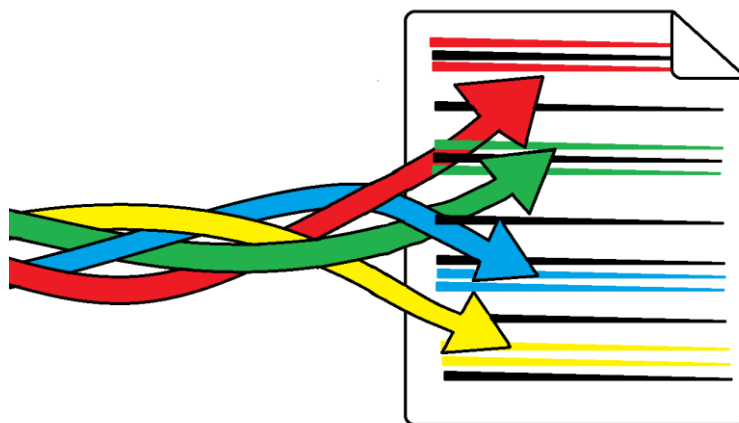
Pode-se dividir as propostas das DCN2001 para uma nova formação médica em dois grandes grupos. O primeiro é o daquelas articuladas a um novo perfil do egresso - referências “filosófico-conceituais”; o segundo, a uma nova maneira de proceder com a formação - referências “metodológicas”.

As propostas para mudar o perfil do egresso podem ser evidenciadas na forma de eixos estruturantes (KUSSAKAWA; ANTONIO, 2017). Cada eixo corresponde a uma ideia

central e a um certo número de ideias secundárias que a sustentam. As ideias centrais estão presentes em cada fragmento de texto, em maior ou menor intensidade. Outra característica dos eixos é a forte adesão e concorrência de ideias. Eles se entrelaçam e compartilham conceitos, ou seja, conceitos que estão presentes em um eixo poderão estar presentes em outro, concomitantemente.

Essa característica traz duas consequências. A primeira é a impressão de que o texto é coeso, harmônico, articulado. A outra é a dificuldade de individualizar cada eixo para poder estudá-lo. Como se, ao puxar o fio de um deles, os demais viessem emaranhados ao primeiro (Figura 1). Um dos trabalhos da pesquisa foi desembaraçar os eixos, torná-los individualizados, fazer com que fosse possível observar apenas as ideias relativas àquele eixo em particular.

Figura 1. Os eixos estruturantes das DCN2001.



Fonte: os autores (2018).

O eixo axial, ou seja, aquele ao qual todos os outros de uma forma ou de outra estão entrelaçados, é o eixo de “promoção da saúde”. Durante muito tempo, acreditou-se que o conceito de saúde ficasse limitado à ausência de doença. Esse conceito reduzia a saúde a um aspecto meramente biológico, de natureza, excluindo toda e qualquer contaminação social. A partir da segunda metade do século XX, o conceito foi ampliado, passando a incorporar, também, as determinações sociais, ou seja, questões como higiene e saneamento, renda, níveis de atividade física, escolaridade etc. A saúde passou a ser vista como um recurso, entre outros, para atingir uma vida de qualidade.

Quando observada como a ausência de doença, a saúde estaria situada apenas no plano individual, na definição entre o saudável e o patológico. Quando o conceito incorpora as determinações sociais, ele ganha uma abrangência maior. As tomadas de decisão sobre o que fazer para melhorar a saúde dos indivíduos deve considerar questões que envolvem toda a comunidade. Esse é o conceito de “saúde coletiva”. Da mesma maneira, se a saúde deixa de ser um contraponto à doença e ganha status de recurso a ser administrado por cada um dos indivíduos, há que se falar em uma medicina que o mantenha, que não o deixe que escape. Esse conceito é o de “medicina preventiva”.

Que tipo de médico seria competente para atuar nesse cenário? O médico que atua na comunidade, sobre a comunidade. Esse leva o nome de “médico de família” e o programa que ele atende é o de “saúde da família”. E que perfil esse médico precisa ter? “Generalista”, porque ele precisa entender o indivíduo como um todo, como membro de uma comunidade cujas características impactam todos os indivíduos que a ela pertencem, portanto, sob uma perspectiva “integral” do indivíduo e da comunidade.

O segundo eixo é o “econômico-político”. A grande ideia central é trazer à tona, de forma direta, as competências articuladas com a redução dos custos do setor saúde. A expectativa primária é a de provocar o médico a enxergar-se como um operário da produção de saúde; ocupar-se das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; produzir o bem-estar individual e coletivo, distribuído para a sociedade, pela mediação de direitos adquiridos, e consumido pela sociedade, cujas necessidades precisam ser atendidas. Secundariamente, no processo produtivo, ele precisa ser gerente e administrador, capaz de produzir saúde de maneira eficaz, segura e de qualidade; trabalhar e liderar equipes; considerar custos e benefícios; priorizar as demandas mais urgentes; aprender de forma continuada com as dificuldades enfrentadas e com os resultados obtidos; e criar soluções para os problemas com os recursos disponíveis. Deve considerar, também, como competências específicas: custo e efetividade, padrões de qualidade e segurança, priorização de problemas, uso apropriado da força de trabalho e interprofissionalidade. Além dessas competências objetivas, somam-se outras subjetivas, como: comprometimento, responsabilidade, empatia, criatividade, autonomia, desenvolvimento de pensamento divergente e de capacidade de comunicação. Em resumo, deixa-se transparecer que a pretensão é evidenciar o papel do “profissional” médico na estrutura capitalista.

O terceiro eixo é o “ético-cultural”. A grande ideia central é o conceito de “equidade”, ou seja, a oportunidade do acesso à saúde, de forma igualitária, a todo e qualquer indivíduo. Nele estão abrigados princípios éticos e humanísticos. Para alcançar a “equidade” e a conduta ética por excelência, o médico deverá promover uma “comunicação horizontal”, isto é, deve considerar o outro como partícipe da decisão sobre o processo de promoção da saúde dele. A verticalidade de atuação do médico sobre o paciente dará lugar a uma reflexão que considerará a centralidade do paciente nas escolhas dos caminhos a percorrer para alcançar a saúde.

O último eixo é o “simbólico-tecnológico”. Ele está oculto nas entrelinhas do texto e é o mais difícil de localizar e interpretar. Refere-se a certos comandos embutidos nos textos, pautados, principalmente, por duas ideias centrais. A primeira é a de que o médico deve seguir algoritmos de tratamento e produzir informações que alimentarão bancos de dados, sob a alegação de melhorar a forma como a saúde daquela área é conduzida. A segunda, a de que o médico deve contribuir para o incremento de índices de saúde. Esse eixo é controverso e tudo relacionado a ele é uma questão de preservação ou cerceamento da autonomia do médico. Sob um ponto de vista, pode parecer uma evolução na democratização dos dados e na qualidade do acesso à saúde; sob outro ponto de vista, pode parecer controle sobre o médico e uma agressão à inovação.

Findada a discussão sobre o perfil do egresso, o que as DCN2001 propuseram para o processo formativo? As referências “metodológicas” da nova formação médica estão pautadas, basicamente, por duas substituições. A primeira é a substituição de um modelo de organização curricular tecnicista, por um modelo de organização curricular baseado em competências. A segunda é a de uma metodologia tradicional de ensino, por metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Uma forma de explicar a mudança da perspectiva tecnicista de currículo para o currículo por competências pode ser encontrada na forma de organização do trabalho, em seu sentido mais amplo. A partir da década de 1950 e ganhando força na década de 1970, como resposta a uma das muitas crises do sistema capitalista, quando começaram a encalhar produtos, pelo excesso de produção e a baixa no consumo, surgiu como solução o “toyotismo”, que permitiu maior flexibilidade na linha produtiva (RAMOS, 2002).

Primeiro, a produção não precisaria manter-se estável e na capacidade máxima; mas deveria se moldar às demandas do mercado. Em segundo lugar, o trabalhador não cumpriria apenas a parcela especializada do trabalho que a ele foi ensinada, ele precisaria aprender todas as funções da cadeia produtiva. Isso o tornaria “flexível” às diversas atividades dentro do processo produtivo e mais, ele poderia, inclusive, cumprir mais de uma função ao mesmo tempo. Tal medida reduziria os custos da produção, ao reduzir a necessidade de contratações. Essa prática estimularia, também, a presença de trabalhadores temporários na linha de produção (GOUNET, 1992).

Para um novo trabalhador, com um perfil “flexível” e que atendesse às novas características do mercado, era necessário formá-lo de uma maneira que ele aprendesse vários saberes para atuar na mesma cadeia produtiva. Logo, o currículo pensado e organizado para esse trabalhador consideraria as competências que ele deveria aprender para atender às características do mercado. A esse modelo dá-se o nome de organização curricular por competências (RAMOS, 2002).

Dentro dessa perspectiva, as DCN2001 propuseram que o médico se tornasse “flexível”, que ele adquirisse diversas competências não exigidas anteriormente. Decorrem daí os termos presentes nos textos das diretrizes, como competências gerenciais, administrativas, educativas, comunicativas etc.

Há alguns possíveis problemas associados a essa forma de organizar o currículo. Sabe-se que o mundo é pautado pelo ineditismo e, rapidamente, pode-se perceber que as competências de hoje não darão conta de uma formação médica completa, amanhã. A ciência médica é produzida e revisitada de forma acelerada. Como dar conta de todo esse conhecimento? As competências ficarão caducas e surgirá a necessidade de atualizá-las. Outra crítica reside no excesso de competências que o médico precisa adquirir. É possível atuar em tantas funções, simultaneamente?

Articuladas com a reflexão sobre a leveza e o perecimento das competências, estão as metodologias ativas de aprendizagem. O que elas pretendem é que o indivíduo consiga

aprender com as próprias experiências. Por elas é determinado um eixo constituído de ação (situação concreta a que o aluno é exposto); reflexão (busca da solução do problema) e ação (aplicação da solução à situação real).

A mensagem que se pretende passar com a substituição da metodologia tradicional pelas metodologias ativas é a de mudança de soberania. Na metodologia tradicional, a soberania da teoria. Primeiro, adquire-se o conhecimento; depois, ele é aplicado. Na metodologia ativa, a soberania da prática. Primeiro, a exposição à situação ou ao problema; depois, a busca pela teoria para, em seguida, expor-se novamente ao problema.

Em resumo, o emprego das metodologias ativas é uma tentativa de tornar o médico um indivíduo capaz de “aprender a aprender”, de reduzir a dificuldade imposta pelo ineditismo das situações concretas e de reduzir a dificuldade de lidar com o excesso de informações a que ele está exposto.

O PPPMFB, as DCN2001 e a Formação do Médico

A criação do curso de Medicina da UNIOESTE - Francisco Beltrão apresentou um forte apelo nos anos de 2009 e 2010, quando a sociedade local esteve organizada em torno dessa causa. Pode-se destacar, segundo o próprio PPPMFB, três justificativas para a existência do curso em Francisco Beltrão. A primeira foi a dificuldade de contratação de médicos para o Hospital Regional do Sudoeste, inaugurado em 2010. A segunda justificativa estava na discrepância entre a importância econômica da região e o índice de desenvolvimento humano (IDH) dela, abaixo de outras regiões do Estado do Paraná (UNIOESTE, 2010). Outras justificativas citadas foram a quantidade de vagas de educação superior pública na região Sudoeste paranaense, considerada abaixo de outras regiões, e os benefícios que a implantação do curso de Medicina da UNIOESTE, na cidade de Cascavel, trouxeram àquela cidade.

O curso de Medicina de Francisco Beltrão aflora como expansão de vagas do campus da UNIOESTE de Cascavel, e o PPPMFB surge como cópia do PPP do curso de Medicina de Cascavel. Não houve um debate prévio sobre a constituição do PPPMFB e essa situação é prevista por regras institucionais da própria UNIOESTE. No artigo 8º, da Resolução nº 092/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE, de 30 de junho de 2016, estão previstas as características a serem respeitadas pelos PPP dos cursos cujas vagas são expansão de cursos de outros *campi*: “Art. 8º A solicitação de expansão de vagas inicia-se com o protocolo do PPP ao Conselho de Centro, com posterior apreciação e aprovação do Conselho de Campus afeto” (UNIOESTE, 2016, p. 3). Fica entendido que para iniciar o processo de expansão de vagas é necessário o protocolamento de um PPP ao Conselho de Centro e depois apreciado e aprovado pelo Conselho do *Campus* do curso subordinado.

Com relação ao conteúdo do PPPMFB, os artigos e parágrafos do texto que tratam do perfil do egresso, da organização curricular e das metodologias de ensino e aprendizagem

estão coerentes com as propostas articuladas ao redor das referências “filosófico-conceituais” e das referências “metodológicas” das DCN2001.

Quanto às referências “filosófico-conceituais”, o PPPMFB cita que o curso de Medicina da UNIOESTE busca formar profissionais capazes de atuar em: “práticas sanitárias de prevenção e controle de doenças, intervindo sobre grupos populacionais e/ou indivíduos no atendimento de suas necessidades” (UNIOESTE, 2013, p. 12). Há alguns itens que são cópias de competências e habilidades específicas descritas nas próprias DCN2001, especialmente quanto aos eixos “econômico-político”, “ético-cultural” e “simbólico-tecnológico” (UNIOESTE, 2013, p. 12-16).

Quanto às referências “metodológicas”, o PPPMFB demonstra a preocupação em passar a orientar os conteúdos curriculares por competências e elenca aquelas que julgou essenciais.

O currículo é centrado nas **competências básicas**, baseando-se na capacidade de **aprender e continuar a aprender, na organização de conhecimentos e habilidades, na capacidade de relacionar a teoria com a prática e na preparação para o trabalho e a cidadania**. Os conteúdos curriculares devem ser entendidos como meios básicos para constituir **competências cognitivas e sociais**, através de blocos organizados de conhecimento (UNIOESTE, 2013, p. 12, grifo nosso).

No item III - Organização didático-pedagógica, no subitem Histórico, do PPPMFB, há um parágrafo que se pronuncia sobre as metodologias ativas de ensino e aprendizagem e aponta os caminhos de execução da transferência do ensino tradicional para as metodologias ativas: uma substituição gradativa, com aulas em pequenos grupos de alunos e com a necessidade de mais tutores (UNIOESTE, 2013).

Percebeu-se que as propostas contidas no PPPMFB estão amplamente amparadas pelas DCN2001. A partir dessa constatação, resta uma dúvida. Enquanto referenciais para a redação dos PPP dos cursos de Medicina, cujo discurso se propunha a permitir flexibilização e inovação, as DCN2001 cumpriram o papel delas?

Considerações Finais

O fato do PPPMFB traduzir-se em uma cópia de boa parte das DCN2001 permite uma crítica. Um PPP não se trata de um mero documento que reúne planos de ensino, institui cargas horárias ou descreve a organização física e funcional de uma escola qualquer. A importância dele vai além de um dever burocrático. Ele é o documento que deixa transparecer a identidade da escola. Dá forma e regula as ações dos agentes nela inseridos; interfere no trabalho pedagógico dentro e fora da sala de aula, na rotina de alunos e professores; define conteúdos, relações de trabalho, tempos e avaliações. Em outras palavras, pode-se afirmar que ele é a “alma” da escola, algo que lhe dá direção e sentido.

Uma vez que é tão importante, precisa ser valorizado. Precisa tornar-se um espaço de debate amplo e permanente, onde todos devem ser convidados, na busca da transparência e

legitimidade das decisões, da garantia do controle sobre os acordos firmados e do estabelecimento de um canal aberto de comunicação e de contemplação de questões.

Os pré-requisitos cobrados pelas autoridades vistoriadoras, nos momentos de abertura ou revalidação dos cursos, exigiram um alinhamento textual e prático entre as DCN2001 e os PPP, o que permite a afirmação de que o discurso de potencial inovador das DCN2001 é uma falácia. Pouca ou nenhuma brecha seria concedida às IES para inovar em seus PPP devido à necessidade de cumprimento de exigências legais.

Regras e relações institucionais que limitam o debate, o fisiologismo, o medo da inovação e a falta de criatividade também são fatores que caminham no sentido oposto àquele pretendido pelas DCN2001.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Parecer n° 583/2001**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 04 abr. 2001a.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n° 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001b.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 4, de 07 de novembro de 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de medicina - PROMED**. Brasília, 2001d. [online]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE**. Brasília, 2007. [online]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Portaria Interministerial n° 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 mar. 2010. Seção 1, n. 43, p. 52.

BRIANI, Maria Cristina. **História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da faculdade de ciências médicas da Unicamp**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CAVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A

© Rev. Inter. Educ. Sup.	Campinas, SP	v.5	1-14	e019012	2019
--------------------------	--------------	-----	------	---------	------

construção da saúde pública no Brasil no século XX. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 1-14.

EDLER, Flávio Coelho; FONSECA, Maria Rachel Froés. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 8-9, 2006a.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1992.

KRAMER, Sonia. Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano XVIII, n. 60, dez., p. 15-35, 1997.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon; ANTONIO, Clesio. Acilino. Os eixos estruturantes das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165-184, jan./jul. 2017.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-19, 2001.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Tradução: Bernardo Leitão [et al.]. 4ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996 (Coleção Repertórios).

RAMOS, Marise Nogueira. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 401-422, set. 2002.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; EDLER, Flávio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: Aori, 2012.

UNIOESTE. Parecer n° 075/2010. **Carta consulta para o curso de Medicina**. Francisco Beltrão, Conselho de *Campus* de Francisco Beltrão - CCFB, 29 set. 2010.

UNIOESTE. **Projeto político-pedagógico do curso de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Campus Francisco Beltrão**. Francisco Beltrão: Unioeste, 2013.

UNIOESTE. Resolução n° 092/2016, de 30 de junho de 2016. **Aprova o regulamento para criação de cursos de graduação e expansão de vagas na Unioeste**. Cascavel, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, 30 de junho de 2016b.