

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS E GESTÃO EM EDUCAÇÃO**

**CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E O PROCESSO FORMATIVO
DO FUTURO MÉDICO: CONSTITUINTES IDENTITÁRIOS E SUAS
INTERCONEXÕES**

GINA BRESSAN SCHIAVON MASSON

**MARINGÁ
2024**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS E GESTÃO EM EDUCAÇÃO**

**CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E O PROCESSO FORMATIVO DO
FUTURO MÉDICO: CONSTITUINTES IDENTITÁRIOS E SUAS INTERCONEXÕES**

Tese apresentada por GINA BRESSAN SCHIAVON MASSON, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas e gestão em educação

Orientadora:

Prof^a. Dra. VÂNIA DE FÁTIMA MATIAS DE SOUZA

MARINGÁ
2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Hospital Universitário Regional de
Maringá – PR., Brasil)

M419c Masson, Gina Bressan Schiavon
Curricularização da extensão e o processo formativo do
futuro médico: constituintes identitários e suas interconexões /
Gina Bressan Schiavon Masson. – Maringá, 2024.
185 f.

Orientador: Profa. Dra. Vânia de Fátima Matias de Souza.
Tese (doutorado em Educação) do Programa de Pós-
graduação em Educação. Centro de Ciências Humanas, Letras
e Artes da Universidade Estadual de Maringá.

1. Currículo - Formação. 2. Ensino médico. 3. Identidade
profissional. 4. Políticas curriculares. I. Souza, Vânia de Fátima
Matias de, orient. II. Título. III. Universidade Estadual de
Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Departamento de Educação.

22th ed cdd 378.241

GINA BRESSAN SCHIAVON MASSON

**CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E O PROCESSO FORMATIVO DO
FUTURO MÉDICO: CONSTITUINTES IDENTITÁRIOS E SUAS INTERCONEXÕES**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vânia de Fátima Matias de Souza (Orientador) –
UEM

Prof. Dra. Ana Maria Silveira Machado de Moraes –
UNICESUMAR – Maringá

Prof. Dr. Patric Paludett Flores UEA – Amazonas

Prof. Dr. Edson Roberto Arpini Miguel – UEM

Prof. Dr. Mário Luiz Neves de Azevedo – UEM



Universidade Estadual de Maringá

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Educação
Mestrado e Doutorado em Educação



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE

1. Nome da Aluna: GINA BRESSAN SCHIAVON MASSON
2. Área de Concentração: EDUCAÇÃO.
3. Título da Tese: CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E O PROCESSO FORMATIVO DO FUTURO MÉDICO: CONSTITUINTES IDENTITÁRIOS E SUAS INTERCONEXÕES
4. BANCA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO:

Prof.ª Dr.ª Vânia de Fátima Matias de Souza – Orientador(a) – UEM;
Prof.ª Dr.ª Ana Maria Silveira Machado de Moraes – UNICESUMAR – Maringá;
Prof. Dr. Patric Paludett Flores – Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Amazonas;
Prof. Dr. Edson Roberto Arpini Miguel – UEM.
Prof. Dr. Mário Luiz Neves de Azevedo – UEM.
5. Data: 28/03/2024.
Horário: 9:00
Local: Bloco DMD, Sala 05 e on-line (hibrido)
6. Resultado: APROVADO(A)
 REPROVADO(A)

7. Observações: Tese apresentada e aprovada pela banca.

Maringá-PR, 28/03/2024.

Assinatura da Banca:

Documento assinado digitalmente
gov.br ANA MARIA SILVEIRA DE SOUZA
Data: 28/03/2024 08:31:17 -0300
Verifique em: <https://validar.br.gov.br/>

1 - ANA MARIA SILVEIRA Assinado de forma digital por ANA MARIA SILVEIRA MACHADO DE MORAES
MACHADO DE MORAES
MORAES51770288953
Codigo: 2024.04.01.095006.42700

2 - Documento assinado digitalmente

gov.br PATRIC PALUDETT FLORES
Data: 28/03/2024 08:42:34 -0300
Verifique em: <https://validar.br.gov.br/>

3 - Documento assinado digitalmente

gov.br EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL
Data: 28/03/2024 09:21:23 -0300
Verifique em: <https://validar.br.gov.br/>

4 - Documento assinado digitalmente

gov.br MARIO LUIZ NEVES DE AZEVEDO
Data: 28/03/2024 15:29:22 -0300
Verifique em: <https://validar.br.gov.br/>

5 - Documento assinado digitalmente

DEDICO ESTA TESE A MEUS PAIS, A MEU
ESPOSO, GUSTAVO, E AOS MEUS FILHOS
ANTÔNIO E MARIA.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à minha orientadora, profa. Dra. Vânia de Fátima Souza Matias, por ter aceito o desafio de explorar novos horizontes e apresentar seu conhecimento à minha área de atuação. Meu agradecimento pelos questionamentos, direcionamentos, apoio e incentivos essenciais ao longo da caminhada.

Ao GEEFE, por compartilhar conhecimentos e experiências acadêmicas e pelos laços de amizade estabelecidos. Em especial a Juliana, Maria, Yedda, Fernando, Catarina, Lorena e Luís Otavio por estarem mais próximos neste momento, dividindo alegrias, angústias, trabalhos, dúvidas e muito apoio.

À Universidade Estadual de Maringá (UEM) e ao Departamento de Medicina (DMD/UEM) pelo apoio e experiências vivenciadas fundamentais para o desenvolvimento desse estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE/UEM), por me acolher e me proporcionar esse momento de profundo aprendizado e aprimoramento profissional e pessoal.

A minha banca de examinadora pelas considerações que guiaram a confecção final deste trabalho, a Prof. Dra. Ana Maria e ao prof. Edson por todo o conhecimento do sistema de saúde e do curso, ao prof. Patric por seus insights sobre identidade profissional e ao prof. Mario que me apresentou Bourdieu, norteador para uma compreensão mais profunda do contexto das políticas abordadas.

À minha família, especialmente meu marido e meus filhos, pelo incentivo e compreensão durante os momentos de ausência que permitiram dedicar-me a esta tese.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

“...no processo de aprendizagem, só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do aprendido, transformando-o em apreendido, com o que pode, por isso mesmo, reinventá-lo; aquele que é capaz de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas. Pelo contrário, aquele que é “enchido” por outros de conteúdos cuja inteligência não percebe, de conteúdos que contradizem a própria forma de estar em seu mundo, sem que seja desafiado, não aprende”.

Paulo Freire

MASSON, Gina Bressan Schiavon. **CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E O PROCESSO FORMATIVO DO FUTURO MÉDICO: CONSTITUINTES IDENTITÁRIOS E SUAS INTERCONEXÕES** 185f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Vânia de Fátima Matias de Souza. Maringá, 2024.

RESUMO

O ensino médico tem passado por mudanças significativas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, em resposta ao novo paradigma de saúde e às transformações no sistema de saúde brasileiro, especialmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A curricularização da extensão universitária propositada no PNE 2014-2024 desafia as instituições de ensino a repensarem suas concepções e práticas extensionistas, o currículo e o papel da universidade na sociedade. Sua promulgação trouxe os seguintes questionamentos: Como a curricularização da extensão e a adequação às DCNs contribuem no processo formativo dos futuros médicos? Será que as modificações das políticas curriculares e a inserção da curricularização apresentam-se como imperativos conceituais da consolidação das propositivas governamentais visando atendimento das demandas do mercado? Ou possibilitará a mediação da realidade com a aprendizagem com a finalidade de atingir um nível de consciência dessa realidade, possibilitando a transformação social? Pensando nisso, essa tese analisa as interfaces das políticas relacionadas ao processo formativo do futuro médico com o objetivo de identificar não apenas as fragilidades, mas também as potencialidades no que tange à transformação do campo social e à modificação do *habitus* da profissão, impactando diretamente na construção da identidade profissional. Para tanto, buscando um caminho metodológico sustentado na análise documental pautou-se prioritariamente nos conceitos de campo, *habitus* e institucionalização da teoria da reprodução social do sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002). Os documentos selecionados para a essa investigação foram: Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 que institui as DCNs do curso de graduação em medicina, a Lei nº. 13.005, de 25 de junho de 2014 que aprova o PNE e a Resolução nº. 7, de 18 de dezembro de 2018 que estabelece as diretrizes para a extensão na educação superior brasileira e regimenta o disposto na meta 12.7 e por fim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), anexo I da Portaria de Consolidação nº. 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Ao analisar as DCNs foi possível observar que ao vincular o ensino a assistência com ênfase nas necessidades sociais e determinar que as práticas do ensino médico sejam realizadas prioritariamente no SUS, altera-se o campo social da profissão. Sua efetivação acarreta na inserção gradativa das escolas médicas ao sistema de saúde, reorientando a formação e conferindo sustentabilidade ao sistema de saúde. A curricularização da extensão apesar de proporcionar uma aprendizagem significativa, institucionaliza o processo permitindo a superação ensino fragmentado e modifica o perfil identitário pois permite a reprodução e sistematização das práticas levando a manutenção do sistema. Esse alinhamento do ensino ao sistema, indiretamente interfere no currículo pois as habilidades e competências são definidas de acordo com as prioridades elencadas pelo governo. Como resultado comprovou-se a tese de que as modificações curriculares para a formação inicial do médico, apesar do seu potencial de proporcionar uma

aprendizagem significativa, têm como objetivo central atender às responsabilidades do Estado diante das necessidades da população.

Palavras-chave: Política de Saúde. Políticas curriculares. Sistema Único de Saúde. Extensão universitária. Identidade profissional.

MASSON, Gina Bressan Schiavon. **CURRICULARIZATION OF EXTENSION AND THE FORMATIVE PROCESS OF THE FUTURE PHYSICIAN: IDENTITY CONSTITUENTS AND THEIR INTERCONNECTIONS**. 185f. (Doctorate in Education) – State University of Maringá. Supervisor: Vânia de Fátima Matias de Souza. Maringá, 2024.

ABSTRACT

Medical education has undergone significant changes since the promulgation of the Federal Constitution of 1988, in response to the new health paradigm and transformations in the Brazilian healthcare system, especially with the creation of the Unified Health System (SUS). The curricularization of university extension proposed in the National Education Plan (PNE) 2014-2024 challenges educational institutions to rethink their extensionist conceptions and practices, the curriculum, and the role of the university in society. Its promulgation brought the following questions: How does the curricularization of extension and alignment with the National Curricular Guidelines (DCNs) contribute to the formative process of future physicians? Do modifications in curricular policies and the insertion of curricularization emerge as conceptual imperatives for the consolidation of governmental proposals aimed at meeting market demands? Or will it enable the mediation of reality with learning to achieve a level of awareness of this reality, thereby enabling social transformation? With this in mind, this thesis analyzes the interfaces of policies related to the formative process of the future physician with the aim of identifying not only weaknesses but also potentialities concerning the transformation of the social field and the modification of professional habitus, directly impacting the construction of professional identity. Therefore, seeking a methodological approach grounded in documentary analysis, it was primarily based on the concepts of field, habitus, and institutionalization from the theory of social reproduction by the sociologist Pierre Bourdieu (1930-2002). The documents selected for this investigation were: Resolution No. 3, of June 20, 2014, which institutes the DCNs for undergraduate medical courses, Law No. 13,005, of June 25, 2014, which approves the PNE, and Resolution No. 7, of December 18, 2018, which establishes guidelines for extension in Brazilian higher education and regulates what is provided in target 12.7, and finally, the National Policy for Health Promotion (PNPS), Annex I of Consolidation Ordinance No. 2, of September 28, 2017, which consolidates the rules on national health policies of SUS. Upon analyzing the DCNs, it was observed that by linking teaching to assistance with an emphasis on social needs and determining that medical teaching practices be carried out primarily in the SUS, the social field of the profession is altered. Its implementation leads to the gradual integration of medical schools into the healthcare system, reorienting training and providing sustainability to the healthcare system. Despite providing significant learning, the curricularization of extension institutionalizes the process, allowing the overcoming of fragmented teaching and modifying the identity profile by enabling the reproduction and systematization of practices, leading to the maintenance of the system. This alignment of teaching with the system indirectly interferes with the curriculum as skills and competencies are defined according to priorities set by the government. As a result, the thesis confirmed that curricular modifications for the initial training of physicians, despite their potential to provide significant learning, have as their central objective meeting the State's responsibilities regarding the population's needs.

Key words: Health Policy. Curricular Policies. Unified Health System. University Extension. Professional Identity.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: LINHA DO TEMPO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.....	27
FIGURA 2: LINHA DO TEMPO DOS MOVIMENTOS EDUCACIONAIS E DAS POLÍTICAS PARA A SAÚDE NO MUNDO E NO BRASIL ENTRE OS ANOS 1910 A 2001	41
FIGURA 3: DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS DURANTE A ELABORAÇÃO DOS CAPÍTULOS	56
FIGURA 4: ORGANIZAÇÃO DOS TERMOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE DOCUMENTAL, DE ACORDO COM AS SEÇÕES DA TESE E DOCUMENTOS ESTUDADOS.....	57
FIGURA 5: CATEGORIZAÇÃO DOS CAMPOS EM ESTUDO CONFORME A TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL DE BOURDIEU.	58
FIGURA 6: NÚMERO DE MÉDICOS E RAZÃO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES REGIÕES, EM 2022.....	69
FIGURA 7: MÉDICOS SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO EM 2022	70
FIGURA 8: OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, AGENDA 2030	90
FIGURA 9: LINHA DO TEMPO DA TRANSFORMAÇÃO DA CONCEPÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SUA RELAÇÃO COM O MODELO ECONÔMICO VIGENTE	91
FIGURA 10: MARCOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADORAS DA FORMAÇÃO MÉDICA.....	94

FIGURA 11: LINHA DO TEMPO DAS INTER-RELAÇÕES ENTRE AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS E A
PNPS.....121

FIGURA 12: PROPOSTA PARA INSERÇÃO DA CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO PARA O
CURSO DE MEDICINA 7.200HS.....134

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Distribuição dos médicos da amostra segundo a natureza pública ou privada da prática médica – Brasil, 2020 72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: ARTIGOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS.....	98
QUADRO 2: PRODUÇÕES DO CONGRESSOS BRASILEIROS DE EDUCAÇÃO MÉDICA 2018-2021	99
QUADRO 3: DIVISÃO DOS TEXTOS ENCONTRADOS DE ACORDO COM A TEMÁTICA.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional da Educação
COBEM	Congressos Brasileiros de Educação Médica
COVID-19	Coronavírus
CRM	Conselhos Regionais de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EMA	Educação Médica nas Américas
EUA	Estados Unidos da América
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
FORPROEX	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão Universitária das Universidades Brasileiras
GEEFE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Educação Física, Políticas Educacionais
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
HC-UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Programa de Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição Ensino Superior
INCLEN	International Clinical Epidemiology Network
LAM	Ligas Acadêmicas de Medicina
MBE	Medicina Baseada em Evidências

MEC	Ministério de Educação e Cultura
NHS	Sistema Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNE	Plano Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional De Promoção Da Saúde
PPC	Projeto pedagógico curricular
PPE	Programa de pós-graduação em Educação
PRO- SAUDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROUNI	Programa Uma Nova Iniciativa
PSE	Programa Saúde na Escola
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Única de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIVILLE	Universidade da Região de Joinville
UPE	Universidade Estadual de Pernambuco
WFME	Federação Mundial de Educação Médica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A ESCOLA MÉDICA E AS DIRETRIZES CURRICULARES: DO MODELO DE SOCIEDADE AO MODELO DE MÉDICO IDEAL	33
1.2 DAS ATIVIDADES PRÁTICAS À CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO: INFLUÊNCIAS E OBJETIVOS	46
2 ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS: CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A ABORDAGEM DA REALIDADE	52
3 ANÁLISE DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL: RELAÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O PERFIL FORMATIVO INICIAL.....	62
3.1 PERFIL PROFISSIONAL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DO PROCESSO FORMATIVO E O PROFISSIONAL ESPERADO	65
3.2 ANÁLISE DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E SUA CORRELAÇÃO COM O MERCADO DE TRABALHO	68
3.3 PERCURSO PERCORRIDO PARA CONSTRUÇÃO DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	73
4 ALINHAVOS E TESSITURAS DO/NO PROCESSO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FUTURO MÉDICO: O CAMINHO DAS POLÍTICAS EXTENSIONISTAS	86
4.1 HISTÓRICO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS.....	86
4.2 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A FORMAÇÃO MÉDICA	93
4.2.1 <i>Afinal, o que é a curricularização da extensão?</i>	102
4.2.2 <i>Integração entre as atividades extensionistas e o projeto pedagógico curricular: qual a finalidade?</i>	105

4.2.3 A <i>curricularização da extensão e a aprendizagem significativa na escola médica</i>	108
4.3 CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO INICIAL DO FUTURO MÉDICO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS	111
5 A IDENTIDADE PROFISSIONAL EM TEMPOS DE REFORMULAÇÕES NO PROCESSO FORMATIVO DO FUTURO MÉDICO	115
5.1 OS ENTRELAÇAMENTOS DAS POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS	117
5.2 DAS INTERCONEXÕES DA CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FUTURO MÉDICO.....	125
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
ANEXOS	155
ANEXO 1: DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO.....	155
ANEXO 2: CARTA DE OTTAWA.....	161
ANEXO 3: DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS.....	165
ANEXO 4: DECLARAÇÃO DE JOMTIEN	168
ANEXO 5: DECLARAÇÃO DE DAKAR.....	174
ANEXO 6: DECLARAÇÃO DE INCHEON.....	180

1 INTRODUÇÃO

A tese norteadora desta investigação situa-se na linha de pesquisa Políticas e Gestão em Educação constante no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá (UEM)¹; e, vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Educação Física e Políticas Educacionais (GEEFE)². A pesquisa, toma como pressuposto as alterações ocorridas nas diretrizes curriculares nacionais (DCN)³ de 2014, resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, suas modificações e o processo de curricularização da extensão universitária ou creditação (curricular) da extensão, estratégia prevista no Plano Nacional de Educação (PNE), lei nº. 13.005/2014 (PNE 2014-2024), meta 12.7 e regulamentado pela resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018 (Brasil, 2014a, 2018).

Em um momento de tantas mudanças, essa tese intenciona analisar as interfaces das políticas curriculares no processo formativo do futuro médico, uma vez que este apresenta-se muito mais amplo do que o conteúdo que deve ser ministrado. Além de ser um meio de adquirir conhecimento e de se integrar culturalmente com

¹ A partir de 2022, o Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE) passou a ter apenas duas linhas de pesquisas: (1) História da Educação, Políticas e Práticas Pedagógicas e (2) Ensino, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano. Para mais informações, acesse: www.ppe.uem.br e <https://www.facebook.com/ppeuem/>.

² O Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Educação Física Escolar, Políticas Educacionais (GEEFE) realiza pesquisa buscando a construção de um panorama que possibilite reflexões acerca da formação de professores e das ações e intervenções pedagógicas tratadas no âmbito da escola e da universidade. Fomenta o debate a partir do cotidiano acadêmico referente às ações pedagógicas dos estágios curriculares, a ação profissional; a fim de propor modelos e métodos de intervenção pedagógica para a prática cotidiana escolar, trazendo os aspectos relacionados às possibilidades do campo educacional, bem como as aproximações e distanciamentos dos aspectos legislativos, da identidade profissional, formação docente e os debates relacionados a área. Ressalta-se que o Grupo iniciado no ano de 2016 tinha o foco exclusivo nos estudos da Educação Física, nos anos seguintes amplia-se as discussões das áreas de pesquisa e pesquisadores, resultando na mudança e inserção das demais áreas no nome do Grupo em 2021.

³ As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são normas obrigatórias e constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior (IES). Têm como objetivo orientar o planejamento curricular das escolas e dos sistemas de ensino, norteando seus currículos e conteúdos mínimos e permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais. A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde, Resolução nº. 1.133/2001 CNE/CES dispõe sobre as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, nas quais constam elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação (Brasil, 2001).

diferentes gerações, pode ser interpretado, do ponto de vista sociológico, como um campo onde ocorrem disputas sociais, envolvendo elementos como a busca por capital cultural e o desejo de reconhecimento.

A universidade tem como característica a geração de conhecimento e, por conseguinte, a sua disseminação na sociedade. A formação universitária objetiva o desenvolvimento de competências e habilidades, bem como seu aperfeiçoamento, em uma área específica (profissão). O processo formativo no ensino superior resulta da interação entre a universidade e a sociedade, centrado em interesses e necessidades comuns, num contexto institucional concreto.

De acordo com Pimenta e Almeida (2011, p.21), ao referenciar Morin (2000), a universidade desempenha o papel de preservar, memorizar, integrar e ritualizar uma herança cultural composta por conhecimentos, ideias e valores, resultando em um efeito regenerador. Isso implica que a universidade não apenas conserva, mas também contribui para a geração de saberes, ideias e valores que, por sua vez, se tornam parte integrante dessa mesma herança.

No âmbito político, a formação é considerada um bem público, um recurso compartilhado e um direito social proporcionado pelo Estado, acessível livremente a todos os cidadãos (Azevedo, 2021). As atuais demandas de mercado, condições econômicas e políticas vêm impactando na formação como observado por Ribeiro, 2020. Entender essas modificações são necessárias, para que ao final do processo, o objetivo de melhorar a formação seja alcançado. Anastasiou em seu livro “Docência no ensino superior” nos lembra a necessidade de ponderar sobre essas modificações quando diz: “...pesquisar a prática impõe-se como caminho para a transformação delas” (Pimenta, 2002, p.179).

Para melhor compreensão do tema em estudo, inicialmente é importante a definição de alguns componentes do processo formativo. O ensino é a parte específica do processo formativo que envolve a instrução e a disseminação do conhecimento. Compreende a atuação de professores, instituições educacionais e métodos pedagógicos para transmitir informações e habilidades aos alunos (Saviani,1986). É atividade central nas instituições educacionais, como escolas, faculdades e universidades e é orientado e planejado conforme as políticas curriculares, no caso do ensino superior, as DCNs.

As DCNs para o ensino superior no Brasil são um conjunto de orientações e regulamentações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e fazem parte do plano político educacional. Tem a função de direcionar a organização e o funcionamento dos cursos de graduação nas Instituições de Ensino Superior (IES) do país. Essas diretrizes têm como objetivo garantir a qualidade e a coerência dos programas acadêmicos, promovendo a formação de profissionais qualificados e o desenvolvimento do ensino no Brasil.

Definem os objetivos gerais e específicos do curso, incluindo sua missão e visão, além de estabelecer os propósitos e competências que os estudantes devem adquirir durante sua formação. Indicam as áreas de conhecimento, disciplinas e conteúdos que devem ser abordados no curso. Podem especificar a duração mínima e máxima do curso, o número de créditos obrigatórios e eletivos, e a distribuição das disciplinas ao longo dos semestres. Propõem abordagens pedagógicas, métodos de ensino e estratégias de avaliação que devem ser adotados para alcançar os objetivos educacionais do curso.

As primeiras DCNs para os cursos de medicina foram homologadas em 2001, por meio da resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001, cerca de dez anos após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo, além dos princípios e fundamentos, as condições e procedimentos necessários à formação médica (BRASIL, 2001). São um marco importante para o ensino médico, pois a partir desse momento o ministério da saúde assume o papel indutor na formação de recursos humanos, até então liderado pelo ministério da educação.

Reformulada em 2014, intenciona mudar o perfil formativo visando à formação de profissionais mais preparados para atuar no SUS e por outro lado induzir as IES a assumir responsabilidade social com o sistema público de saúde (Machado, 2021). Entre suas deliberações, destaca-se o aprendizado voltado para a integralidade do cuidado, a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) e aprendizado baseado em competências. No campo das concepções pedagógicas, o trabalho colaborativo em equipe de saúde com abordagem multidisciplinar, bem como a adoção de metodologias de ensino inovadora e a integração ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2014a).

As DCNs refletem as políticas educacionais do país. Elas são fundamentais para garantir a consistência e a qualidade dos cursos de graduação, bem como para

promover a diversidade e a adaptação às necessidades da sociedade e do mercado de trabalho. As políticas educacionais⁴ constituem-se das políticas sociais. E, pensando na área da saúde, está intimamente relacionada com as políticas para a saúde. A palavra política, em seu sentido específico, pode representar a administração do Estado pelas autoridades e especialistas governamentais, as ações da coletividade em relação a tal governo, as atividades dos políticos ou dos especialistas em política (Padilha, 2005).

O processo de definição de políticas públicas para uma sociedade reflete os conflitos de interesses, os arranjos feitos nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade como um todo. São formas de interferência do Estado, visando a manutenção das relações sociais de determinada formação social (Höfling, 2001). O estudo dessa conjuntura pode revelar os anseios e demandas sociais quanto à educação, bem como o projeto social ou político que se quer concretizar por meio das ações do Estado.

O currículo, peça fundamental das políticas educacionais, desempenha um papel central em qualquer empreendimento educacional, e nenhuma política ou reforma na área da educação pode ser bem-sucedida sem lhe dar a devida importância (Lopes, 2004). Toda política curricular é composta por propostas e práticas curriculares, e assim como os seus fatores influenciadores, não sendo possível separar completamente ou ignorar suas interconexões. Essas políticas envolvem um processo de seleção e produção de conhecimento, perspectivas de mundo, habilidades, valores, símbolos e significados, o que, por sua vez, influenciam as culturas que organizam o que é escolhido para ser ensinado.

Os currículos subnacionais, por outro lado, são aqueles que são definidos pelos estados e municípios, e que devem estar alinhados com as DCNs. Isso significa que os currículos subnacionais devem seguir as orientações estabelecidas pelas DCNs, mas também podem incluir conteúdos adicionais que sejam relevantes para a realidade local (Paula, 2020). Por definirem o que será ensinado, evita a arbitrariedade na escolha. Portanto, orienta, modela e limita a autonomia dos professores.

⁴ As políticas educacionais são um conjunto de ideias, expectativas, e tendências que se relacionam aos conceitos e às ações da categoria pública, expressando a multiplicidade e a diversidade de específicas intervenções em específico momento histórico, podendo ainda se desdobrar em outras políticas. É necessário compreender que todas as políticas públicas, inclusive as educacionais, estão vinculadas a um Estado que as define. Este Estado organiza-se em diferentes níveis de atuação e cada qual tem um papel na definição e execução das políticas. (VIEIRA, 2011)

Compreende uma “seleção organizada dos conteúdos a aprender, os quais, por sua vez, regulamentarão a prática didática que se devolve durante o ensino” (Sacristán, p. 17, 2013).

O currículo, portanto, é o instrumento capaz de conferir ordem (e governabilidade) ao processo de formação. Por um lado, estabelece um padrão mínimo do conteúdo, mas por outro seleciona o que deve ser ensinado. O currículo não é apenas um conjunto neutro de conhecimentos. Ele é “produto das tensões, conflitos e concessões culturais, políticas e econômicas que organizam e desorganizam um povo.” (Apple, 1995, p. 59).

O documento da instituição de ensino que fundamenta e sistematiza a organização do conhecimento no currículo é denominado proposta pedagógica curricular (PPC). Ele norteará a prática pedagógica. Para o curso de medicina as DCNs determinam que o PPC seja pensado contemplando uma formação médica mais alinhada com as demandas sociais e de saúde do país, buscando profissionais mais preparados e comprometidos com o bem-estar e a saúde da população brasileira.

Para isso, as DCNs definem ao PPC, as competências e habilidades essenciais ao exercício da medicina, com ênfase no raciocínio clínico, tomada de decisão, comunicação efetiva e trabalho em equipe. E indicam a realização das práticas, fundamentais para a profissão ao longo de sua formação desde os primeiros anos do curso, em diferentes cenários de APS. Para tanto, determinam uma abordagem por módulos ou ciclos, com projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador. E, estabelecem uma carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas, sendo mínimo de 35% de estágio curricular, e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização (Brasil, 2014a).

Mas para esse fim, é essencial que os profissionais formadores estejam preparados. Para formar profissionais capazes de compreender a realidade de forma abrangente, os formadores precisam estar capacitados para valorizar a interligação entre conhecimentos teóricos e práticos. Conceber os profissionais para essas carreiras requer uma formação sólida e a orientação de profissionais experientes. O professor deve ter competência de saber selecionar quais conteúdos são imprescindíveis para serem trabalhados com os estudantes, focando a capacitação

deles para aprenderem a buscar, selecionar, discriminar e elaborar a informação, transformando-a em conhecimento. Além disso, cabe ao professor saber comunicar atuando como facilitador para a compreensão dos estudantes (Cotta, 2023).

O manejo adequado dos conteúdos pelos docentes é um grande desafio. Giroux (2010), nos lembra que, o ensinar não é um empreendimento neutro. Ressalta a importância de o ensino ser um lugar de práticas morais e políticas, cujo objetivo rompe com o apenas introduzir os estudantes no grande arcabouço de ideias e de tradições intelectuais diversas. Envolve, na sua prática, o diálogo crítico, análise e compreensão de conhecimentos herdados.

Educar não é, então um ato ingênuo; de acordo com Pimenta (2002, p.16): “o trabalho docente está impregnado de intencionalidade, pois visa a formação humana por meio de conteúdos e habilidades, de pensamento e ação, o que implica escolhas, valores, compromissos ético”. A educação não se dá apenas por questões de trabalho e economia, mas também questões de justiça, liberdade social, capacitação para uma atuação democrática, de ação e de mudança, bem como a questões de poder, exclusão e cidadania.

A prática educativa apresenta como princípios formar pessoas, constituir sujeitos e identidades. Deve-se ocupar da formação humana na subjetividade com autonomia e responsabilidade, adequado para o trabalho num contexto social mais amplo. Libâneo (1998), salienta que a nova escola precisa deixar de ser meramente uma agência transmissora de informações e se transformar num lugar de análises críticas e produção de informações com atribuição de significados. Nesta escola os estudantes aprenderiam a buscar informações e os elementos cognitivos para analisá-las criticamente e darem a ela significado pessoal, ou seja, internacionalizar instrumentos cognitivos (saber pensar). Além do preparo para o uso das tecnologias e desenvolvimento das capacidades operativas.

Segundo Ausubel (1968), a aprendizagem significativa ocorre quando um indivíduo consegue incorporar novas informações às que já estão presentes em sua estrutura cognitiva, chamadas de "subsúcores". Isso requer disposição para aprender e um conteúdo que faça sentido para o aprendiz. A interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio leva a uma compreensão mais profunda e consistente. Ausubel, enfatiza a importância de conectar novos conhecimentos ao conhecimento prévio dos alunos, tornando o processo educacional mais relevante,

duradouro e aplicável. A compreensão profunda e integrada dos conceitos promove uma aprendizagem mais significativa e valiosa ao longo da vida.

Lee Shulman (2005), separa em três tipos de aprendizagens: uma aprendizagem cognitiva, na qual se aprende a pensar como um profissional; uma aprendizagem prática, na qual se aprende a agir como um profissional; e uma aprendizagem moral, na qual se aprende a pensar e agir de maneira responsável e ética. Incorporar essas aprendizagens de maneira integrada nos programas de formação permitiria aos estudantes tornarem-se profissionais completos e éticos em suas respectivas áreas.

Enfatiza que a aprendizagem cognitiva envolve o desenvolvimento do pensamento e raciocínio próprios daquela área. Os estudantes aprendem a pensar de maneira crítica e a resolver problemas específicos da profissão. Isso inclui o domínio de conhecimentos teóricos, conceituais e práticos constituintes na prática profissional. Aprendizagem prática está centrada na ação e na prática profissional. Os estudantes não apenas adquirem conhecimentos teóricos, mas também desenvolvem habilidades e competências práticas fundamentais para a execução eficaz das tarefas da profissão. Isso pode envolver estágios, simulações, treinamento prático e outras atividades que imitam a realidade profissional.

A aprendizagem moral refere-se à internalização dos valores éticos e morais inerentes à prática profissional. Os estudantes são orientados a refletir sobre as questões éticas e responsabilidades associadas à sua futura profissão. Isso inclui a compreensão de princípios éticos, normas profissionais, dilemas éticos e a adoção de comportamentos éticos em suas interações profissionais. Essas três dimensões de aprendizagem são fundamentais para a formação eficaz de profissionais, ajudando a moldar uma compreensão integral da prática profissional, que vai além do mero domínio do conhecimento teórico.

Percebe-se, na interlocução desses autores, que as teorias se complementam desde que o formador (professor) promova essa mediação. Vivenciar o problema na prática desperta o interesse pelo assunto, aprendendo a pensar de maneira crítica e a resolver problemas específicos. Ao mesmo tempo, orienta a postura profissional adequada para agir de maneira responsável e ética. Correlacionar a teoria com a prática, permite aos estudantes construir a aprendizagem por meio da mediação com experiências prévias. Dessa forma, a aprendizagem significativa configura-se como

uma corrente pedagógica a ser abordada nos cursos da área da saúde, de forma que o estudante consolide seu conhecimento e possa utilizá-lo em sua vida profissional no futuro.

O ensino médico faz parte das profissões que lidam com pessoas em seu cotidiano e, conseqüentemente, com a inconstância e imprecisão. Ao vincular o ensino com a prática, os formadores precisam estar preparados para enfrentar a incerteza e imprevisibilidade das atividades a serem desenvolvidas. Schön (1983) destaca a importância de uma formação que vá além da simples transmissão de conhecimentos e técnicas, enfatizando a necessidade de desenvolver a capacidade de lidar com a complexidade e a incerteza inerentes à prática profissional.

Nesse modelo, os professores, de transmissores da informação, passam a facilitadores do processo de aprendizagem, no qual aprender a aprender e o aprender fazendo transpõe e supera a memorização de fatos, conforme o pensamento de John Dewey⁵. Ao conectar o ato educativo ao contexto e a realidade que cerca o educador e o educando e dá sentido ao ato de ensinar e aprender, colabora para uma aprendizagem significativa.

Ainda que o educador não reconheça a concepção pedagógica que norteia a sua prática, ela existe e está a serviço, conectada com uma intencionalidade referenciada no contexto social e é determinada por meio das políticas. (Cotta, 2023). Quando o governo define através das diretrizes a concepção pedagógica que embasará os PPCs dos cursos revela sua intencionalidade. Ao vincular as práticas ao sistema público de saúde, determina o currículo.

Em concordância com esse movimento de modificação da formação e maior aproximação com a realidade social do país, a meta 12.7 do PNE 2014-2024 determina a necessidade de assegurar que no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação sejam cumpridos por meio de programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social. Em seu art. 4º, reafirma que “as atividades

⁵ Filósofo e pedagogo (1859-1952) norte americano que influenciou e ainda influencia o debate sobre a educação para a democracia. Para ele, o pensamento não existe isolado da ação. Desenvolveu a filosofia que dá unidade entre teoria e as práticas. John Dewey concebia o conhecimento e o seu desenvolvimento como um processo social, integrando os conceitos de “sociedade” e indivíduo onde a educação está centrada no desenvolvimento da capacidade de raciocínio e espírito crítico do aluno. Assim, o pensamento não existiria isolado da ação. A educação deve servir para resolver situações da vida e a ação educativa tem como elemento fundamental o aperfeiçoamento das relações sociais (Dewey, 1979).

de extensão devem compor, no mínimo, 10% (dez por cento) do total da carga horária curricular estudantil dos cursos de graduação, as quais deverão fazer parte da matriz curricular dos cursos” (Brasil, 2018).

O PNE estabelece as diretrizes, metas e estratégias para a educação no Brasil. Tem o objetivo de orientar as políticas educacionais do país, promovendo melhorias e avanços em diversos aspectos da educação, desde a educação infantil até a pós-graduação. Dentro do contexto do PNE 2014-2024, a extensão universitária transfigura uma estratégia para alcançar metas relacionadas à formação dos profissionais da saúde mais alinhada com as demandas sociais e de saúde do país, buscando a valorização da educação como um instrumento de transformação social e melhoria da qualidade de vida.

No Brasil, a evolução da extensão universitária foi marcada por um longo processo de transformação, abrangendo diversas fases, desde uma abordagem assistencialista inicial até a atual com ênfase na interação dialógica entre as instituições de ensino e os diversos setores da sociedade. A figura 1 demonstra a transformação da extensão universitária, inicialmente assistencialista, planejada como cursos de curta duração para a sociedade geral, ao momento atual em que acontece integrada ao processo formativo.

Figura 1: Linha do tempo da extensão universitária



As primeiras incursões esporádicas na extensão universitária foram documentadas em São Paulo, ocorrendo entre os anos de 1911 e 1917, com as primeiras universidades populares que se formaram em São Paulo e no Rio de Janeiro, além das escolas agrárias das cidades de Viçosa e Lavras, em Minas Gerais. Visavam proporcionar educação superior a uma parcela da população que historicamente não tinha acesso a esse nível de ensino. Essas iniciativas buscavam democratizar o acesso à educação superior e atender às demandas específicas das comunidades locais.

Na mesma época, em 1918, surgiu o chamado “Manifesto de Córdoba”, a partir de um levante de estudantes da **Universidad Nacional de Córdoba**, na Argentina. O documento é considerado um marco importante em defesa da autonomia universitária, da democratização do ensino superior e do papel da academia como agente de transformação social.

A primeira referência legal à extensão universitária, aparece durante o governo de Getúlio Vargas, no Estatuto das Universidades (Reforma Francisco Campos) em 11 de abril de 1931, por meio do decreto n. 19.851 com a oficialização da extensão universitária (BRASIL, 1931). Nos anos seguintes, até 1968, tem-se a institucionalização da extensão universitária por meio da oferta de cursos de curta duração à população em geral nos moldes das universidades europeias, a realização de conferências e a prestação de serviços na área rural, conforme a experiência norte-americana (Rocha, 1984).

A partir de 1968, com a reforma universitária, a concepção da universidade deixou de se limitar ao papel de simples instrução e formação de uma elite pensante, passando a ser um núcleo a partir do qual a propagação de ideologias se tornou possível. Nesse contexto, a extensão assumiu um importante papel de difusão das ideias, sendo apresentada como possibilidade de melhorar o padrão das massas. Passou a compor de modo efetivo o discurso governamental, associando-se à concepção de extensão como prestação de serviços (Rocha, 1984; Batista, 2018).

Do assistencialismo passou-se ao questionamento das ações desenvolvidas pela extensão; de função inerente à universidade, a extensão começou a ser percebida como um processo que articula o ensino e a pesquisa, organizando e assessorando os movimentos sociais que estavam surgindo. Pelo ensino se encontrariam formas de atender à maioria da população, através de um processo de

educação superior crítica, com o uso de meios de educação de massa que preparassem para a cidadania, com competência técnica e política.

O conceito adotado na atualidade passou a ser desenhado a partir do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão Universitária das universidades brasileiras (FORPROEX), em novembro de 1987, o qual propôs a concepção de extensão universitária, integrada a uma nova concepção de universidade pública e de seu projeto político-institucional. A extensão universitária passa a ser compreendida como uma ação da universidade junto à comunidade que possibilita o compartilhamento, com o público externo, do conhecimento adquirido por meio do ensino e da pesquisa desenvolvidos na instituição. É a articulação do conhecimento científico advindo do ensino e da pesquisa com as necessidades da comunidade onde a universidade se insere, interagindo e transformando a realidade social (FORPROEX,2012).

Este cenário, fortalece-se no ano de 2012 com o lançamento da PNE 2014-2024, que teve como norteador a PNE anterior, publicado em 1999. Por meio da meta 12, estratégia 12.7, a PNE estabelece a necessidade de “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social”. (Brasil, 2012)

O plano reafirma os objetivos pactuados ao longo da existência do FORPROEX, tendo como proposta a resignificação do ensino superior alinhado ao novo desenvolvimentismo e ao pacto social redistributivo, redefinindo a relação entre formação-pesquisa-inovação e ratifica o papel da extensão. Porém a formalização da extensão universitária nesses termos somente ocorreu por meio da resolução MEC/CNE/CES n.º 07, de 2018 (Brasil, 2018). No entanto, essa resolução fornece apenas diretrizes gerais para a curricularização da extensão, de forma a contemplar a autonomia universitária, deixando a cargo de cada instituição o estabelecimento de critérios específicos para o seu atendimento (Brasil, 2018).

Considerando a busca por novas estratégias de ensino para atender e atuar na sociedade que está em constante transformação, a extensão universitária surge como um terreno propício para a implementação das metodologias ativas de ensino. As DCNs endossam essa abordagem, estabelecendo-a como uma metodologia a ser seguida pelo PPC, conforme evidenciado nos art. 26 e 32 da III seção:

art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas (Brasil, 2014a)

As metodologias ativas são estratégias de ensino que têm por objetivo incentivar os estudantes a aprenderem de forma autônoma e participativa, por meio de problemas e situações reais, realizando tarefas que os estimulem a pensar além, a terem iniciativa, a debaterem, tornando-se responsáveis pela construção de conhecimento. Neste modelo de ensino, o professor torna-se coadjuvante nos processos de ensino e aprendizagem, permitindo aos estudantes o protagonismo de seu aprendizado. A integração das metodologias ativas e a extensão universitária apresentam um potencial significativo na melhora da qualidade do ensino e a possibilidade de contribuição das instituições de ensino superior para a sociedade.

Todavia, conforme evidenciado anteriormente na história da extensão universitária do Brasil, este é também um campo de disputa entre as concepções antagônicas de educação que se desenrolam no cenário do mercado da educação e culminam com uma educação conformada ao mercado (ensino-capacitação). Diniz (2012, p.10) nos lembra que: “A relação entre a extensão universitária e as políticas públicas está localizada, predominantemente, no âmbito da interação entre Estado, universidade e sociedade”.

Para assegurar que a extensão universitária cumpra a sua função de trazer sentido ao ensino e não se restrinja a uma perspectiva meramente assistencialista ou de prestação de serviços em favor do governo, é fundamental que os critérios estejam alinhados com uma visão acadêmica que busque o comprometimento e a concretização das ações (Bezerra, 2022).

Alinhar o currículo da formação inicial a extensão, curricularização da extensão, possibilita a integração ensino-serviço e abordagem integral do processo saúde-doença para a reorientação da formação em saúde. Constitui um instrumento para responder às necessidades concretas da população brasileira na formação de profissionais, na produção do conhecimento e nas práticas de atenção à saúde, comprometidos com o fortalecimento do SUS.

Frente ao exposto, essa pesquisa parte dos seguintes questionamentos: Como a curricularização da extensão e a adequação às DCNs contribuem no processo formativo dos futuros médicos? Será que as modificações das políticas curriculares e a inserção da curricularização apresentam-se como imperativos conceituais da consolidação das propositivas governamentais visando atendimento das demandas do mercado? Ou possibilitará a mediação da realidade com a aprendizagem com a finalidade de atingir um nível de consciência dessa realidade, possibilitando a transformação social?

A relevância desta tese, entre outros aspectos, repousa na reflexão feita por Siqueira, ex-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que indaga:

A quem serve a educação médica? Devemos definir a quem serve a educação que estamos promovendo na Escola Médica e quem dela se serve. Ou a educação serve àqueles para os quais a escola foi criada – que é o cidadão –, ou está servindo apenas aos que dela obtêm proveito particularizado. A quem a Escola Médica quer atender? Aos interesses da indústria produtora de insumos para a Saúde e das instituições que exploram o trabalho dos profissionais médicos, ou às necessidades sociais? Dependendo de nossa opção, que, evidentemente, não é neutra, mas fruto de nosso direito de livre arbítrio, os rumos da formação médica serão bem diferentes. E conformarão também a resposta ao tipo de profissional que queremos formar: técnicos médicos, ou cidadãos médicos (Siqueira, 2001, p. 7).

Para trazer as aproximações com a investigação, há que se fazer um recorte identitário e biográfico acerca do encontro da pesquisadora para com a temática, posto que iniciei meu processo formativo na Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 1997, sob uma formação pautada no ensino médico sustentado no modelo dos anos de 1980, logo, faço parte da última turma do currículo tradicional. No modelo tradicional, ou flexneriano⁶, o ensino centra-se no professor, sendo a medicina focada na doença, e não no paciente um sujeito completo “um todo”. A UEL, naquele

⁶ Decorrente do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 1910, conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Ele permitiu na época reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, introduzindo a racionalidade científica. O modelo caracteriza-se ainda pelo biologicismo e mecanicismo das práticas assistenciais, pela especialização do conhecimento, pela negação do saber popular e das práticas alternativas de cuidado, bem como pela ênfase na cura e medicalização da sociedade (Rego, 2005; Pereira; Lages, 2013).

momento, trocava o currículo tradicional para o modelo *Problem Based Learning* (PBL).

O PBL consiste em uma metodologia ativa de ensino, em que um problema constitui a base para o aprendizado. Os estudantes resolvem problemas em pequenos grupos, sob a supervisão de um tutor. O ensino deixa de ser centrado no professor e passa a ser centrado nos estudantes. Pude vivenciar um pouco dessa “nova” metodologia, pois algumas das disciplinas do meu curso já foram ministradas nesse modelo. Também observei as mudanças se materializando nas turmas subsequentes. E conseqüentemente surgiram os questionamentos: Qual era melhor? O novo ou o velho? O que fazemos ou o que os calouros fazem?

Após o término da faculdade, passei por três cursos de especialização. Dois cursos foram realizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP) e um realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). No HCFMRP-USP, fiz residência médica em pediatria por 2 anos; e, 1 ano de especialização em genética médica na sequência. Após, no HC-UFPR, fiz por 2 anos especialização em dermatologia pediátrica, uma subárea da pediatria. Esses cursos na ocasião estavam amparados na metodologia tradicional, centrada no professor e com visão hospitalocêntrica. Os questionamentos e comparações ainda persistiam. Nesses “novos lugares”, pude conviver com pessoas de outras faculdades e regiões do país. Dentre esses, predominava a formação tradicional, porém também haviam pessoas vindas de diferentes processos formativos.

Após terminar a terceira especialização, comecei a trabalhar na UEM, em 2007, inicialmente como professor temporário e após 6 meses, professor efetivo. Nesse momento, surgiu a necessidade de “aprender a dar aula” e para tanto, busquei o mestrado. Realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEM como a dissertação “Recoleta do teste de triagem neonatal e suas implicações”, finalizado em 2009. E, 12 anos se passaram até iniciar um novo caminho. Nesse período, necessário para amadurecimento pessoal e profissional, casei, deixei de ser filha e passei a ser mãe. Vivi momentos felizes, mas também vivenciei o processo de morte do meu avô materno, após da minha avó materna; e, por fim do meu irmão. Processos lentos em decorrência da idade e também por doenças crônicas. Essas

últimas, ainda sem tratamento efetivo conhecido, sendo o tratamento paliativo a opção na ocasião.

E, no meio de tudo isso, uma crise sanitária, o COVID-19. Sem precedentes na história, forçou ao isolamento das pessoas. Toda a educação e suas metodologias tiveram que ser repensadas e aquelas inquietações lá da graduação voltaram à tona. Agora, a pesquisadora não estava mais na posição de estudante, mas na posição de coordenadora do curso e, no meio do processo de modificação das políticas educacionais. Como conseguinte, trazer à pauta acadêmica essa discussão, tornou-se consequência de uma inquietação vinculada a formação da pesquisadora enquanto profissional médica e professora do curso de medicina, principalmente, a partir da atuação como coordenadora do curso de Medicina da UEM que fez emergir a necessidade de aprofundamento na área da Educação e da formação inicial do futuro médico.

A educação médica permanece um desafio. A sociedade atual, em permanente mudança, requer que profissionais médicos sejam tecnicamente competentes, humanos e capazes de resolver problemas em contextos situacionais diferentes. Para compreender as transformações ocorridas no ensino médico brasileiro ao longo das últimas décadas, é fundamental compreender as alterações nas políticas que ocorreram em diversos cenários. As discussões e as propostas para o ensino médico ocorrem em sintonia com os movimentos educacionais e os específicos de reformulação do campo de atuação dos profissionais de saúde.

Para isso, a tese analisa as interfaces das políticas relacionadas ao processo formativo do futuro médico com o objetivo de identificar não apenas as fragilidades, mas também as potencialidades da curricularização da extensão e seus impactos na construção da identidade profissional.

1.1 A ESCOLA MÉDICA E AS DIRETRIZES CURRICULARES: DO MODELO DE SOCIEDADE AO MODELO DE MÉDICO IDEAL

A história do ensino médico no Brasil remonta ao século XIX, quando os estudantes buscavam formação em Portugal. A primeira instituição formal de ensino médico no país foi estabelecida em 1808, na Bahia, chamada Escola de Medicina e Cirurgia. Sua criação coincidiu com a chegada da família imperial, seguida pela fundação da Escola Cirúrgica no Rio de Janeiro. Ambas as escolas foram fortemente

influenciadas pelo sistema acadêmico português, enraizado na tradição escolástica europeia da Idade Média, e caracterizadas pela presença de elementos da fé cristã (Rego, 2005).

O currículo estava fundamentado nos padrões europeus, sem considerar as peculiaridades locais, com os estudantes atuando como aprendizes sob a orientação de médicos-tutores e adquirindo formação por meio do contato direto com a prática profissional (Batista, 2004). A criação das escolas médicas no Brasil propiciou a elaboração do currículo voltado às necessidades locais e na qualificação dos médicos brasileiros. Inicialmente, o processo formativo consistia em dois cursos, médico e cirúrgico, ambos com duração de quatro anos. Em 1813, houve a primeira reforma educacional, estendendo a duração dos cursos para cinco anos.

Em 1832, por ato da Regência Trina, as escolas médicas foram denominadas de Faculdades e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Essa duração relativamente longa dos cursos médicos era uma indicação da complexidade e da amplitude do conhecimento pertinente para a prática médica na época. A unificação dos cursos clínicos e cirúrgicos ocorreu em 1884, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas e sua duração estendida para oito anos (Rego, 2005; Neves, 2005).

A criação da universidade, em parte, pode ser atribuída ao processo de industrialização que se iniciava no país e que ganhou força devido à crise mundial de 1929. A crise do café nos anos subsequentes exigiu uma rápida e efetiva política estatal de defesa da renda e do emprego. Dado que a economia brasileira ainda era predominantemente voltada para a agro exportação, a política de industrialização se apresentou como a solução para superar essa crise (Cano, 2015). Assim, a política nacional de desenvolvimento impulsionou a indústria brasileira, crescendo a necessidade de formação de mão de obra qualificada.

Como resultado desse cenário, a criação da primeira universidade brasileira ocorreu em 1934, com a fundação da Universidade de São Paulo (USP). Seguindo o modelo acadêmico e institucional francês, influenciado pelos princípios iluministas e conhecido como napoleônico, centrado na razão. Durante esse período, a universidade passou a ser concebida como um conjunto de escolas e faculdades voltadas para a formação profissional, caracterizadas pela falta de coesão, e a pesquisa científica não era considerada uma prioridade.

Além disso, sob a influência do ensino superior europeu, essas instituições estabeleceram currículos e métodos de ensino. O estudo foi dividido em disciplinas específicas e cátedras. Surgem os primeiros conceitos da memorização do conteúdo no lugar do pensamento crítico, da resolução de problemas e da atualização constante do conhecimento por meio da autoaprendizagem (Batista, 2004).

Em 1964, um golpe militar derrubou o governo de João Goulart, e um regime militar assumiu o controle do país, estabelecendo um novo momento nas relações entre o Brasil e os Estados Unidos. Esse alinhamento foi considerado fundamental para a segurança coletiva regional e, muitas vezes, para o equilíbrio entre os países na América Latina. O ministro das Relações Exteriores, Juracy Magalhães (1966-1967), chegou a afirmar que “o que é bom para os Estados Unidos deve ser bom para o Brasil”, marcando a influência norte-americana no país (Milani, 2011).

Na reforma universitária concretizada nesse período, em 1968, Anísio Teixeira introduziu o conceito norte-americano de educação superior no Brasil. O CNE, ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo (Neves, 2005). Resultou na abolição das cátedras, introduzindo a estrutura departamental, um núcleo básico obrigatório para todos os cursos na área da saúde e um ciclo profissional, oficializando o modelo flexneriano (Batista, 2004, Rego, 2005).

O currículo efetivou-se como delinear-disciplinar (ou tradicional). Caracterizado por ser um conjunto de disciplinas justapostas que, geralmente, não mantêm relações entre si. A estrutura rígida em que é formulado, apresenta um corpo docente com foco estrito em sua área de atuação, o que reproduz, mesmo que de forma inconsciente, um conceito fragmentador. Separa-se a teoria e prática, um ciclo básico e outro profissionalizante, predomina a exposição do conteúdo pelo professor e a memorização dele pelos estudantes. Espera-se ao longo do processo que o próprio estudante construa as sínteses necessárias em torno das temáticas (Batista, 2004).

Esse modelo privilegia a formação científica de alto nível e estimula a especialização profissional e ocorre predominantemente nos hospitais universitários. Para isso é dividido em disciplinas separadas, o que resultou na fragmentação do aprendizado e no caso do ensino médico, a especialização precoce. Os profissionais formados nesse sistema têm sólido conhecimento técnico sobre processos patológicos, mas às vezes enfrentam desafios na transferência adequada desse

conhecimento para a prática médica na realidade social em que atuam (Batista, 2004).

Esta conformação de ensino hospitalar pode ser entendida como um reflexo do modelo de assistência vigente e da estrutura do mercado de trabalho em saúde da época (ambos denotam claramente que o local de trabalho do médico é o hospital). Nesse momento, o sistema público de saúde do país tinha ações dirigidas aos hospitais e à saúde individual dos trabalhadores formais, estando a cargo dos institutos de pensão (Paiva, 2014). Importante notar que a maioria dos cursos de medicina no Brasil ainda está organizada de acordo com o preconizado pela resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969. (Batista, 2004, Rego, 2005)

Na década de 1970, após uma fase de grande crescimento econômico, o mundo viveu uma recessão econômica mundial devido à crise do petróleo. A dívida externa, o desemprego e a desigualdade social crescente aumentaram o questionamento quanto ao sistema de governo. Em resposta, nos anos seguintes, acelerou-se a implantação do neoliberalismo em diferentes nações. A Inglaterra e os Estados Unidos, seguindo a escola econômica de Chicago, adotaram medidas de austeridade, destacando a redução dos investimentos na área social, ou seja, no que se refere à educação, saúde e previdência social, próprias da Teoria do Capital Humano, em que humanizar torna-se o oponente da carência do ser humano, dando lugar à valoração do que o este pode produzir. Conseqüentemente, a educação médica teve de ser repensada tendo em vista as necessidades da sociedade.

Nesse contexto, surgiram, no cenário mundial da educação e da prática médica, duas novas abordagens de ensino, frequentemente referidas como formas de metodologias ativas. Uma essencialmente clínica – a *Evidencie Base Medicine*, Medicina Baseada em Evidências (MBE) e sua derivante *Evidencie Base Learning*, e outra pedagógica, a PBL. Advieram a partir de inquietações e necessidades vivenciadas na experiência pessoal de profissionais de saúde (principalmente médicos) e de movimentos políticos de organização de sistemas de saúde com cobertura universal, muito em função da demanda generalizada por mudanças na formação profissional. Buscava-se aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados à população e diminuir os custos operacionais dos processos de prevenção, tratamento e reabilitação.

A teoria da prática clínica baseada em evidências surgiu na Inglaterra, durante a consolidação do Sistema Nacional de Saúde (NHS, na sigla em inglês), sendo patrono o médico escocês Archibald Cochrane, pioneiro da epidemiologia clínica, da microeconomia da saúde e da “medicina centrada na pessoa”. A proposta de PBL, foi inicialmente implantada na Universidade McMaster em Hamilton, Canadá, em 1964, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e uma profunda reforma no ensino médico no contexto do famoso Relatório Lalonde⁷, organizado pelo epidemiologista e clínico norte-americano David Sackett (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021; Santos, 1994).

Essas abordagens contribuíram para ampliar a discussão acerca das relações entre ensino e prática da medicina, assumindo papel de destaque nas reformas curriculares no período pós-guerra e ainda influenciam os modelos de formação e práticas de cuidado em saúde (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021; Santos, 1994). A partir dos anos 1990, a MBE alcançou abrangência mundial, em especial com a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica (INCLLEN), apoiada por investimentos consistentes e massivos da Fundação Rockefeller (White; Williams; Greenberg, 1996), e com a *Cochrane Collaboration*, movimento internacional fundado por Iain Chalmers em 1993 para compartilhamento de informação clínica validada cientificamente (Clarke; Chalmers, 2018).

A discussão sobre o ensino médico se aprofundou na Europa e nas Américas, gerando propostas de revisão curricular e de novas práticas pedagógicas. As narrativas centram-se no propósito de modificar a estrutura de preparação de profissionais da saúde focalizando, particularmente, o atendimento de saúde voltado para a comunidade e visando a integralidade do sujeito e do sistema. Dos questionamentos sobre o modelo de formação profissional na saúde destaca-se a formação de profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais e o isolamento do mundo do trabalho.

No Brasil, esse movimento de questionamentos acerca da formação médica, ganha corpo por meio da ABEM⁸. Fundada em 1963 em meio às tratativas e

⁷ O Relatório Lalonde, assim denominado pelo Ministro da Saúde Marc Lalonde, foi produzido em 1974 no Canadá e é reconhecido como o primeiro relatório governamental ocidental a considerar que a assistência médica focada em tratar doentes é insuficiente para garantir a saúde populacional, apontando a necessidade de incluir a prevenção de doenças (Lalonde, 1974).

⁸ A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) é uma entidade que atua na promoção e desenvolvimento do ensino médico no Brasil. Desde a sua fundação em 1963 tem desempenhado um

articulações para cooperação entre países do continente americano, que também levariam à fundação da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) no mesmo ano, com a missão de: “desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária” (Nemi, 2022, p.5).

Em 1988 e 1993, foram realizadas, em Edimburgo, a 1ª e 2ª Conferências Mundiais de Educação Médica, respectivamente, sob a organização da OMS e o patrocínio da UNESCO, UNICEF e Banco Mundial. Antes desses eventos, a Federação Mundial de Educação Médica (WFME)⁹ e suas associações regionais, como a ABEM e a FEPAFEM, conduziram reuniões preparatórias com o objetivo de estabelecer metas para aprimorar a qualidade do ensino médico, a serem apresentadas nas conferências. Como resultado desse esforço colaborativo, surgiu a Declaração de Edimburgo¹⁰ (anexo 1), que viria a nortear as transformações curriculares implementadas nas décadas subsequentes. (Paho; Paho/Who; Pafams, 1993).

Na primeira conferência, a análise se centrou nas dimensões educacionais (curriculares) da prática universitária, nas implicações individuais da prática profissional e na extensão dos espaços institucionais de formação (Paho; Paho/Who; Pafams, 1993). A Conferência seguinte examinou os problemas que afetavam a educação médica. No documento revisado, várias propostas foram feitas para as escolas médicas, no sentido de aprimorar a formação médica. Propunham um envolvimento mais amplo da sociedade, que incluía serviços de saúde, os ministérios

papel fundamental na promoção de mudanças positivas no ensino médico no Brasil, contribuindo para a formação de médicos mais capacitados e comprometidos com a saúde da população. (https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Abem_60anos_site.pdf)

⁹ A WFME (World Federation for Medical Education) foi criada em 1972 pela Associação Médica Mundial (WMA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É uma organização não governamental sem fins lucrativos e trabalha para apoiar os cuidados de saúde para todos, através da promoção de alta qualidade na educação médica para a força de trabalho médica atual. Possui relação oficial com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e representa a educação médica e a formação em todo o mundo. (<https://wfme.org/about-wfme/>)

¹⁰ A Declaração de Edimburgo, promulgada em 1988 durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, representa um marco importante no campo da saúde global. Destaca a importância da equidade no acesso aos cuidados de saúde, a humanização no atendimento e a consideração dos custos associados à prestação de assistência. Ressalta também a necessidade de abordagens integradas e abrangentes para a saúde, indo além da simples cura de doenças e enfatizando a prevenção e a promoção da saúde (SOBRAL, D. T.. RETROSPECTIVA DA CÚPULA DE EDIMBURGO: SUBSÍDIOS PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 18, n. 3, p. 103–110, set. 1994).

da saúde e educação, no sentido de coordenar os projetos de formação médica com o setor, além de articular a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade, treinamento para o trabalho em equipe, definição de responsabilidades e alocação recursos para a educação médica continuada (Paho; Paho/Who; Pafams, 1993; Walton, 1993).

Na esfera das políticas de saúde, simultaneamente ao movimento de reformulação da educação médica, intensificaram-se os processos de discussão e construção coletiva em torno dos conceitos fundamentais relacionados à promoção da saúde. Essas iniciativas foram implementadas em diversas partes do mundo, resultando na elaboração de documentos orientadores para os gestores, administradores e profissionais da saúde. A declaração de Edimburgo e o relatório Lalonde estabeleceram os alicerces para a convergência dos movimentos, visando à configuração de um novo paradigma que foi formalmente delineado durante a Conferência de Alma-Ata¹¹, ocorrida em 1978.

Em Alma-Ata, emergiu a visão de alcançar “Saúde Para Todos no Ano 2000” por meio da estratégia da APS. Como ponto resultante dessa conferência, organizada pela OMS e UNICEF, destaca-se a descentralização do atendimento hospitalar para a atenção primária e explicita o modelo de saúde para todos. Define-se a atenção primária como uma estratégia a ser ofertada a toda a população trazendo a ideia da universalidade no contexto de um sistema de saúde.

O documento também propõe as articulações intersetoriais e reafirma o conceito de saúde como direito fundamental de todo ser humano abrangendo o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade (Saúde; Saúde; Saúde, 2002). Esta abordagem ganhou notoriedade significativa durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde¹², realizada alguns anos após, em 1986, em Ottawa, Canadá. Na

¹¹ Conferência de Alma-Ata é frequentemente tratada como uma espécie de evento fundador da saúde coletiva. Destacou a necessidade de sistemas de saúde universais e concebeu a saúde como um direito humano. O pacto assinado entre os 134 países membros da OMS durante a conferência, conhecido como Declaração de Alma-Ata, propôs a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar, com o envolvimento de médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como com a participação social na gestão e no controle das suas actividades (PISCO, L.; PINTO, L. F.. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1197–1204, abr. 2020) .

¹² A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi um marco significativo ao apresentar a Carta de Ottawa, documento que delineou uma

ocasião foi proclamada a Carta de Ottawa (anexo 2), consolidando os princípios e compromissos dessa nova perspectiva de promoção da saúde.

Uma das principais contribuições da Carta de Ottawa foi sua influência na reorientação dos serviços de saúde com foco na promoção da saúde e na prevenção. Afastando cada vez mais da abordagem tradicional centrada na cura e tratamento de doenças. Esse novo enfoque, não apenas resultou em uma mudança de mentalidade na profissão médica, mas também na forma como os sistemas de saúde passaram a ser estruturados e implementados (Brasil, 2002).

Na década de 1970, teve início no Brasil o movimento conhecido como reforma sanitária. Esse movimento destacou-se por sua resistência ao autoritarismo e pela crítica às deficiências do modelo de atenção oferecido pelo complexo médico-industrial. Além disso, defendeu de maneira veemente a integração da saúde pública e da assistência médica sob a égide de um único ministério. A Carta de Ottawa e a reforma sanitária no Brasil são marcos significativos que exerceram considerável influência na perspectiva e no desenvolvimento da saúde pública.

Ambas as abordagens enfatizaram a importância da prevenção, da promoção da saúde e da inclusão social como elementos fundamentais para o desenvolvimento de sistemas eficazes e justos. Um marco significativo desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nesse evento, delineou-se a criação de um sistema de saúde público que abraçasse uma definição ampliada de bem-estar, ancorada na ideia fundamental de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”.

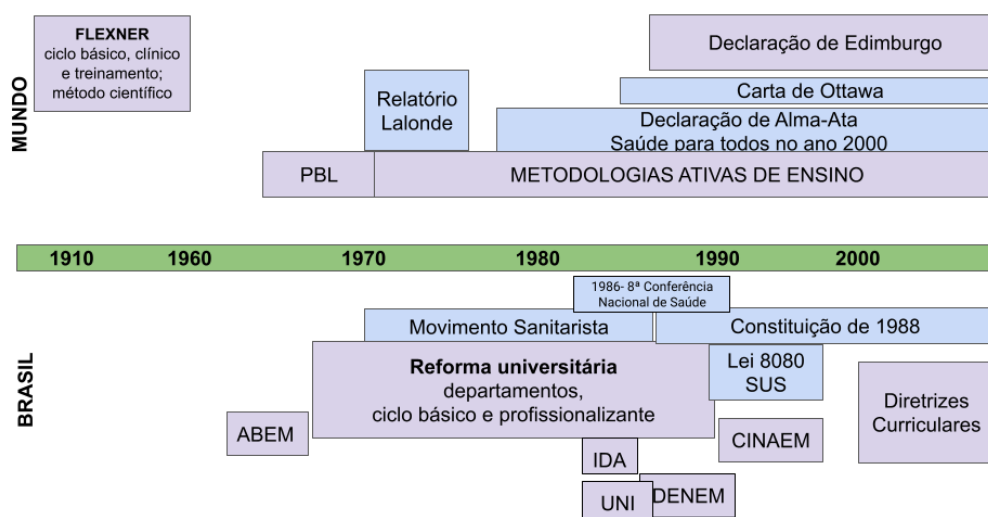
Essa conferência foi importante no processo de concepção de um novo paradigma de saúde pública. O fruto desse processo foi a consagração do SUS na Constituição Federal de 1988. (Brasil, 1988). Coincidindo com uma época de profunda transformação política no Brasil, em que o país estava se recuperando da mudança de regime político e lidando com uma considerável dívida externa. Ademais, a economia estava mergulhada em um período de recessão, aumentando os desafios.

visão ambiciosa: alcançar a Saúde para Todos até o ano 2000 e anos subsequentes. Este documento, conhecido como Carta de Ottawa, foi elaborado com a colaboração da OMS e da Associação Canadense de Saúde Pública. Estabelece a importância da coordenação entre diversos setores, a participação ativa da sociedade e a compreensão dos determinantes sociais que influenciam a saúde das populações(Brasil, 2002).

Ao analisar a história, tem-se o fato de que antes de 1988, o sistema público de saúde do Brasil atendia a quem contribuía para a previdência social. A saúde era centralizada e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. A população que poderia usar o serviço, recebia apenas a assistência médico-hospitalar. A Constituição modificou a política pública definindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A figura 2 apresenta de forma clara as transformações nas políticas educacionais e de saúde no Brasil e no cenário global, destacando sua evolução ao longo do tempo. Torna-se evidente a interligação desses movimentos e como têm se consolidado de maneira progressiva. Inicialmente as mudanças embasam uma nova metodologia de ensino, “medicina centrada na pessoa” tendo como ponto central a prevenção e promoção da saúde. E, posteriormente, orientam o perfil formador do profissional da saúde voltado para a rede básica de atendimento.

Figura 2: Linha do tempo dos movimentos educacionais e das políticas para a saúde no mundo e no Brasil entre os anos 1910 a 2001



Fonte: Elaborada pela autora (2024), adaptado de Pavan *et al.* (2019).

O que em um primeiro momento pareceu ser uma conquista com a ampliação do acesso à saúde, quando analisado junto ao contexto mundial (figura 2), observa-se tratar de um reflexo da mudança da política para o neoliberalismo, muito semelhante ao que ocorreu na Inglaterra alguns anos antes. No modelo de gestão

neoliberal, o estado diminui suas responsabilidades em relação à saúde, passando a ser apenas o regulador do processo. Para diminuir os custos, diminui a participação do governo e investe na descentralização do atendimento. Diminui o investimento na medicina hospitalocêntrica, no serviço especializado e de alto custo, mudando o foco para a “promoção da saúde” e, conseqüentemente, para a atenção primária e medicina preventiva.

Para viabilizar a efetivação da mudança no modelo assistencial de saúde, foi promulgada a lei nº. 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Essa legislação regulamentou o SUS e incumbiu o ministério da saúde da responsabilidade de impulsionar e coordenar o processo de formação de profissionais para essa nova estrutura de saúde.

A adequação da formação médica no Brasil à estratégia de atenção primária de saúde já vinha sendo discutida desde a Conferência de Alma Ata e se intensificou durante esse processo. Conseqüentemente a lei nº. 8.080/1990 e com o objetivo de alinhar o perfil dos profissionais às demandas do SUS, os cursos pertinentes a essa área, incluindo os de medicina, passaram, a partir desse momento, a adaptar sua abordagem pedagógica. Isso visava favorecer a integração dos conhecimentos e promover atividades práticas em todos os níveis do sistema público de saúde (Brasil, 1990).

A mudança do paradigma de saúde, para uma medicina preventiva e integrada à formação, não aconteceu somente no Brasil. Durante esse período, no Brasil e em várias nações latino-americanas, surgiram projetos inovadores de integração entre o ensino acadêmico e a prática assistencial na área da saúde, identificados pela sigla IDA (Programa de Integração Docente-Assistencial). Esses projetos pioneiros deram origem a uma experiência que marcou profundamente a forma como a saúde era abordada.

A partir de 1985, a fundação Kellogg desempenhou um papel fundamental, fornecendo apoio e impulso a essas iniciativas, que gradativamente se conectaram para formar o que hoje conhecemos como Rede IDA. Entre os projetos integrantes da Rede IDA, um merece destaque especial: o programa UNI (PROUNI) – Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade.¹³ Esse

¹³ O Programa UNI representa uma iniciativa de cooperação entre as instituições participantes dos projetos e de colaboração com a OPS/OMS e com o “Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences”. O Programa foi implantado em Universidades de vinte e três cidades

programa, também alavancado pelo financiamento da fundação Kellogg e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apresentou uma abordagem inovadora na formação de profissionais de saúde.

Através do PROUNI, estabeleceu-se uma conexão direta entre os futuros profissionais de saúde e as comunidades nas quais eles iriam atuar. Essa abordagem proporcionou uma compreensão do cenário real da saúde da população, ao mesmo tempo em que permitiu que os estudantes adquirissem experiência prática desde os estágios iniciais de sua formação.

A colaboração entre a fundação Kellogg e a OPAS foi fundamental para o sucesso desses projetos. A combinação de financiamento sólido com orientação e expertise técnica resultou na consolidação de uma nova abordagem de assistência para a formação de profissionais de saúde e, por extensão, para a qualidade dos serviços prestados à comunidade (Machado; Caldas Júnior; Bortoncello, 1997).

No entanto, embora tenham ocorrido avanços significativos, grande parte da realidade e do descontentamento permaneceu inalterada, e a divisão do processo de trabalho ainda podia ser observada em diversas dimensões: a separação entre pensar e agir; a fragmentação de conceitos; o aumento constante de profissionais especializados, a fragmentação técnica; e as rígidas relações de hierarquia e subordinação (Gonzalez, 2010).

Em 1991, na busca por aprimorar a educação médica e fortalecer o sistema de saúde no Brasil, consolidou a colaboração entre a ABEM, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras nove instituições ligadas à profissão médica. Com o suporte financeiro da fundação Kellogg, estabeleceu-se a CINAEM, visando avaliar a qualidade da educação médica e promover avanços no sistema de saúde.

Na etapa inaugural deste projeto, foi realizada uma avaliação abrangente das escolas médicas brasileiras, utilizando um roteiro meticulosamente elaborado pela OPAS, que proporcionou um panorama completo do estado das instituições

da América Latina, a saber: Botucatu (SP, Brasil); Marília (SP-Brasil); Londrina (PR-Brasil); Natal (RN-Brasil); Brasília (DF-Brasil); Montevideo (Uruguai); Tucuman (Argentina); Temuco (Chile); Santiago (Chile); Sucre (Bolívia); Quito (Equador); Cali (Colombia); Rio Negro (Colombia); León (Nicarágua); México City (México); Colima (México); Monterrey (México); Merida (México); Barranquilha (Colombia); Maracaibo (Venezuela); Barquisimeto (Venezuela). O Programa UNI articulou a implantação de uma prática pedagógica inovadora, na formação de profissionais de saúde pela Universidade, uma mudança da prática de atenção à saúde no âmbito dos Serviços Locais de Saúde (SILOS) e um novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. (MACHADO, J. L. M. et al. UNI: a new initiative in the training of health professionals. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997).

educacionais na área da medicina. Este perfil detalhado serviu como base para futuras ações de aprimoramento (Cruz, 2004).

Em decorrência desses avanços e refletindo os movimentos transformadores que ocorreram nas décadas de 1980 e 1990, como o movimento IDA, a CINAEM, o PROUNI, e do esforço das associações como a ABEM e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), a partir de 2001, os ministérios da saúde e da educação uniram forças para formular políticas voltadas a impulsionar mudanças na formação dos profissionais de saúde e garantir uma distribuição mais equitativa desses profissionais pelo país.

Uma das medidas mais notáveis nesse processo foi a elaboração das DCNs de 2001 para os cursos da área da saúde. Elas redefiniram a maneira como a formação em saúde era conduzida trazendo um contexto formativo no qual buscava-se alinhar as práticas educacionais com o sistema de saúde, resultando em profissionais preparados para enfrentar os desafios contemporâneos e atender às demandas da população.

Quando analisamos o perfil formativo esperado de acordo com as DCNs de 2001, percebe-se um perfil muito semelhante ao delineado na 2ª Conferência Mundial de Educação Médica e o apresentado na Declaração de Edimburgo assim como o perfil esperado do profissional para Saúde para Todos no Ano 2000 da OMS.

Nos três casos, busca-se um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Com isso, espera-se também aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados à população. E, ao mesmo tempo, diminuir os custos operacionais dos processos de prevenção, tratamento e reabilitação.

As instituições de ensino, em resposta às DCNs, vêm trabalhando com diversas estratégias de aprendizagem, com a finalidade de adequar o perfil profissional conforme a realidade local e nacional em concordância com as diretrizes. Porém, como alerta Bauman (2005, p. 55), a construção de uma identidade profissional não envolve apenas uma “escolha da profissão ou de obtenção de diplomas, mas de uma construção pessoal e de uma estratégia identitária que mobilize a imagem de si, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos”.

A identidade profissional assenta-se por meio da interação social entre todos os atores do campo profissional, permitindo-lhes desenvolver uma identidade própria do seu grupo profissional. A este nível, o reconhecimento social é elaborado na ação

e na comunicação profissional e estas são especificadas pelos contextos de intervenção, pelos atores significantes e pelos objetos da prática profissional.

Isto significa, portanto, que uma parte da identidade profissional se constrói pela experiência, isto é, no exercício concreto da prática profissional em interação permanente com outros profissionais e forjada na diversidade de 'acordos' e 'desacordos' entre a identidade virtual (proposta ou imposta pelo outro) e a identidade real, interiorizada pelo indivíduo.

Deve-se considerar que a formação identitária implica na triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, concretizada nos espaços de ensino, pesquisa e extensão que envolvem os condicionantes relativos à missão institucional (Bauman, 2005). Envolve o processo de desenvolvimento curricular, o planejamento de ensino, a interação professor-estudante, a produção de conhecimento sobre a própria função e a atividade assistencial. Esse processo é complexo e compreende a aquisição e o desenvolvimento de diferentes habilidades, competências e atitudes.

Como reflexos do currículo flexneriano, que regia as escolas médicas antes das alterações propostas, o perfil identitário predominante refere-se a medicina praticada no consultório ou hospital e centrada no profissional e na doença. Uma medicina em que há a valorização da subespecialização em detrimento da medicina integrativa. Cenário favorecido pela organização dos processos de trabalho em torno da doença (Rego, 2005; Silva *et al.*, 2018).

A partir desse momento, lidamos com os efeitos negativos deste processo. O trabalho médico tornou-se uma linha de produção, em que as necessidades dos pacientes são secundárias às necessidades de sua doença, o que causa prejuízos terapêuticos para o paciente, ansiedade e sofrimento para o médico, além do alto custo desse processo (Pagliosa; Da Ros, 2008).

De acordo com as DCNs, propostas para o curso de Medicina em 2014, o currículo médico deve ser um processo contínuo devendo abordar não só o ensino técnico e científico, mas também favorecer o desenvolvimento de uma identidade profissional, aliada às transformações culturais e filosóficas somadas aos avanços científicos e o uso da tecnologia.

Essas modificações reforçam o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanista e crítica com capacidade para atuar nos diferentes níveis de

atenção à saúde com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população.

1.2 DAS ATIVIDADES PRÁTICAS À CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO: INFLUÊNCIAS E OBJETIVOS

A partir da reforma do ensino superior em 1968, a lei nº. 5.540, de 28 de novembro de 1968, o conselho federal de educação do então MEC ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu um currículo mínimo (Brasil, 1968). Padronizou a formação médica no Brasil com base no modelo flexneriano.

Nesse modelo, identifica-se cinco tipos de atividades práticas aos quais os estudantes de medicina podem ser submetidos durante seu processo de formação: a prática nas enfermarias dos hospitais universitárias, aulas práticas realizadas em ambulatórios médicos e em ambientes de simulação, o estágio do internato, além da opção dos estágios extracurriculares e as atividades de extensão quando oferecido pelo docente.

Tradicionalmente, a maioria dessas atividades tem lugar em ambientes hospitalares, especialmente nos hospitais universitários. Os hospitais são locais onde a ênfase está, comumente, na realização de diagnósticos e tratamentos de doenças, em vez de se concentrar em medidas de prevenção, promoção e cuidados com a saúde. Esse modelo prevaleceu até o século XX, quando ocorreu a reestruturação do conceito de promoção da saúde.

Essa reformulação teve início com o relatório Lalonde, publicado em 1974, e se solidificou com a Carta de Ottawa, em 1986. Em seu relatório, Lalonde (1974) destaca a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida.

As influências do relatório Lalonde repercutiram na orientação das práticas de promoção da saúde durante a década de 1970. Nesse período, houve um redirecionamento das prioridades em direção a medidas preventivas e programas educacionais, os quais foram considerados respostas mais adequadas para as mudanças comportamentais e os estilos de vida.

Portanto, é possível identificar nas ideias apresentadas no relatório Lalonde um ponto de virada na concepção das políticas de saúde, com foco na compreensão e

abordagem dos determinantes sociais da saúde. Isso resultou em uma abordagem mais integral e preventiva, que buscou abordar não apenas as questões médicas, mas também os fatores sociais, ambientais e comportamentais que afetam o bem-estar das pessoas (Sicoli; Nascimento, 2003).

Na sequência, a declaração de Alma Ata (anexo 3), o conceito de promoção da saúde foi vinculado à saúde pública e à atenção básica, sendo definido a prevenção da doença como uma etapa a ser focada. Observa-se a mudança de concepção de saúde que passa a ser subentendida como um fenômeno produzido socialmente, cabendo ações de âmbito coletivo no cotidiano da população e extrapolando o campo específico da assistência médico-curativa.

Indica que o campo de ação da promoção da saúde deveria enfatizar a determinação social, econômica e ambiental mais do que puramente biológica ou mental da saúde e passa a nortear as políticas públicas (Sicoli; Nascimento, 2003). A Carta de Ottawa, o principal documento, após a Declaração de Alma-Ata (1978), explicita esse conceito, definindo:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle e melhorar sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o meio ambiente. Portanto, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar (Brasil, 2002).

A capacitação e participação ativa da população destacam-se como um meio essencial para operacionalizar a promoção de saúde, evidenciando o pensamento neoliberal contido no documento. A educação torna-se instrumento de reprodução de valores para o capital e explorando a teoria do capital humano, percebe-se que a capacitação da população se faz necessária para que esta se torne responsável diretamente pela promoção da sua saúde e do meio em que convive.

Esse conceito passa a ser disseminado pela OMS constituindo-se como um novo paradigma e que contrapõe ao modelo flexneriano que se expressa através do individualismo (atenção individual), da especialização, da tecnologização e do curativismo, predominantes, até então, nas práticas de saúde.

A Promoção da saúde passa a compreender as políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas com a finalidade de evitar que as pessoas se

exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças, a exemplo dos programas de educação em saúde que se propõem a ensinar a população a cuidar de sua saúde. Incentiva condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida, distinguindo-se da atenção primária ou ações da medicina preventiva que identificam precocemente o dano e ou controlam a exposição do hospedeiro ao agente causal em um dado meio-ambiente.

Simultaneamente, em 1961, o estudo “The Ecology of Medical Care, ” por White, Williams e Greenberg (1996) sobre a ecologia dos cuidados médicos, demonstraram que a maior parte da demanda de saúde de uma população não está no ambiente hospitalar ultra especializado, e sim na atenção primária de saúde. Aponta a minoria dos atendimentos que chega aos serviços ultra especializados. Esse estudo forneceu dados para pensar sobre a organização da assistência à saúde, educação médica e pesquisa.

Durante os anos de 1970, observando que a formação médica precisava ajustar-se às exigências da sociedade quanto à prestação de serviços, reafirmou-se a necessidade de reforma da educação médica como um instrumento para a melhoria da assistência à saúde e da qualidade da prática médica.

Na América Latina, a OPAS e a FEPAFEM, preconizavam, para o eixo educacional, um ensino médico próximo à sociedade, no sentido de superar suas limitações, tais como o foco na integralidade e a prevenção. Trazendo as práticas de extensão universitária como possibilidade para a articulação do ensino e pesquisa e igualmente proporcionando o contato de professores e estudantes com as diferentes realidades sociais.

Além de articular o ensino e a pesquisa, a teoria e a prática em atividades ligadas ao ambiente social e aos aspectos da realidade, a extensão envolveria a participação da comunidade no trabalho universitário. Esses conceitos de integralidade e diversidade de cenários foram enfatizados por ocasião da divulgação das primeiras DCNs para os cursos da saúde em 2001 (Brasil, 2001a).

No Brasil, as ações para promoção da saúde emergiram como desdobramento do esforço para a qualificação do SUS. O princípio da integralidade do sistema de saúde brasileiro considera as pessoas como um todo e deve atender a todas as suas necessidades. Para isso deve ocorrer a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Juntamente, pressupõe a articulação da política para a saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas. Refletindo no ensino médico, a integralidade propôs um novo modelo pedagógico, caracterizado pela integração curricular e a valorização das dimensões sociais, econômicas e culturais das populações. Trouxe à tona a necessidade de rever o método de formação de profissionais da saúde adotado ao longo das últimas décadas.

Em resposta, às DCNs designam a rede básica de saúde como principal campo de prática para o curso de medicina. Espera-se assim promover a interação do estudante com a realidade do sistema de saúde permitindo que compreenda as necessidades da população e atue de maneira adequada visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Ademais, elegem a adoção de metodologias de ensino voltadas para o protagonismo do estudante enquanto os educadores desempenham o papel de facilitadores no processo de construção do conhecimento.

Esse processo de reestruturação teve como objetivo incorporar o novo paradigma da medicina preventiva e, por consequência, incorporar diferentes cenários de prática e abordagem em atendimento às DCNs e ao novo modelo de assistência à saúde do país (González; Almeida, 2010). Em 2014, a reformulação nas DCNs da Medicina, teve como premissa fundamental conferir centralidade ao ensino na atenção básica.

Reafirmando a necessidade da integralidade do SUS ao ensino médico, em 2022 tem-se uma alteração nas DCNs definindo que, ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação, deve ser desenvolvida na atenção básica e nos serviços de urgência e emergência do SUS (Brasil, 2022). Objetiva-se, com essa mudança, proporcionar aos discentes o aprendizado de habilidades que permitam maior aptidão em lidar com os problemas da sociedade brasileira e da saúde pública.

Consequentemente, a partir desse momento, a diversificação dos cenários de prática tornou-se inevitável. O hospital ainda é um cenário relevante para o ensino, mas não mais atuando de forma isolada aos demais serviços do sistema de saúde local e regional. Os cenários de aprendizagem passam a ser, desde os primeiros momentos da formação, os diferentes serviços da rede de atenção à saúde (Brasil, 2014a).

Tudo isso por meio da articulação teórico-prática do projeto pedagógico do curso, privilegiando o uso das metodologias ativas de ensino conforme o art. 29,

parágrafo II, das DCN, que preconiza que a estrutura do curso de graduação em Medicina deve: “[...] utilizar metodologias que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão” (resolução CNE/ CES nº 3, de 20 de junho de 2014, art. 29, p. 12) (Brasil, 2014a).

Em consonância com as alterações curriculares que vêm moldando o processo formativo, o PNE de 2014-2024 trouxe como uma de suas estratégias (meta 12.7) a integralização de no mínimo 10% do total de créditos curriculares exigidos durante a graduação por meio de programas e projetos de extensão em áreas de pertinência social. A integralização da extensão ao projeto pedagógico do curso propicia o processo de inclusão de atividades de extensão ao currículo, considerando a indissociabilidade do ensino e da pesquisa. Também pode ser chamada de curricularização da extensão. Entre seus objetivos está a formação integral dos estudantes para a atuação profissional, bem como a promoção da transformação social (Brasil, 2014b).

A transição do ambiente educacional em direção à atenção primária se harmoniza de maneira eficaz com a extensão universitária, emergindo como um recurso metodológico adicional para a integrar o ensino à realidade social. Permite, além da compreensão do processo saúde e doença, a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde. Proporciona a oportunidade de 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.

A universidade que temos hoje está muito centrada no ensino e na pesquisa. O cenário nacional indica que tanto o curso médico quanto os demais cursos superiores precisam passar por uma reformulação em suas ações e organizações curriculares, a fim de possibilitar que o estudante seja o protagonista de sua formação para o desenvolvimento profissional, bem como uma formação cidadã que permita um autorreconhecimento como agente de garantia de direitos, deveres e de transformação social (Gomes; Rego, 2011).

No atual contexto político, econômico e social, a tendência é pensar como a extensão pode contribuir mais diretamente na solução dos problemas sociais expressos nos diálogos com a comunidade e com o governo, sendo uma mola

propulsora da transformação social. Porém não deve ser compreendida como assistencialismo, precisa ser vivida como interação, como diálogo social, como conjunção com as parcerias comunitárias, como ciência compartilhada.

A função da extensão universitária é promover a aprendizagem que ultrapassa os limites acadêmicos, possibilitando a interação entre o conhecimento científico e popular, fomentando a relação transformadora entre universidade e sociedade. Em outras palavras, não se trata apenas de assistir ou ensinar de maneira unilateral nos espaços e localidades, mas sim de incluir as pessoas nos processos de construção, na definição de prioridades e nas decisões relacionadas a condutas e ações a serem implementadas.

A integração da extensão ao currículo da formação inicial nos cursos da saúde, conhecida como curricularização da extensão, viabiliza a integração entre ensino e serviço, promovendo uma abordagem abrangente do processo saúde-doença. Contudo, também serve como um instrumento para atender às necessidades específicas da população brasileira. Isso permite que o Estado reduza suas responsabilidades em relação à saúde, tornando-se apenas o regulador do processo. Transforma-se em uma ferramenta que permite a diminuição dos custos, uma vez que reduz a participação do governo.

A tese apresentada é que as modificações curriculares para a formação inicial do futuro médico têm como objetivo central atender às responsabilidades do Estado diante das necessidades da população.

2 ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS: CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A ABORDAGEM DA REALIDADE

Este trabalho analisa, a partir de uma perspectiva inicial, o panorama da curricularização da extensão como estratégia de modificação do perfil identitário diante do processo de reconfiguração do sistema de saúde. Para construir tal percurso analítico, a investigação pautou-se prioritariamente nos conceitos de campo, *habitus* e institucionalização da teoria da reprodução social do sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002). Para Bourdieu, as relações de poder, explícitas ou implícitas, conscientes ou inconscientes, permeiam todas as relações humanas, em todos os campos que fazem parte do espaço social (Bourdieu; Passeron, 1992).

Segundo o autor, a sociedade é composta por vários campos, vários espaços dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias. Os campos são "espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições nestes espaços, podendo ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes (em parte determinadas por elas)" (Bourdieu, 1983, p. 89). Fazem parte do espaço social e, portanto, tomam dele as suas características. Compreende um espaço de relações entre grupos com distintos posicionamentos sociais, espaço de disputa e jogo de poder.

Tendo em mente esse referencial, ao analisar as ações dos agentes sociais verifica-se que a maior parte é produto de um encontro entre um *habitus* e um campo (conjuntura). Assim, as estratégias surgem como ações práticas inspiradas pelos estímulos de uma determinada situação histórica. São inconscientes, pois tendem a se ajustar como um sentido prático às necessidades impostas por uma configuração social específica. (Setton, 2002)

O conceito de *habitus* surge da necessidade empírica de apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais. O *habitus* consiste em:

[...] sistemas de disposições duradouras e transferíveis, estruturas predispostas a funcionarem como estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem estar objetivamente "reguladas" e "regulares", sem ser o produto da obediência a regras e, ao mesmo tempo, coletivamente

orquestradas sem ser produto da ação organizadora de um diretor de orquestra. (Bourdieu; Passeron, 1992, p.92)

Manifesta-se de maneira subjetiva, à medida que os agentes internalizam as representações objetivas, mas não de maneira exclusivamente individual, uma vez que sua forma e conteúdo são moldados pelo lugar que os sujeitos ocupam na sociedade (Setton, 2002). Quando essas realidades sociais são cristalizadas pelo *habitus*, define-se a institucionalização. Processo este pelo qual as práticas sociais, normas, valores e disposições de um grupo ou classe social são incorporados e legitimados pelas instituições sociais, como escolas, universidades, meios de comunicação, entre outras. Nesse contexto, a institucionalização desempenha um papel fundamental na reprodução e na manutenção das estruturas de poder (Pimenta, 2002, p.181).

Ao tomar esse referencial como teórico e metodológico para a elaboração dos argumentos aqui apresentados, propõe-se investigar a formação inicial como um campo social em construção. Ao direcionar a investigação para esse caminho, o SUS passa a ser entendido como um espaço social ocupado por distintos agentes, interesses, posições e capitais inseridos nesse campo. Por sua complexidade de reconhecimento, pensar a formação médica nesse espaço social (SUS), requer fazer uso de distintas categorias analíticas que permitam compreender as relações e os interesses em jogo na normatização das DCNs, do PNE e do SUS.

Com o intuito de estabelecer essa construção analítica, organiza-se esta ideia localizando a formação médica como um campo de disputa por agentes, a fim de se estabelecer a leitura dos capitais de interesses em jogo, localizando-a no campo social do SUS. Discute-se a curricularização da extensão como forma de efetivação da política de saúde com intuito de suprir as demandas desse campo. Por fim problematiza-se a materialização e as implicações para a formação identitária.

Buscando escrutinar as inter-relações entre a curricularização da extensão e as políticas educacionais de formação profissional (im)postas nas marcas dos currículos subnacionais das escolas de medicina por meio da implementação dos imperativos da promoção de saúde como norteadores do sistema, optou-se por adotar como delineamento metodológico os pressupostos do materialismo histórico-dialético.

A lógica dialética permite o movimento do pensamento e respeito à forma de organização dos homens em sociedade ao longo da história, tendo como constituintes

identitários as relações sociais construídas pela humanidade durante os séculos redefinindo e redesenhando o capital intelectual e simbólico a partir dos espaços sociais constituídos no *habitus* identitário refletindo na formação humana e profissional.

Assumindo as categorias primárias da análise a partir dos pressupostos da totalidade, sua contradição e a conseqüente mudança provocada pelas teias tecidas pelo mercado como formação de um *habitus* social, compreende-se que a interlocução com o campo das políticas a partir desse caminho, possibilitará à pesquisadora e aos leitores, uma reflexão acerca dos campos, tensões e tensionamentos traduzidas no campo das políticas de formação profissional subscritas na especificidade dos direcionamentos das DCNs do curso de medicina (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007).

O caminho da investigação das políticas de formação se estruturam a partir das releituras do homem e da sociedade, do tempo e dos espaços sociais incorporados como instâncias de legitimação e manutenção do sistema, constituídos por meio de tempo e espaço determinados, consolidados por dinâmicas econômico-sociais manifestos de forma subjetiva expressas nas abordagens estruturalistas da formação profissional, definidas como objetivistas e objetivadas de pelas experiências subjetivas subordinada às relações (im)postas na/pela estrutura social na qual os sujeitos incorporam e conduzem sua posição tendo como centralidade seu *habitus*, levando-os ao longo do tempo e nos mais variados ambientes de ação.

Essa bagagem transcrita nos desenhos das DCNs para a formação inicial, apontam uma incorporação profissional dessa realidade social, na qual o dinamismo da vida individual e coletiva, traduzir-se a partir dos fenômenos sociais e contextuais do *modo idiossincrático* a que os futuros profissionais são submetidos.

Frente ao exposto, a tese está alinhavada pelos percursos descritos no campo da pesquisa social do tipo qualitativa com abordagem exploratória, apropriando-se dos procedimentos documentais para compor o itinerário metodológico por permitir a obtenção de novos conhecimentos no campo das políticas de formação, especificamente no campo da saúde na formação do futuro médico (Gil, 2008).

Trazer ao contexto da investigação as premissas das pesquisas exploratórias, significa adotar o entendimento para a escrita de que se tem finalidade desenvolver,

esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Com o foco da realização de uma tese que impacte na realidade social e formativa do futuro médico incorporou-se os traços exploratórios da pesquisa por entender que esses proporcionam uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Compreendendo que a discussão acerca da relação entre as políticas de saúde e as políticas educacionais de formação inicial são escassas e apresentam lacunas significativas na produção do conhecimento, sendo pouco explorado e tornar-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 2008), logo o caminho percorrido no campo metodológico da tese busca proporcionar uma melhor visão do problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (Gil, 2002).

Com a finalidade de compreender as reais intenções das modificações propostas para o ensino médico e suas relações com as políticas para promoção da saúde optou-se pela análise documental das políticas relacionadas à temática escolhida: a) educação superior; b) políticas de extensão universitária; e, c) SUS de saúde.

Para tanto foram selecionados os seguintes documentos: a resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 que institui as DCNs do curso de graduação em medicina, a lei nº. 13.005, de 25 de junho de 2014 que aprova o PNE e a resolução nº. 7, de 18 de dezembro de 2018 que estabelece as diretrizes para a extensão na educação superior brasileira e regimenta o disposto na meta 12.7 e por fim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), anexo I da portaria de consolidação nº. 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (figura 3) (Brasil, 2014b, 2017, 2018).

Figura 3: Documentos a serem apresentados durante a elaboração dos capítulos



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A análise dos documentos busca investigar o perfil identitário visado e as modificações em relação ao atual. Além disso, objetiva compreender de que forma esse novo profissional está relacionado com a formação inicial do médico. A intenção é explorar as implicações dessas mudanças na formação inicial visando uma compreensão do papel desse profissional na sociedade e no cuidado à saúde da população.

A escolha dessas fontes primárias para a análise documental possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural e permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Esses foram submetidos à uma análise de conteúdo (figura 4), permitindo a identificação de padrões, temas recorrentes, contradições e outras informações relevantes. Com base nas categorias identificadas, os resultados foram interpretados e discutidos à luz dos objetivos da pesquisa, por meio das categorias hegemônica e contradição discutir a realidade da formação do ensino médico, por meio das mudanças conjecturais das políticas curriculares¹⁴.

¹⁴ As políticas curriculares não se resumem apenas aos documentos escritos, mas incluem os processos de planejamento, vivenciados e reconstruídos em múltiplos espaços e por múltiplos sujeitos no corpo social da educação. São produções para além das instâncias governamentais. Isso não significa, contudo, desconsiderar o poder privilegiado que a esfera de governo possui na produção de sentidos nas políticas, mas considerar que as práticas e propostas desenvolvidas nas escolas também são produtoras de sentidos para as políticas curriculares (Lopes, 2004).

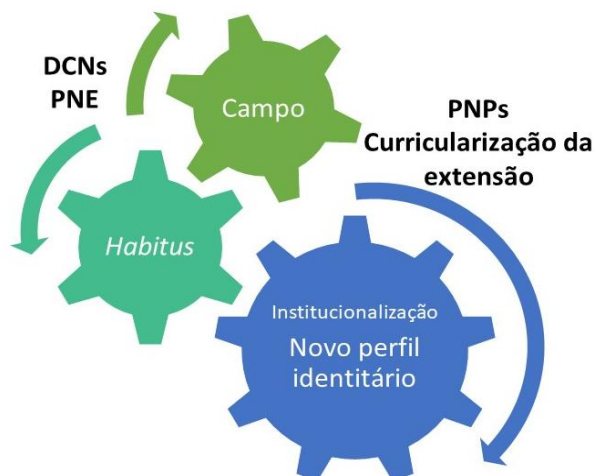
Figura 4: Organização dos termos selecionados para análise documental, de acordo com as seções da tese e documentos estudados



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

De acordo com a teoria da reprodução social de Bourdieu, podemos entender os resultados como manifestações da interação entre diferentes componentes do sistema educacional e social. As seções subsequentes deste estudo se assemelham a partes distintas do motor: a terceira e a quarta seção atuam como as engrenagens principais, demonstrando como o campo educacional e o *habitus* profissional são modificados e adaptados através da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e do Plano Nacional de Educação (PNE). A quinta seção atua como o elo de como o mecanismo de ligação entre as engrenagens, explorando o papel da PNPS e a integração da extensão universitária no currículo, evidenciando como essas influências externas podem interferir na construção da identidade profissional. Essa seção conecta os elementos individuais do sistema, mostrando como as mudanças no ambiente educacional e político podem repercutir no perfil identitário da profissão em análise (figura 5).

Figura 5: Categorização dos campos em estudo conforme a teoria da reprodução social de Bourdieu.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Assim como cada engrenagem no motor desempenha um papel específico para garantir seu funcionamento suave e eficiente, cada seção deste estudo contribui para a compreensão mais ampla do contexto educacional e suas implicações na profissão em questão.

A terceira seção apresenta os imperativos da constituição identitária disposta nos documentos reguladores da formação médica a partir da reconfiguração dos campos econômicos desenhados pelos marcos políticos da sociedade brasileira. Além disso, identifica as influências dos ideários neoliberais nas políticas de saúde para a constituição identitária da formação do futuro médico. Pretende verificar as correlações entre os imperativos formativos e a constituição dos *habitus* e campos de atuação profissional do futuro médico inscritos no discurso da promoção da saúde pública.

Para tanto, utiliza um caminho metodológico sustentado na análise documental, buscando por meio das ponderações trazer os apontamentos referentes a inserção (uso) das metodologias ativas aplicadas no processo formativo de futuros médicos. Propõe revelar o papel norteador que as DCNs exercem como uma ação pedagógica visando afirmar a autoridade pedagógica e legitimada pelo trabalho pedagógico.

Além disso, iremos correlacionar a análise demográfica do trabalho médico e das escolas médicas com as mudanças em andamento por meio da política "Mais Médicos". Usaremos os resultados dos estudos "Demografia Médica" realizados por

Scheffer em 2019 e 2023 para obtenção dos dados necessários para essa análise. Essas informações contribuirão para demonstrar as transformações no campo de estudo. Objetiva demonstrar que a DCN se põem pelo alto, de forma autoritária, até no modo de trabalho a ser desenvolvido pelo professor e é uma violência simbólica de modo a modificar a formação médica, impondo um novo arbítrio cultural inculcando novos valores.

Para Bourdieu, o trabalho prolongado da inculcação leva à total construção de um novo *habitus*. A partir do momento em que as DCNs apontam o que e como os conteúdos devem ser trabalhados, desde os anos iniciais, visando alcançar os objetivos neles pretendidos, conduzem suas 'sugestões' homogeneizadoras culturais. À Universidade implica o trabalho pedagógico como trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um *habitus* como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural capaz de perpetuar-se após a cessação da ação pedagógica e por isso de perpetuar nas práticas os princípios do arbitrário interiorizado. (Bourdieu; Passeron, 1992, p.44)

Para demonstrar a universidade como parte efetiva do trabalho pedagógico e posterior institucionalização do novo *habitus*, a seção 4 fará a análise dos impactos das políticas internacionais na instrumentalização da constituição identitária da formação médica descritas nos documentos reguladores da profissão por meio do estudo da lei nº. 13.005, de 25 de junho de 2014, meta 12.7 que aprova o PNE e da resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, que a regulamenta (Brasil, 2014a, 2018).

A curricularização da extensão refere-se à incorporação das atividades de extensão universitária nos currículos acadêmicos, tornando-as parte integrante do processo de formação. Intenciona-se analisar a modificação do campo de ensino que antes ocorria nos hospitais e passa a acontecer na atenção primária, fora do ambiente hospitalar. Inicialmente realizou-se uma revisão integrativa com análise temática e estruturada em três tópicos: o entendimento sobre a Curricularização da Extensão, finalidade da integração curricular com a extensão e, relação com a aprendizagem significativa.

A pesquisa foi realizada na primeira quinzena de março/2022 nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na qual foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Escola de Medicina", "Escolas Médicas", "Escolas de Medicina" ou

"Faculdade de Medicina" e "Extensão", "Extensão Universitária", "Curricularização da Extensão" ou "Extensão Comunitária" e "currículo" ou "currículo em ação". O cruzamento dos descritores foi realizado por meio do operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram artigos brasileiros em idioma de língua inglesa, espanhola ou portuguesa. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2018 e artigos de relato de projetos de extensão que não estavam previstos no plano pedagógico do curso.

As coletas evidenciaram uma produção do conhecimento centrada em relatos de experiências e projetos de extensão, porém foram excluídos dos resultados pois no corpo do texto se tratavam de propostas isoladas, não planejadas dentro do projeto pedagógico do curso. Como resultado, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a dois artigos com relato de experiência sobre a curricularização da extensão no curso de medicina.

Frente a escassez de produção sobre o tema de estudo, optou-se pela incorporação da produção dos Congressos Brasileiros de Educação Médica (COBEM) no período do estudo, anos de 2018 a 2021 e que contemplasse os critérios de inclusão e exclusão supracitados.

Posteriormente, com o intuito de compreender os reflexos na constituição identitária do novo campo proposto pelas DCNs, o SUS, optou-se por analisar o PNPS, seu documento regulador. Para isso, a quinta seção, indicará os impactos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela ONU no processo de constituição da identidade formativa do futuro médico através da investigação da correlação das políticas curriculares e da PNPS que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

Intenciona-se demonstrar por meio da análise do documento, o processo de institucionalização do novo *habitus* e refletir quanto sua influência no currículo. Pretende-se demonstrar que a curricularização da extensão é uma forma de institucionalização do novo *habitus*, uma vez que as atividades fora dos hospitais, que antes eram frequentemente vistas como complementares ou secundárias, passam a ser oficialmente reconhecidas e incorporadas aos programas acadêmicos. Este, além de suprir as necessidades do SUS, assinala seu potencial de modificação do perfil identitário.

Espera-se na sequência trazer indicativos das possíveis repercussões dessas transformações. Assim, a curricularização da extensão por Bourdieu pode ser compreendida como uma estratégia que visa não apenas à expansão das práticas de extensão, mas também há a legitimação e institucionalização de um novo *habitus* para a profissão.

3 ANÁLISE DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL: RELAÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O PERFIL FORMATIVO INICIAL

A relação universidade e os serviços de saúde, desde a criação das primeiras escolas médicas do final do século XIX, tem se modificado continuamente. Essas mudanças são decorrentes de inúmeros fatores, mas, sem dúvida, as políticas públicas dessas áreas têm sido determinantes nesse processo. Este cenário atrelado a influência do desenvolvimento tecnológico e as mudanças epidemiológicas e sociais constantes, passam a tornar recorrente a necessidade de alterações na estrutura curricular das escolas médicas com vistas à formação de um profissional com perfil que atenda às necessidades e expectativas vigentes.

As conformações postas resultam em uma conjuntura formativa com vistas a formação do “novo profissional”, cuja atuação resgate valores e aspectos perdidos na história da evolução do ensino médico com disciplinas transversais ao longo da formação, como, por exemplo, Bioética, Filosofia, História e Socioantropologia. Nesse modelo hegemônico predominante antes da promulgação das diretrizes curriculares, a formação tem por base um currículo tradicional (flexneriano), que fragiliza o desenvolvimento de autonomia, capacidade de análise, julgamento e avaliação, bem como raciocínio crítico, investigativo e criativo.

Além disso, proporciona uma hipervalorização do aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, com conseqüente desvalorização dos demais determinantes do processo saúde-doença, já que se pauta na proposta do ensino dividido em disciplinas e ciclos (básico e profissional) e poucas vezes pensando de maneira transversal e multidisciplinar (Gomes; Rego, 2011). Fato este que direciona os currículos das escolas médicas apresentarem como foco principal o entendimento dos mecanismos fisiopatológicos e a proposição e utilização de práticas mais efetivas para a cura das doenças que afetam a humanidade e concomitante a uma negligência crescente no que se refere a um dos pontos mais importantes da prática médica: a relação médico-paciente.

Na atuação profissional, a relação médico-paciente passou a ser ignorada por causa da rotina de trabalho, na qual o médico atende muitos pacientes em curto tempo e com qualidade insatisfatória. As consultas são rápidas e o contato com o paciente é

efêmero e superficial. Esse contexto favorece a formação de um profissional preocupado, principalmente, com a doença do paciente, numa perspectiva fragmentada em detrimento de uma visão integrada. O movimento da reforma sanitária, nos anos de 1970, contribuiu com o processo de repensar a saúde e seu ensino no Brasil. Além de lutar contra o autoritarismo do momento político brasileiro, também questionava o complexo médico-industrial e a acenava para a necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério (Silva, 1986).

A 8ª conferência nacional de saúde em 1986 estabeleceu os marcos políticos e conceituais para a orientação do processo de transformação do setor saúde no Brasil e serviu de base para a criação do SUS. Estabeleceu o conceito ampliado de saúde traduzido pela responsabilização do Estado e também por condições de vida digna e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o desenvolvimento pleno ao ser humano, em sua individualidade (Arouca, 1986).

Diante desse novo cenário, identifica-se a necessidade de transformação da escola médica no sentido de formação profissional com competência e adequada base científica, além de gerar conhecimentos e participar do planejamento e operação dos serviços, exige a busca e definição de mecanismos concretos de integração entre o ensino e a assistência. As ações integradas de saúde propiciariam condições básicas para isto, fazendo com que a escola ao mesmo tempo em que participa ativamente da reorganização do setor, obtenha e desenvolva conhecimentos críticos para a sua própria reorganização.

As DCNs de 2014 para o curso de medicina almeja que o graduado alcance a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para esse fim, preconiza-se a utilização das metodologias ativas com a articulação entre os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas e se estrutura em três grandes áreas: a atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Por educação em saúde, entende-se: “[...] graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada [...] ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde [...]” (Brasil, 2014a).

O profissional médico em atuação, em muitas vezes, é percebido como centrado no tecnicismo, na doença e no ambiente hospitalar. A assistência médica é reduzida ao tratamento dos problemas de saúde, vistos predominantemente sob uma ótica mecanicista e biologicista, com ênfase na cura individual.

A questão a ser refletida antes do planejamento curricular é qual o profissional que pretendemos formar? Agregado a isso, também é importante definir qual o profissional adequado para melhor inserção no campo de trabalho e como essa modificação se relaciona com o *habitus* da profissão e o campo social ao qual esse profissional está inserido.

Na literatura, o novo profissional almejado, muitas vezes, é denominado “humanizado”, numa contraposição a sujeitos formados que supervalorizam e evidenciam habilidades exclusivamente técnicas em detrimento de características pessoais que permitem um bom relacionamento com o paciente e com as equipes envolvidas no ambiente de trabalho.

Independentemente da nomeação atribuída ao profissional que se pretende formar, faz-se necessário refletir sobre quais metodologias de ensino podem favorecer o desenvolvimento do profissional com valores humanos com a finalidade de modificar o perfil formativo atual e o *habitus* da profissão. Posto este cenário, objetiva-se apresentar reflexões acerca das mudanças propostas nas diretrizes curriculares de 2014.

Para tanto, utiliza um caminho metodológico sustentado na análise documental, buscando por meio das ponderações trazer os apontamentos referentes a inserção (uso) das metodologias ativas aplicadas no processo formativo de futuros médicos como uma maneira inovadora de “moldar” o profissional para um perfil mais humano e multidisciplinar ou se se é apenas uma nova roupagem para forçar esse profissional a estar inserido no SUS de saúde e assim suprir a deficiência do estado no setor.

Evidencia-se que a realização dessa análise documental se justifica pela necessidade de aprofundamento crítico acerca das reais intenções neoliberais e suas repercussões na educação, a partir das proposições ideológicas presentes nos programas de governo, concretizados pelas regulamentações e políticas públicas educacionais. Para tanto, tece uma breve análise do perfil profissional atual e das suas influências e o perfil do profissional atuante no mercado de trabalho a fim de fomentar e contribuir para a interpretação dos nexos e determinantes dessas relações.

3.1 PERFIL PROFISSIONAL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DO PROCESSO FORMATIVO E O PROFISSIONAL ESPERADO

No início do século XX, após a publicação do relatório Flexner, o Brasil foi gradativamente transformando seu currículo num progressivo deslocamento do modelo de referência de educação médica francês para o norte-americano sob a influência crescente das concepções marcadamente positivistas. Decorre do estudo publicado em 1910, com iniciativa da Fundação Carnegie e considerado o grande responsável pela maior forma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

Permitiu na época reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, introduzindo a racionalidade científica. O modelo caracteriza-se ainda pelo biologicismo e mecanicismo das práticas assistenciais, pela especialização do conhecimento, pela negação do saber popular e das práticas alternativas de cuidado, bem como pela ênfase na cura e medicalização da sociedade (Pereira; Lages, 2013).

Essa transformação culminou com a Reforma Universitária de 1968, na qual o modelo de ensino médico adotado, modelo flexneriano, já refletia uma tendência expressa nas escolas médicas brasileiras desde a década de 1940. Foram reforçados os estudos dos sistemas e órgãos do corpo humano, a individualização/biologização do processo de adoecimento, e o ensino por disciplinas segundo especialidades.

Como resultado desse processo, o profissional resultante apresenta um perfil marcadamente individualista, uma vez que sua formação colabora neste sentido; com enfoque biologicista e utilitário, características desenvolvidas tanto pelo referencial técnico-científico das instituições formadoras quanto pelas exigências de busca de produtividade e competitividade constituídas no próprio mercado de trabalho e fortemente centrado em sua especialidade, à qual se dedica quase na íntegra (Amoretti, 2005).

Além disso, foram criados os Hospitais Universitários como *locus* estratégico e privilegiado para o binômio ensino-pesquisa. O hospital é o local principal para o estudo das doenças, transformando-se na principal instituição de transmissão do conhecimento médico. Esse processo, que foi estimulado pelo complexo médico-

industrial, favoreceu a uma especialização precoce de estudantes. Estes são submetidos a uma formação médica pautada pelo ensino disciplinar estanque e fragmentado, sob a perspectiva da doença e a influência da lógica do mercado de bens e serviços de saúde (Azevedo *et al.*, 2013).

Neste cenário, de modo geral, as escolas médicas têm a tendência a privilegiar o ensino de técnicas, habilidades e competências. Tem como objetivo intervir sobre a doença do indivíduo, enfatizando desequilíbrios biológicos e funcionais. Como consequência, fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente foram muitas vezes deixados de lado.

A pessoa e suas necessidades, a comunidade, o atendimento integral pelo médico da família, até então tidas como objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram aos poucos sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica (Azevedo *et al.*, 2013).

Em decorrência do processo de renovação tecnológica em velocidade sem precedentes, os centros formativos se depararam perante a necessidade de atualização permanente no conteúdo do aprendizado e na formação dos profissionais. Verifica-se também a dificuldade no processo de formação em estimular a construção de um profissional competente, que alie as habilidades necessárias à prática médica, considerando-se o processo saúde-doença como um complexo sistema de interações, no qual elementos psicológicos, sociais, históricos e ambientais se relacionam.

A formação profissional demanda uma reflexão crítica sobre a própria profissão e suas práticas, buscando adequar-se às expectativas sociais. É esperado que um maior conhecimento baseado na epidemiologia contribua para uma assistência eficaz às patologias prevalentes nas populações.

Além disso, é essencial uma ampliação dos conhecimentos humanísticos em ciências sociais, antropologia e filosofia, os quais podem proporcionar essa reflexão imprescindível. Da mesma forma, uma maior participação na gestão do sistema público de saúde, com a expansão e integração dos conhecimentos e práticas multidisciplinares e interdisciplinares, é necessária para o trabalho em equipe multiprofissional (Amoretti, 2005).

Concomitantemente já se buscava alternativas para contrapor esse sistema vigente em que se favorece a medicina de alto custo, inacessível e o complexo médico-industrial. Em 1961, o estudo “The Ecology Of Medical Care” analisando dados sobre a assistência médica dos Estados Unidos e da Grã-Bretanha concluiu que reconhecer a medicina como instituição social, além da doença traria avanços na assistência médica e na melhoria da saúde da sociedade como um todo (White; Williams; Greenberg, 1996). Esse estudo demonstrou que pequena parte dos doentes necessita de atendimento especializado, sendo a que a grande maioria por vezes nem busca por cuidados médicos.

O relatório Lalonde, publicado em 1974, foi um marco para esse movimento pois foi o primeiro relatório governamental significativo a sugerir que os serviços de saúde não eram os determinantes principais da saúde (Hancock, 1986). Em sua publicação identificou a genética, o meio ambiente, o estilo de vida pessoal e os cuidados médicos como questões igualmente importantes na saúde pessoal e da população. Desde a sua publicação, novos modelos, conceitos e pensamentos avançaram consideravelmente.

A compreensão da determinação social do processo saúde/doença, entre outros conceitos, produziu repercussões nas políticas e nas múltiplas práticas de saberes da saúde em contraste com a hegemonia do entendimento sobre o que é saúde. Nesse contexto, a MBE e PBL surgem como novas possibilidades de intervenção prática e pedagógica.

Nessas práticas o estudante passa a ser parte ativa do processo, sendo encorajado para superação de desafios, resolução de problemas e a construção de um novo conhecimento a partir de experiências prévias dos sujeitos (Arelaro; Cabral, 2019). Trazem consigo um novo olhar sobre o ensino, privilegiando a integralidade do paciente e do meio em que está inserido e não só a doença que este possui (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021; Santos, 1994). No contexto brasileiro traduziu-se nas universidades com o fortalecimento do conceito de medicina preventiva e saúde coletiva. Em um segundo momento, desencadeou a reforma sanitária que posteriormente embasou a construção do SUS (Paiva; Teixeira, 2014).

A visão integral do paciente indo além do tratamento da doença em si, e considerando também a sua integração na comunidade, parece trazer benefícios imediatos e duradouros. Nesse sentido, a reformulação do modelo formativo

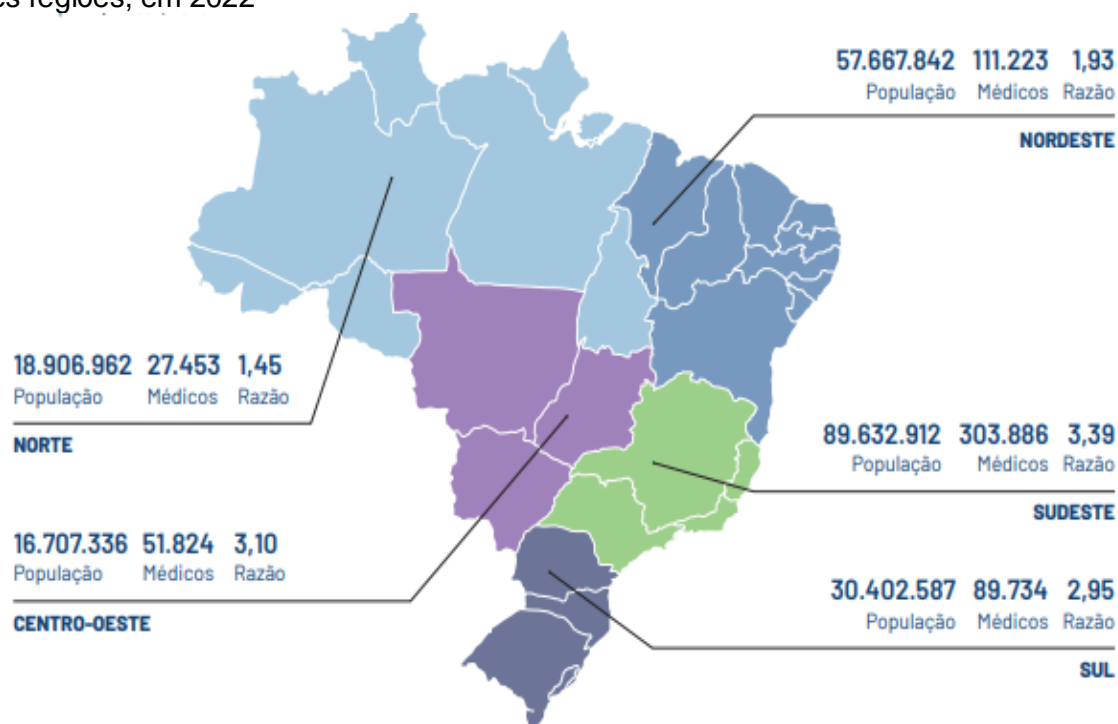
apresenta grande potencial ao promover uma abordagem multidisciplinar e integrada. Para tanto, o sistema de saúde precisa estar preparado para tal modificação.

3.2 ANÁLISE DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E SUA CORRELAÇÃO COM O MERCADO DE TRABALHO

Desde o início do século 20, houve um notável aumento na quantidade de médicos formados no Brasil, impulsionado pela criação de novas escolas médicas, tanto de instituições públicas quanto privadas. Quando analisados os dados dos últimos 20 anos, esse número mais do que duplicou. Em 2000, o país possuía uma quantidade de médicos estimada em 219.896. Em janeiro de 2023, o Brasil contava com um total de 562.229 médicos registrados nos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Essa estatística corresponde a uma taxa nacional de 2,60 médicos por 1.000 habitantes. No mesmo intervalo de tempo, a população geral do país aumentou cerca de 27%, o que torna ainda mais evidente a magnitude do crescimento na quantidade de profissionais médicos disponíveis (Scheffer *et al.*, 2023).

Quando analisado por localidade, a relação entre o número de médico por 1.000 habitantes difere muito de uma região para outra do país (figura 6), materializando um quadro de desigualdade na distribuição geográfica medido também entre os estados, as capitais e os municípios do interior. O Sudeste é a região com maior densidade de médicos por habitante (razão de 3,39) contra 1,45, no Norte, e 1,93, no Nordeste (Scheffer *et al.*, 2023).

Figura 6: Número de médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões, em 2022



Fonte: Scheffer *et al.* (2023, p. 40).

Ao comparar as porcentagens de médicos e de população por região do país, as desigualdades são mais visíveis. Por exemplo, na região Sudeste, onde moram 32% dos brasileiros, estão 41,4% dos médicos, quase metade dos profissionais de todo o País. Na região Norte ocorre o oposto: ali moram 8,9% da população brasileira e estão 4,8% dos médicos. No Nordeste vivem 27,7% dos habitantes do país – mais de 1/4 de toda a população – e 19,5% do conjunto de médicos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, a porcentagem de habitantes é bastante próxima da parcela de médicos (Scheffer *et al.*, 2023). Na figura 7, cada ponto no mapa representa um médico distribuído aleatoriamente nos estados brasileiros.

Figura 7: Médicos segundo unidades da federação em 2022



Fonte: Scheffer *et al.* (2023, p. 40).

Analisando a distribuição interna de profissionais em seus territórios, capitais e interiores, nota-se a concentração dos profissionais nas capitais, onde registrou-se a razão de 6,27 médicos/1.000 habitantes. Número muito maior que no interior, em a com média de 1,84. Quando analisadas as cidades agrupadas por estratos populacionais, as diferenças se destacam ainda mais. Nas cidades com até 5.000 habitantes, onde vivem 2% da população total do país, estão apenas 0,3% dos médicos. Inversamente, nas cidades com mais de 500.000 moradores, estão concentrados 31,9% dos habitantes e 61,9% do total dos médicos (Scheffer *et al.*, 2023). Esses números confirmam a tendência da permanência dos profissionais nos grandes centros independentes da região do país.

Quando considerado a distribuição das escolas médicas segundo porte populacional do município, observa-se que 45,8% das vagas em cursos de graduação em medicina existentes no país em 2022 estavam em municípios com mais de 500.000 habitantes, onde vivem 32% da população (Scheffer *et al.*, 2023). Silva (1986) já chamava a atenção para o fato que apesar da abertura de novas escolas médicas, essas se concentram nas regiões industrializadas, acarretando uma quantidade crescente de médicos, distribuídos de forma desordenada pelo território nacional.

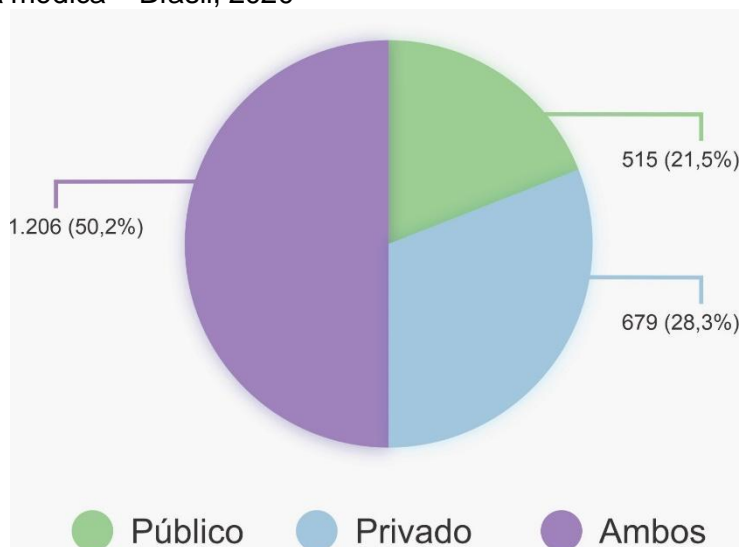
Oliveira (2019) identificou uma mudança no padrão de distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil. Em seu estudo aponta que o ensino médico se tornou progressivamente privatizado e parcialmente deslocado para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e para cidades de médio e pequeno portes populacionais no interior dos estados. Apontou a influência individual dos governos do período estudado na oferta de novas vagas de graduação, sendo o pico dessa expansão em 2014, com a implementação da lei nº. 12.871, do Programa Mais Médicos (PMM), promulgada em 2013.

O PMM é uma política que tem como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (Brasil, 2013). Desde o seu início o programa previa a expansão de escolas, que deveriam priorizar regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e que tivessem estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos (Brasil, 2013; Oliveira *et al.*, 2019).

Os dados do estudo de Scheffer *et al.* (2023) e Oliveira *et al.* (2019) demonstram que apesar do aumento significativo de escolas médicas, de médicos e de política específica para distribuição das mesmas, não se conseguiu modificar a distribuição do profissional no país e mantém-se a desigualdade regional de distribuição assim como no início da década de 80. A desigualdade pode ser observada no campo da prática profissional conforme o estudo anterior sobre a demografia médica publicado em 2020 (Scheffer *et al.*, 2020).

Quando avaliado a prática médica, segundo sua natureza administrativa, definindo como: prática pública, prática privada e dupla prática pública e privada. Neste trabalho foram analisados 2.400 médicos, por meio de uma amostra probabilística representativa de todos os médicos do Brasil e verificou-se que 21,5% destes trabalham exclusivamente no setor público e 28,3% só atuam no setor privado. Já a metade dos médicos (50,2%) tem dupla prática e atua nos dois setores, público e privado (Scheffer *et al.*, 2020) (gráfico 1). Esse dado não foi analisado no estudo mais recente.

Gráfico 1 – Distribuição dos médicos da amostra segundo a natureza pública ou privada da prática médica – Brasil, 2020



Fonte: Elaborado pela autora (2024), adaptado de Scheffer *et al.* (2020, p. 140).

Considerando a sobreposição (atuação concomitante nos dois setores), 78,5% dos médicos trabalham no setor privado e 71,7% trabalham no setor público (Scheffer *et al.*, 2020). Mas quando analisamos a relação percentual entre a população atendida, verificamos que há muito mais médicos concentrados no setor privado, uma vez que a maior parte da população utiliza o SUS.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) revelou que 71,5% dos brasileiros usam exclusivamente o SUS enquanto apenas 28,5% da população do país possuía algum tipo de plano ou seguro de saúde privado, demonstrando que existe a necessidade de políticas públicas com o intuito de aumentar o percentual de médicos inseridos na saúde pública.

Os achados demonstram o aumento da oferta de médicos no Brasil mediante a abertura de novos cursos e vagas. No entanto, é notável que essa ampliação não se traduziu em uma distribuição equitativa desses profissionais, havendo uma marcante concentração em áreas urbanas e de maior porte populacional e uma inserção limitada dos profissionais na rede pública de saúde.

A simples implantação de escolas médicas em regiões carentes de profissionais de saúde não foi suficiente para resolver o problema da escassez de atendimento médico. Essas iniciativas precisam ser acompanhadas por políticas públicas abrangentes que não apenas incentivem a formação de médicos nessas

áreas, mas também garantam que esses profissionais permaneçam e prestem serviços de qualidade.

Além disso, a formação médica inicial deve ser adaptada para preparar os estudantes para as complexidades e desafios específicos dessas regiões. Isso significa que os currículos das escolas médicas precisam incluir uma educação mais prática e voltada para as necessidades locais, além de enfatizar o desenvolvimento de habilidades interpessoais, culturais e de comunicação. Os futuros médicos devem ser capacitados não apenas com competências clínicas, mas também com a capacidade de compreender e respeitar as particularidades culturais e sociais das comunidades em que atuarão.

A falta de profissionais de saúde em regiões desfavorecidas vai além de simplesmente abrir novas escolas médicas. Requer um compromisso abrangente com políticas públicas, uma reforma educacional que atenda às necessidades locais e a criação de oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, a fim de garantir que os pacientes nessas áreas tenham acesso a cuidados médicos adequados e de qualidade. Esforços contínuos, coordenados e estratégicos são essenciais para criar um sistema de saúde mais equitativo e eficaz garantindo o acesso a cuidados médicos de qualidade em todo o país.

3.3 PERCURSO PERCORRIDO PARA CONSTRUÇÃO DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS

A criação do SUS pela Constituição de 1988 foi um marco na luta pelo direito à saúde em sua concepção ampliada, pautada na determinação social. A lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990). Desde a implementação do SUS sempre esteve condicionado à formação de profissionais capacitados e comprometidos com as necessidades do sistema de saúde, como descrito no capítulo III, art. 14:

[...] deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS de Saúde (SUS), na esfera

correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições [...] (capítulo III, art. 14) (Brasil, 1990).

Porém, primeiramente era necessário compreender o ensino médico no país antes de definir as diretrizes curriculares convergentes com o novo sistema. Com a finalidade de elaborar um diagnóstico das escolas médicas, teve início o CINAEM. Essa comissão esteve em atividade entre 1991 e 2002 e durante estes dez anos, realizou várias pesquisas, congressos, fóruns, relatórios, formulando várias propostas de ação para a transformação da escola médica (Cruz, 2004).

Inicialmente realizou uma avaliação das escolas participantes e reuniu informações acerca da estrutura político-administrativa, infraestrutura e recursos humanos, além de informações acerca de modelo pedagógico, produção acadêmica e prestação de serviços à comunidade. Como resultados identificou que os recursos humanos disponíveis eram escassos e pouco preparados, o modelo pedagógico adotado nas escolas era anacrônico, fragmentado e compartimentado, além da baixa produção de conhecimentos (pesquisa) e prestação de serviços à comunidade (extensão). Além da formação ocorrer, predominantemente, pela transferência unidirecional e fragmentada das informações (mais teoria e menos prática), com profunda dicotomia entre os conhecimentos básicos e profissionalizantes resultando na formação de médicos inadequados às demandas sociais (Cruz, 2004).

Esse processo auxiliou na fundamentação da elaboração das DCNs para o curso de medicina. Estas, por sua vez, provocaram um rearranjo no ensino profissionalizante da saúde, com o propósito de reordenar e qualificar a atenção aos usuários dos serviços de saúde a partir de uma atuação que contempla a abordagem dos seus determinantes dando início a reforma do sistema educacional. A partir desse momento, o ministério da saúde assume seu papel indutor na formação de recursos humanos, até então liderado pelo ministério da educação.

As DCNs constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos político-pedagógicos e currículos pelas IES no Brasil. A primeira resolução com diretrizes para a medicina, resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, apresenta elementos sobre perfil, competências e habilidades dos egressos, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso, acompanhamento e avaliação que atendam as demandas do SUS.

Destaca-se alguns exemplos: “[...] a realização de treinamento supervisionado [...] preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde.[...] (art. 7, §2, p. 4)”, “[...] o projeto pedagógico curricular (PPC) deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência [...] (art. 90º, p. 4)” e “ vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (art. 12, §8, p. 5)” (Brasil, 2001b).

Em atendimento às diretrizes, programas de reorientação da formação têm sido propostos desde então. Em 2001, por exemplo, foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Criado por determinação dos ministérios da saúde e de educação com uma política visando à reorientação da formação do médico com ênfase nas mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica à saúde.

Apresenta a proposta de mudanças em diversos pontos da formação: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Para isto, explicita o estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; a incorporação da noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes.

Na sequência, em 2005, os ministérios da saúde e de educação lançam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (PRO-SAÚDE) inspirado na avaliação do PROMED e com a intenção de promover a aproximação entre a formação da graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família (Brasil, 2005). Entre os objetivos específicos do programa evidencia-se:

- reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de

serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

- incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contrarreferência;
- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS (Brasil, 2005, p. 13-14).

Em 2008, por meio de nova portaria interministerial, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o objetivo de fortalecer a integração ensino-serviço. Outro marco foi a criação do PMM em 2013 (Lei nº. 12.871 de 22 de outubro de 2013), que, entre outras ações, estabeleceu novos parâmetros para a formação e abertura de novas escolas médicas no país e desencadeou a elaboração das novas DCN de Medicina que foram publicadas em 2014.

Essas são algumas das proposições sociais que auxiliaram na fundamentação das novas políticas para o ensino em saúde e na reformulação das DCNs. Nesses movimentos descritos pode ser observado a inserção gradativa da escola médica no sistema de saúde por meio das metodologias ativas de ensino e, paulatinamente, o afastamento do modelo flexneriano. Essas ações objetivam alcançar profissionais humanizados e integrados ao SUS.

Ao analisar as políticas educacionais geradas após a implantação do SUS, percebe-se o esforço para reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, modificando o *habitus* da profissão e o campo social e conseqüentemente viabilizar o sistema de saúde conforme preconizado na legislação. Porém, esse processo de vincular o ensino à assistência já era visto com ressalvas antes mesmo da implantação do SUS, conforme análise da reforma sanitária realizada 20 anos após sua instituição no estudo de Silva (1986).

Silva (1986) expõe que apesar do aumento do número das escolas médicas, o ensino permanecia desvinculado da realidade socioeconômica e sanitária do país, sem agregar novos valores ao campo. Mostra que as escolas se ajustaram rapidamente às necessidades impostas adaptando-se ao modelo médico assistencial, porém sem oferecer qualquer questionamento mais profundo. Pode-se concluir que a adaptação do ensino à necessidade do sistema reduziu a função da escola à formação de “recursos humanos” de acordo com a necessidade do mercado, não atingindo o objetivo de transformação do perfil formativo almejado.

A manutenção da necessidade do ajuste da formação profissional ao sistema de saúde vigente fica explícita nas DCNS 2014, como pode ser observado nos 3 eixos estruturantes: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Estes anteriormente indicados na primeira diretriz como conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais, tornaram-se a estrutura base no novo documento. Destaca-se:

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, **prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS)** (cap. II, § único, p. 4) (Brasil, 2014a, grifos nossos).

A maior interação do SUS no processo formativo aparece em diversos momentos das DCNs de 2014 como recurso para efetivar o futuro profissional nesse campo sob a roupagem das práticas ativas de ensino por meio da imposição de um novo arbítrio cultural e inculcando novos valores. As metodologias ativas de ensino inicialmente sugeridas como modelo de integração da teoria à prática, manifesta-se de maneira obrigatória como meio para a inserção do futuro profissional no sistema. Apresenta a curricularização da extensão como caminho a ser seguido nesse processo conforme observado no capítulo III pertinente aos conteúdos curriculares e projeto pedagógico do curso de graduação em medicina:

art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, **especialmente por meio da assistência** (art. 26, p. 12) (Brasil, 2014a, grifos nossos).

Ainda, espera-se que esse diálogo tenha início já nas séries iniciais e permaneça durante todo o processo formativo.

VI - Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são

ambientes relevantes de aprendizagem (art. 29, VI, p. 12) (Brasil, 2014a).

Para que isso ocorra, a diretriz indica a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial, as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS.

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (art. 29, VII, p. 12) (Brasil, 2014a).

Ao internato médico, estabelece o mínimo de 30% da carga horária prevista para as suas atividades devam ser realizadas na rede de atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato (art. 24 § 3º, p. 11) (Brasil, 2014a).

As DCNs, desde o seu princípio, evidenciam seu teor neoliberal no momento que define ao projeto pedagógico as competências e habilidades necessárias no processo formativo do futuro médico com a configuração de estabelecer o papel de “função social da escola”. Para Bourdieu, a escola (autoridade pedagógica) é um espaço de reprodução de estruturas sociais e de transferência de capitais de uma geração para outra. Reproduz as relações de força em que se baseia, entre os grupos da formação social em que ela se exerce (Bourdieu; Passeron, 1992).

A escola implica o trabalho pedagógico como trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um *habitus* como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural capaz de perpetuar-se após a cessação da autoridade pedagógica e por isso de perpetuar nas práticas os princípios do arbitrário interiorizado.

O currículo é uma sequência básica de conteúdos, divididos no tempo e no espaço, que o indivíduo precisa aprender naquela ordem. O currículo pode se transformar no “arbitrário cultural” caracterizado por Bourdieu e Passeron (1992). A

definição pelo governo das competências e habilidades necessárias cria uma situação de “violência simbólica” na qual um currículo determina os conteúdos a serem valorizados pelos estudantes (Bourdieu; Passeron, 1992).

O *habitus* portanto pode ser definido como disposições, estilos de vida, maneiras e gostos incorporados e campo como um espaço social que possui estrutura própria e, relativamente, autônoma em relação a outros espaços sociais, que tem uma lógica própria de funcionamento, estratificação e princípios que regulam as relações entre os agentes sociais. A inserção precoce no sistema define o local de trabalho (campo social). Quando se insere o estudante precocemente no sistema de saúde e todo o ensino atende as demandas do SUS, a mensagem subliminar é de que aquele deva ser o seu campo de trabalho (Bourdieu; Passeron, 1992).

Coadunando com esse pensamento, a partir do momento que o ensino estabelece as competências e habilidades necessárias ao futuro profissional concentrando sua atuação na atenção primária (SUS) pode se inferir a busca para o estabelecimento de um novo *habitus*, onde o campo de atuação esperado ao médico egresso seria na rede pública, local onde se concentra a maior parte da população (71,5%) que utiliza o SUS em detrimento da rede privada.

Outro ponto a não ser esquecido é o fato do estudante ser responsável pelo seu próprio aprendizado a partir do momento que se preconiza o uso de metodologias ativas de ensino, conforme o art. 26: “[...] projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo [...]”. Para isso, no art. 29, item II e IV, orienta que o curso deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, bem como promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular (Brasil, 2014a).

A orientação do modelo pedagógico a ser adotado tem como objetivo primordial superar a fragmentação dos conteúdos e sua desconexão com o contexto social, que se torna evidente na dicotomia entre teoria e prática que advém do currículo flexneriano. As metodologias ativas de ensino, por sua vez, constituem uma abordagem educativa que fomenta processos de ensino e aprendizagem sob uma perspectiva crítica e reflexiva, em que o aluno assume um papel ativo e é

corresponsável por seu próprio desenvolvimento. Ao professor, cabe proporcionar o ambiente e os recursos necessários para que os alunos construam seus conhecimentos, facilitando, assim, sua aprendizagem (Machado *et al.*, 2020).

Partindo dos pressupostos de Ausubel (1968, p. 37-38), “a aprendizagem torna-se significativa quando à medida que o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento e adquire significado para o estudante a partir da relação com seu conhecimento prévio”. Para isso, o docente precisa levar em conta o conhecimento prévio do aluno, a potencialidade do material e a disposição do aprendiz em aprender (Moreira, 2020). Para Dewey (1979) o ensino deve ser realizado por meio de experiências que sejam idênticas às condições da vida do aluno. Para tanto, os conteúdos devem abarcar o contexto do estudante, para que este possa refletir sobre ele, renunciando o potencial da curricularização da extensão.

A metodologia da problematização também é fundamentada no pensamento de Paulo Freire, que concebe a educação como um processo permanente de busca do conhecimento, opondo-se à educação bancária, caracterizada pela falta de criticidade do conhecimento. Ao professor cabe o papel de suscitar nos estudantes o espírito crítico, a curiosidade, a não aceitação do conhecimento simplesmente transferido. Dessa forma a ação teórico-prática poderá acarretar a transformação da realidade esperada (Arelaro; Cabral, 2019).

A demanda por métodos que enfatizem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos incentiva os educadores a explorar novos caminhos que fortaleçam a interação entre os envolvidos (professor/aluno, aluno/aluno, professor/professor), promovendo o protagonismo e a postura crítica e autônoma dos estudantes. Essa abordagem exige uma preparação docente sólida, planejamento intencional e metas bem definidas para alcançar os objetivos estabelecidos e gerar resultados desejados.

A adoção das metodologias ativas pela DCNS visa capacitar os docentes a desenvolverem as competências e habilidades necessárias. Contudo, observa-se que, independentemente da metodologia utilizada, o conhecimento e a preparação do professor são fatores determinantes para o alcance dos objetivos. Portanto, levando em consideração o exposto e diante das exigências das DCNs, cabe questionar: essas metodologias são estruturadas para impulsionar a criação de um conhecimento emancipador, solidário e crítico? Ou elas tendem a promover a mera assimilação de

informações ou o desenvolvimento de competências profissionais de natureza utilitária?

Simon (2014) alerta que a falta de conhecimento dos professores e ações não planejadas podem resultar em reformas curriculares superficiais, fragmentadas e passageiras, que não atendem aos objetivos pretendidos. Destaca ainda que novas abordagens pedagógicas, quando desconectadas de seus princípios fundamentais, podem não superar a eficácia das aulas tradicionais, desde que ministradas por professores engajados, qualificados e em condições favoráveis. Enfatiza que a transição para uma educação libertadora depende não apenas do método, mas também da intenção política do educador. Um educador comprometido com a transformação social pode transformar uma aula expositiva em um diálogo enriquecedor, enquanto um educador focado na manutenção pode perpetuar relações opressivas, mesmo em um ambiente de discussão em grupo, por exemplo.

Tanto o modelo flexneriano quanto às metodologias ativas representam formas de estruturar a formação de profissionais de saúde, visando à eficiência na formação de recursos humanos. Enquanto o primeiro introduziu rigor científico para superar abordagens empíricas, o segundo busca romper com a separação entre teoria e prática. Contudo, a mera adoção de metodologias ativas pode não ser suficiente para romper com uma abordagem utilitária, a menos que haja uma reflexão crítica sobre as finalidades do processo pedagógico. Assim, a utilização das metodologias ativas corre o risco de perpetuar a reprodução não emancipatória do conhecimento, resultando em profissionais que, ao final de sua formação, atuam no novo campo institucionalizado, porém sem promover a transformação desejada, como discutido nos estudos de Scheffer (2023) e Oliveira (2019).

A inclusão do estudante na rede básica de saúde desde o início de sua formação não garante sua permanência após a graduação, especialmente se não forem oferecidas condições adequadas de trabalho. Além disso, a implementação do SUS ao longo das últimas décadas não conseguiu frear a influência crescente da lógica neoliberal no setor de saúde. Portanto, é possível que a falta de profissionais na rede básica e em áreas distantes dos centros urbanos não seja exclusivamente atribuível a uma formação precocemente segmentada e especializada e pela falta de profissionais disponíveis no mercado de trabalho. Outros fatores, como a ausência de

políticas de incentivo à atuação em regiões remotas e a falta de condições adequadas de trabalho, podem estar contribuindo para esse cenário.

O contexto da política social refletido na criação PMM em 2013 e consequente adequação das diretrizes curriculares com a elaboração das novas diretrizes para a graduação em Medicina em 2014, estimularam o aumento de ofertas de vagas para formação de médicos e são uma resposta a necessidade melhora ao acesso à saúde pública. Porém, mesmo com o aumento do número de escolas médicas em várias regiões do país e o aumento do número dos profissionais formados, não se observou uma melhor distribuição dos profissionais tanto geograficamente quanto na atuação no sistema público de saúde como observado nos dados do IBGE de 2019 e na análise realizada por Scheffer em 2023.

Mesmo entendendo que o aumento do número de médicos inseridos no SUS seja necessário, não podemos cair numa visão reducionista ou unilateral da realidade, considerando-a como elemento determinante desse fenômeno, sem atentar para os fatores sócio-históricos que impactam esse processo, a exemplo das lutas estabelecidas entre as classes sociais. O aumento de ofertas de vagas para formação de médicos por um lado melhora o acesso da população ao serviço de saúde, porém por outro lado pode acarretar a precarização do trabalho. O excedente de profissionais disponíveis, conhecido como “exército de reserva”, eleva a concorrência entre os próprios trabalhadores e limita os salários. Ou seja, a população trabalhadora cresce mais rápido que a demanda.

Saviani (1994), discute a contradição do ensino centrado no aluno com a finalidade de melhorar o seu aprendizado em resposta ao mercado. O indivíduo passa a ser responsável em adquirir os meios para se tornar competitivo no mercado de trabalho, para conquistar o status de empregabilidade, embora sem garantias de acesso ao emprego. Ao definir o campo de aprendizado (SUS), o governo delimita o conteúdo. Para o autor, o saber era necessário aos trabalhadores, mas não podia ser ofertado de modo integral, já que concebia o saber como meio de produção e/ou força produtiva, e, portanto, na “medida em que o saber se generaliza e é apropriado por todos, então os trabalhadores passam a ser proprietários dos meios de produção” (Saviani, 1994, p. 160). O controle do acesso ao saber era essencial, pois no capitalismo “o trabalhador não pode ter meios de produção, não pode deter o saber” (Saviani, 1994, p. 161). A contradição inevitável entre socialização do conhecimento

e apropriação privada e concentrada da riqueza socialmente produzida. Essa precarização seria uma estratégia do sistema para manutenção da estrutura?

Segundo Bourdieu e Passeron (1992), a precarização do trabalho é o modo de dominação que institui uma situação generalizada e permanente de insegurança, com o objetivo de obrigar os trabalhadores à submissão e aceitação da exploração. A precarização humana (ou da força de trabalho) está relacionada a mercantilização da força de trabalho expressos na descartabilidade e desvalorização do trabalhador, aos baixos salários, déficit de recursos e de insumos, ambiente de trabalho inadequado e carga horária excessiva, o enfraquecimento das representações sindicais e coletivas que se constituem como motivos de insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico.

Quando se desenhou o modelo de assistência à saúde, educação médica e pesquisa, entre outros pressupostos, baseou-se nos resultados do estudo “The Ecology of Medical Care” de 1961 (White; Williams; Greenberg, 1996). Preconizou-se que a atuação do profissional da saúde deveria ser no campo da prevenção e a atenção primária como uma forma efetiva de melhorar a qualidade de vida da população e diminuir as causas preveníveis e de morbimortalidade. Desde então, houve mudanças marcantes na organização e no financiamento da assistência médica.

Porém, uma atualização do estudo (White; Williams; Greenberg, 1996), não demonstrou modificação no perfil de saúde da população. Mesmo com o investimento na prevenção, melhoria dos tratamentos e das medicações, mantiveram-se as proporções das doenças e do tipo de assistência requerida. Analisando esses dados, surgem os questionamentos: A inserção prioritariamente na atenção primária será o suficiente para a formação completa do profissional? Quando se faz necessário o atendimento especializado, será que esse profissional formado para atendimento das demandas gerais da população estará apto a reconhecer e indicar a melhor opção?

Este modelo também pode aprofundar suas contradições históricas, levando a cristalização da desigualdade na sociedade. Por um lado, a educação tem sido pautada não só no movimento para a manutenção do sistema (estrutural) mas também para induzir possíveis melhorias tanto na educação quanto em outros campos focando em resultados mais objetivos que não implica necessariamente na qualidade e melhoria do acesso ao atendimento. Será que priorizando a formação para o atendimento básico, sustentado nas políticas de saúde atual, e assim garantindo a

formação da mão de obra necessária para o atendimento na rede pública de saúde não está se esquecendo da necessidade de aprender a lidar com as tecnologias e tratamentos especializados?

A centralidade absoluta do sistema de saúde na atenção básica pode significar o impedimento do acesso aos procedimentos mais complexos quando necessários. A dificuldade de acesso a procedimentos de média complexidade, os mais atraentes para a iniciativa privada, “necessidades” que ultrapassam os limites da “atenção básica”, pode também ser sinal da influência do ideário neoliberal. Fleury (2008, p. 1) partilha desta preocupação e observa que “concentrar-se na atenção primária não é equívoco técnico, é opção política oposta a sistemas universais e integrais”.

Jurca (2020) em um estudo com o objetivo de compreender a expansão dos segmentos públicos e privados de saúde no atendimento da população de um território periférico da Zona Sul da cidade de São Paulo identificou a expansão da rede privada através da emergência das clínicas de baixo custo como resposta a preencher as lacunas de acesso aos serviços de saúde ou mesmo substituí-los. Observou-se que a garantia de direitos e a prestação de serviços estão se afastando cada vez mais do modelo universalista e o surgimento de novas necessidades de consumo correspondente às reformas na organização e prestação dos serviços neste setor.

A diminuição do investimento na saúde especializada e o aumento da dificuldade de acesso a esse serviço gera a demanda pelo serviço no setor privado, levando a contradição do sistema e sua manutenção. Ao abrir espaço para o mercado, expande a margem de ação para uma gama de serviços de saúde privados como as clínicas médicas populares. Desta forma, estabelece-se um ramo de atuação, permeado pela exploração da assistência social e à saúde no território por uma falta de oferta induzida, seja pela política nacional (Jurca, 2020).

Ao longo da história, as ações políticas direcionadas ao setor educacional foram regidas pela premissa básica da sustentabilidade e das necessidades de cada contexto econômico de determinado período. A educação pode contribuir tanto para a perpetuação das relações sociais de produção como para transformá-las, sendo, portanto, um campo estratégico para o desenvolvimento social, econômico e cultural. Várias reformas institucionais vêm sendo realizadas para ajustar o Estado brasileiro aos novos padrões de produção do sistema capitalista e exprimem a necessidade de

reestruturação das grandes áreas de atuação do Estado, estabelecendo um foco maior na para as áreas sociais como é o caso da saúde e da educação.

Para se ter um sistema de saúde melhor primeiramente necessita-se de profissionais capacitados e isso só se consegue através do ensino. O ensino tem que ser acima de tudo voltado para formação de bons profissionais. Ter o conhecimento básico parece não ser o suficiente para sustentar o sistema e melhorar a qualidade de vida da população. Para tanto, observa-se um movimento constante de ajustamento do sistema voltado à sua própria reestruturação. Cabe ao docente conhecer o que está posto e estar preparado para lidar com essa nova realidade pois se ele souber lidar com essas novas normativas, o uso de metodologias ativas de ensino tem um grande potencial transformador social, porém para isso exige que o ensino tenha sentido.

A partir do momento que o docente compreender a nova realidade, a implementação dessas modificações poderá se materializar e como preconizado por Paulo Freire, 2013, trazendo sentido para o ensino e assim possibilitar a transformação social. Para isso, faz-se necessário a capacitação do docente com o intuito de prepará-lo para lidar com essas diferentes formas de ensino, possibilitando o diálogo entre a universidade e a sociedade. Porém se apenas cumprir a diretriz corre-se o risco de traduzir-se em ações isoladas, por muitas vezes assistencialista, sem sentido para o ensino e para o aluno e sem reflexos duradouros na sociedade.

4 ALINHAVOS E TESSITURAS DO/NO PROCESSO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FUTURO MÉDICO: O CAMINHO DAS POLÍTICAS EXTENSIONISTAS

A seção trazida ao diálogo acerca da formação médica e os impactos das políticas extensionistas no campo formativo, tem como objetivo analisar as repercussões das políticas internacionais na instrumentalização da constituição identitária da formação médica descritas nos documentos reguladores da profissão por meio do estudo da lei nº. 13.005, de 25 de junho de 2014, meta 12.7 que aprova o PNE e da resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, que a regulamenta (Brasil, 2014a, 2018). Na perspectiva da teoria da reprodução social de Bourdieu, a seção busca investigar as possíveis repercussões no *habitus* por meio das tendências culturalmente homogeneizadoras sugeridas por tais políticas e o papel da universidade no que diz respeito à sua autoridade pedagógica.

Para atingir esse objetivo, inicialmente apresentamos uma revisão histórica da extensão no Brasil. Na sequência intenciona-se correlacionar com o processo formativo inicial por meio de uma revisão integrativa acerca da compreensão do processo no ensino médico. E, por fim, delinear os desafios e possibilidades frente às alterações curriculares propostas (impostas).

4.1 HISTÓRICO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS

Desvelar os caminhos das políticas extensionistas como propositivas instauradas enquanto constituintes identitários da formação profissional requer o revisitar da história dos percursos desenhados pela extensão na realidade da sociedade brasileira. Frente ao cenário apresentado, a partir das buscas documentais, verifica-se que as primeiras iniciativas de extensão universitária no Brasil foram registradas em São Paulo, entre 1911 e 1917. Apresentava-se por meio de conferências e semanas abertas ao público, com diversos temas a serem trabalhados, porém não relacionados às problemáticas sociais e políticas da época. As questões

abordadas nessas atividades não estavam direcionadas às questões sociais e econômicas da comunidade.

O marco inicial legal surgiu no Estatuto das Universidades, em 11 de abril de 1931, instituído pelo decreto nº. 19.851, objetivava a disseminação de conhecimentos úteis à sociedade, na solução de problemas sociais e na promoção de ideias nacionais fundamentais. Nesse documento, a extensão universitária foi oficialmente estabelecida como um meio para o aprimoramento dos estudantes e tinha como objetivo “expandir, em benefício coletivo, a atividade técnica e científica das instituições universitárias (art. 35, alínea f)” (Brasil, 1931). E estabelecia as atribuições do conselho universitário, constando, dentre elas, no art. 23, item XVII, a atribuição de “organizar, de acordo com propostas dos institutos da Universidade, os cursos e conferências de extensão universitária” (Brasil, 1931).

O paradigma posto acerca da extensão universitária estabelecido nas entrelinhas do decreto nº. 19.851 de 1931, rompe-se nos idos dos anos de 1980, quando se assume o discurso da extensão universitária como um elo entre os saberes gerados na academia e sua interação com a comunidade teve início com a criação do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão Universitária das universidades brasileiras (FORPROEX) em novembro de 1987. Seu propósito era fortalecer, avaliar, institucionalizar e coordenar as iniciativas de extensão nas instituições de ensino superior. Para o FORPROEX (2012), a extensão universitária foi conceituada como um processo educacional, cultural e científico que entrelaça o ensino e a pesquisa de maneira inseparável, promovendo uma relação de transformação entre a universidade e a sociedade. É uma via de troca mútua entre a academia e a sociedade permitindo a convergência entre os saberes acadêmicos e populares (FORPROEX, 2012).

Na reestruturação do sistema político brasileiro, efetivada por meio da Constituição de 1988, tem-se firmado o princípio da “indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (art. 207)”, enquanto a lei de diretrizes e bases da educação nacional (LDB) de 1996, lei nº. 9.394/96 (Brasil, 1996) definindo a extensão universitária como um dos propósitos da Universidade (art. 43). O inciso VII, realçou a importância da extensão universitária aberta à participação da comunidade, visando disseminar os frutos da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica da instituição.

A interconexão entre ensino, pesquisa e extensão, mesmo que desenhada e subscrita na forma de lei, não estava claramente delineada, esboçando-se mais como um serviço assistencial às demandas sociais. A regulamentação da extensão universitária só foi estabelecida pelo decreto nº.7.233, de 2010 (Brasil, 2010), art. 4º § 2º VIII, quando foi condicionada a alocação de recursos para universidades federais, com a existência de programas institucionalizados de extensão, com indicadores de monitoramento.

Em 2012, o FORPROEX revisou essa visão da extensão, enfatizando como princípios fundamentais a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, além de reforçar a conexão indissociável entre ensino, pesquisa e extensão. Nas diversas expressões do pensamento do FORPROEX, defendia-se um papel inovador para a extensão universitária, com capacidade de instigar uma interação mutuamente transformadora entre a universidade e a sociedade (FORPROEX, 2012).

Já sob esse novo olhar, apresenta-se pela primeira vez no PNE, 2001-2010, lei nº. 10.172, de 9 de janeiro de 2001, metas 21 e 23. A meta 23 assegurar que, no mínimo, 10% do total de créditos exigidos para a graduação no ensino superior no País deverá ser reservado para a atuação dos alunos em ações extensionistas, instituindo a “obrigatoriedade de 10% dos créditos curriculares exigidos para a graduação, integralizados em ações extensionistas”.

A obrigatoriedade da extensão reaparece no PNE 2014-2024, na sua estratégia 7, meta 12, lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que determina a necessidade de assegurar que no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação sejam cumpridos por meio de programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de **grande pertinência social**¹⁵ já prenunciando a transferência da responsabilidade do serviço nessas áreas, em especial a saúde e a educação.

Todavia, ainda não existia uma diretriz para tal implementação, o que veio ocorrer por meio da resolução MEC/CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018 que estabelece: “as atividades de extensão devem compor, no mínimo, 10% (dez por

¹⁵ A Constituição Federal de 1988 define no capítulo II, art. 6º como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (Brasil, 1988).

cento) do total da carga horária curricular estudantil dos cursos de graduação, as quais deverão fazer parte da matriz curricular dos cursos” (Brasil, 2018, p. 2).

O PNE, uma iniciativa para o desenvolvimento educacional do Brasil, delinea as diretrizes e metas para aprimorar diversos aspectos do sistema educacional. Entre essas diretrizes, destacam-se a melhoria da qualidade do ensino, a formação voltada para o mercado de trabalho, a promoção do avanço humanístico, científico e tecnológico do país, além do estabelecimento de metas orçamentárias em relação ao produto interno bruto (PIB). Conforme destacado em alguns pontos do art. 2:

- V - Formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade;
- X - Promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental (Brasil, 2014b).

O PNE de 2014, diferente dos anteriores, é decenal por força constitucional, o que significa que ultrapassa governos. Tem o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas (Brasil, 1988). Pode-se verificar que tanto a Constituição Federal, quanto o PNE já preveem a articulação em diversos setores da sociedade para a sua efetivação e sustentabilidade.

O discurso do ministro da educação, Aloizio Mercadante, na 38ª conferência geral da UNESCO de 2015, reforçou o comprometimento do Brasil com o objetivo de desenvolvimento sustentável número 4 do marco de ação da Agenda 2030 e citou o PNE como orientação para todo o sistema educacional brasileiro (Ministério da Educação, 2015). Essa fala do ministro expõe a articulação do PNE com as demais ações governamentais com o objetivo de cumprir as metas propostas na Agenda 2030.

A Agenda 2030, trata-se de um plano de ação global que abrange as dimensões ambiental, econômica e social do desenvolvimento sustentável de forma integrada e inter-relacionada. Nesta agenda estão incluídos os ODS, composto por 17 objetivos (figura 8) e 169 metas de ação global para o alcance até 2030. Guiados pelas metas globais, a expectativa é de que para além do alcance das metas pactuadas os países definam as suas metas nacionais e as incorporem em suas políticas, programas e planos de governo (Cruz *et al.*, 2022).

Figura 8: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Agenda 2030



Fonte: Disponível em: <https://www.estrategiaods.org.br/o-que-sao-os-ods/>. Acesso em: 16 mar. 2024.

A ODS 4, concentra-se especificamente na educação de qualidade e inclusiva. A relação entre o PNE e os ODS é de interdependência e alinhamento. Ambos têm como objetivo promover o desenvolvimento social, econômico e ambiental de maneira sustentável, buscando melhorias em várias áreas, incluindo a educação. Esse alinhamento entre as políticas públicas é previsto no PNE como pode ser observado no art. 8º § 1º: "I - assegurem a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais, particularmente as culturais" (Brasil, 2014b).

Ao analisar o histórico da extensão universitária, à luz da teoria da reprodução social de Bourdieu, fica perceptível a mudança da concepção da atividade inicialmente voltada para a disseminação de informação para uma atuação integrada à formação (figura 9). Além de conectar sua práxis às áreas de grande pertinência social, áreas essas de responsabilidade do governo conforme o art. 6 da Constituição Federal de 1988.

Surge, então, o questionamento sobre se essa conexão não tem a intenção de impor à sociedade a obrigação de cumprir as responsabilidades constitucionalmente atribuídas ao poder público, ao alinhar o PNE ao cumprimento dessas metas estabelecidas globalmente. Tal fenômeno pode ser interpretado como uma forma de violência simbólica, que busca modificar a formação médica ao impor um novo conjunto de valores culturais.

Figura 9: Linha do tempo da transformação da concepção da extensão universitária e sua relação com o modelo econômico vigente



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na figura 9, observa-se a modificação da concepção da extensão universitária conforme acentua-se a crise econômica no país e sucessivas tentativas para conter a inflação vão sendo efetivadas no plano econômico. O aprofundamento desse movimento se torna evidente com a crescente influência do neoliberalismo no país e com as tentativas de redução do tamanho do Estado.

Apesar do potencial da integração entre ensino e extensão para proporcionar uma aprendizagem significativa, a obrigatoriedade das IES atuarem de forma extensionista em áreas de relevância social é um assunto controverso. O Estado pretende, assim, impor às instituições de ensino superior um papel extensionista em áreas de grande importância social, cumprindo, dessa forma, a obrigação do poder público de agir nas áreas de interesse social prioritário?

A transferência de obrigações já vem sendo institucionalizada com a imposição de interação obrigatória dos cursos da saúde com o SUS, de acordo com o estabelecido nas DCNs. Explorando sob a perspectiva da sustentabilidade do sistema, verifica-se que os orçamentos nacionais não têm sido capazes de impulsionar o desenvolvimento que a Agenda propõe, sobretudo quando submetidos a políticas de restrição de gastos, de redução do papel do Estado e de restrição de investimentos (Moreira *et al.*, 2019).

A extensão poderia, portanto, se apresentar como uma possibilidade para o governo para impulsionar esses objetivos uma vez que o uso de estudantes através da extensão seria uma maneira de suprir esse campo de trabalho. Embora a interação com o SUS seja importante e até mesmo desejável, para ter significado na formação não se pode conectar o ensino às demandas da sociedade de maneira desordenada e sem propósito definido. Essa ação deve ser planejada, construída dentro de um projeto de ensino que proporcione atividades crítica e reflexiva.

Moreira *et al.* (2019) em seu estudo que teve o objetivo de analisar as percepções de analistas brasileiros em saúde sobre as possibilidades de o país cumprir os ODS até 2030, sobretudo no que se refere às metas do para a saúde (ODS 3) apresenta que a educação junto com o fortalecimento da atenção básica surge como recomendação forte para o poder público como potencial para o cumprimento das metas proposta para a saúde ODS 3. Para assegurar que essa interação não comprometa a qualidade da formação, deve-se atentar para que não se transforme no único foco do ensino. Deve ser considerada como uma parte complementar do currículo, com o intuito de evitar uma formação superficial e excessivamente voltada para a prestação de serviços, sem aproveitar seu potencial transformador.

Coadunando com essa metamorfose, fica perceptível a tripla crise da universidade segundo Santos (2011). Identificada como crise de hegemonia, a de legitimidade e a institucional. A crise de hegemonia refere-se à perda de influência e domínio que as universidades tradicionalmente detinham sobre o conhecimento e as ideias. A ideia de produção autônoma do conhecimento, atualmente é contraposta às necessidades de formação profissional e de inovação, para o atendimento das necessidades sociais e do mercado. A legitimidade envolve o questionamento da relevância e o impacto real da pesquisa acadêmica. E por fim, a crise institucional diz respeito aos desafios internos que as universidades enfrentam, como a burocracia excessiva, a falta de flexibilidade e a rigidez dos currículos.

A extensão universitária surge como uma abordagem promissora para superar essas crises, restaurando a relevância da universidade. A diversificação da instituição adquire um papel importante na expansão e reestruturação e, portanto, na configuração dos sistemas de educação superior. Age como uma ponte entre a academia e as necessidades da sociedade, abordando problemas reais e fortalecendo o papel das universidades como agentes de mudança positiva. Além disso, ao

ênfatar a aprendizagem experiencial, a colaboração interdisciplinar e parcerias externas, a extensão pode revitalizar as estruturas institucionais, tornando-as mais flexíveis e aptas a se adaptar às necessidades em constante evolução da sociedade.

A relação entre o desenvolvimento sustentável e o ensino superior está modificando a abordagem da extensão universitária em busca de uma maior responsabilidade social. A interação entre o PNE e as ODS pode gerar desafios e contradições para as IES, que precisam redefinir seus objetivos para atender aos interesses da sociedade e do mercado, agravando a crise de legitimidade. Não há consenso sobre o papel das IES na resolução de problemas sociais. No entanto, desafios econômicos, como cortes de verbas e a necessidade de encontrar novas fontes de financiamento, podem redirecionar recursos para pesquisas alinhadas com a Agenda 2030, transformando a extensão universitária de assistencial para comercial, impactando o compromisso social da universidade, seu propósito original e na formação.

A objeção a essa abordagem decorre do fato de que nem todos os profissionais na área de saúde desejam prestar serviços no SUS, uma vez que têm a liberdade de optar por trabalhar em outros campos. Assim, a imposição de tal obrigação pode ser vista como uma restrição à liberdade da formação. Essa discussão envolve a busca pelo equilíbrio entre o interesse social prioritário e a liberdade individual de escolha de carreira, destacando a necessidade de encontrar um meio-termo que promova a interação com o SUS sem impor essa rota específica a todos os profissionais.

4.2 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A FORMAÇÃO MÉDICA

Historicamente, no Brasil, a formação médica seguiu o modelo educacional norte-americano, conhecido como o modelo flexneriano. Nesse modelo, os aspectos técnicos foram ênfatizados, com foco em procedimentos e ferramentas de diagnóstico e tratamento, com uma ênfase acentuada na especialização médica. O ensino ocorreu principalmente em ambiente hospitalar, caracterizado por sua rigidez metodológica, resultando em uma abordagem fragmentada e descontextualizada da realidade profissional.

Contudo, o questionamento desse modelo educacional surgiu em consonância com debates globais sobre o conceito ampliado de saúde da OMS, a defesa da APS

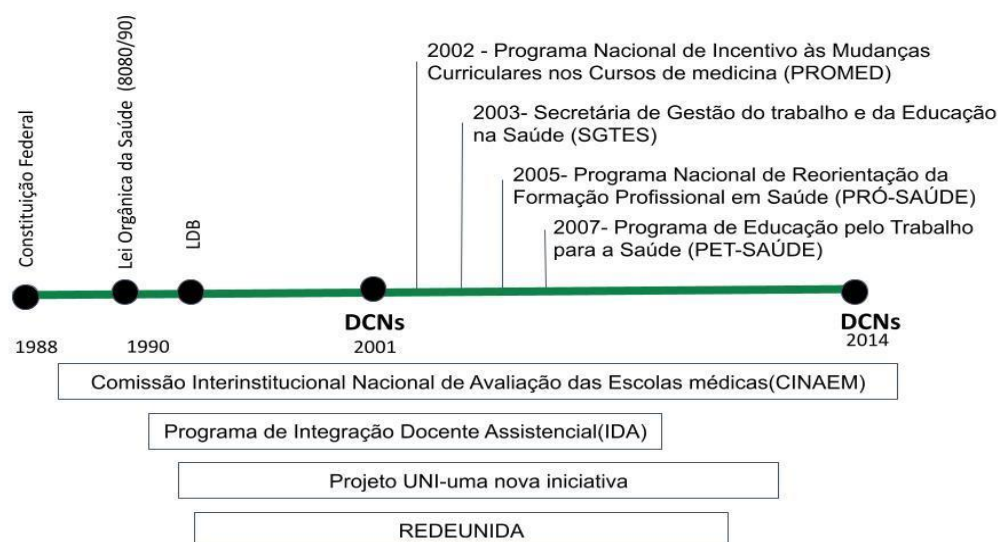
e o acesso igualitário à saúde para todos, conforme proposto na conferência de Alma-Ata, bem como os princípios da Carta de Ottawa, que criticava o modelo biomédico e enfatizava a qualidade de vida em saúde.

A partir desse ponto, a formação médica no Brasil começou a passar por reformulações significativas. A reforma sanitária e a criação do SUS destacaram as limitações da formação tradicional, a crescente discrepância entre o modelo de atuação médica existente e as necessidades de saúde da população, enfatizando a necessidade de um novo modelo educacional alinhado com as demandas do sistema de saúde.

A Constituição de 1988 evidenciou deficiências no sistema de saúde e a necessidade de reformular a formação de profissionais de saúde. A Lei nº. 8.080, de 1990 (Brasil, 1990), enfatizou a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, com as IES responsáveis por orientar a formação de recursos humanos para o SUS, garantindo sua sustentabilidade. Nesse contexto, a formação médica desempenha um importante papel na qualidade dos cuidados de saúde, sendo uma área de constante atenção por parte de organizações como a OMS, a ABEM e as IES, entre outras.

Projetos criados nas décadas de 1980 e 1990, como o programa IDA, Uma Nova Iniciativa (UNI), Rede Unida e a CINAEM, representaram algumas iniciativas de transformação na formação de médicos e outros profissionais de saúde, gerando discussões principalmente nas universidades (figura 10).

Figura 10: Marcos históricos das políticas públicas orientadoras da formação médica



Fonte: Elaborada pela autora (2023), adaptado de Ferreira *et al.* (2019).

A figura 10 evidencia a trajetória histórica, na qual a área da saúde estabelece uma parceria com a área da educação a partir da constituição do SUS e a implantação da nova lei de diretrizes e Bases – lei nº 9.394/96 (Brasil, 1996). Nesse processo, as concepções pedagógicas, a organização da assistência à saúde, a formação de recursos humanos e a prática profissional sofrem as influências das transformações socioeconômicas.

A partir de 2000, houve um aumento nas iniciativas para promover mudanças na formação em saúde com a edição das DCN para os cursos de graduação em saúde a partir de 2001 e a criação do PROMED em 2002, em uma colaboração entre os ministérios da saúde e o MEC.

Nesse contexto, a criação da secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde (SGTES) no âmbito do ministério da saúde, em 2003, reforçou as iniciativas de educação em saúde. Isso marcou o início de um segundo movimento de iniciativas e programas para promover mudanças curriculares, em uma colaboração mais sólida com o MEC. Alguns desses programas incluem o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde), o programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET-Saúde) e a revisão das DCN para a graduação em medicina em 2014.

Dessa forma, o ensino médico começou a ser reestruturado a partir das DCN implantadas em 2001 e renovadas em 2014. O objetivo é garantir uma formação médica alinhada com o SUS, resultando em profissionais capazes de lidar com os problemas de saúde mais prevalentes. Isso tem envolvido a adoção de diversas iniciativas político-pedagógicas pelo ministério da saúde, buscando redirecionar o modelo curricular predominante nos cursos de graduação em medicina, que fragmentava a formação em dois ciclos (básico e profissional) centrados na doença, para um modelo que seja integrador e promotor da saúde.

As DCNs, especialmente as de 2014, introduziram uma abordagem inovadora na formação médica, promovendo a ampliação dos locais de aprendizado ao incluir os estudantes nos serviços de saúde desde as séries iniciais até a conclusão do curso. Nesse momento, a extensão universitária passa a ser incorporada como meio de operacionalizar a integração do ensino, pesquisa e extensão, conforme pode ser observamos nos artigos pertinentes aos conteúdos curriculares e projeto pedagógico do curso:

art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência (Brasil, 2014a, p. 12).

art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:
II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
IX - Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (Brasil, 2014a, p. 12).

A resolução nº. 7, de 18 de dezembro de 2018 reforça essa integração como pôde ser verificado no art. 5º, IV na qual define que a articulação entre o ensino, a extensão e a pesquisa estejam ancoradas no processo pedagógico. A mesma resolução também estabelece que as ações extensionistas devem ter por finalidade o desenvolvimento social (art. 6º, § VII) e envolver a comunidade como um todo (art. 7º), podendo ser realizada na forma de prestação de serviços (art. 8º, § V).

Observa-se que a extensão incorporada nas DCNs tem em seu escopo promover a formação de profissionais de saúde generalistas, focados na APS proporcionando a construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos. Ao integrar a extensão ao projeto pedagógico do curso, curricularizar a extensão, espera-se conectar o ensino às demandas da sociedade, ressignificar a formação e proporcionar a transformação social conforme preconizado por Paulo Freire e denominada “educação problematizadora” (Arelaro; Cabral, 2019).

Ao focar exclusivamente nas necessidades do SUS, as IES podem não preparar adequadamente os estudantes e resultar em uma falta de ênfase em conceitos e habilidades fundamentais para uma compreensão mais profunda da disciplina. Para não correr o risco de fornecer uma educação superficial em favor de habilidades técnicas específicas, as atividades devem ser pensadas e planejadas. Freire acreditava que a educação deveria ser um processo de diálogo entre educador e educando, no qual o conhecimento é construído coletivamente e relacionado às experiências e realidades dos alunos. Acreditava que a educação não deveria ser uma transmissão passiva de informações, mas sim um processo ativo de construção de

conhecimento, que capacitasse as pessoas a entenderem o mundo ao seu redor e a se tornarem agentes de mudança (Arelaro; Cabral, 2019).

Frente ao exposto, compreendendo o constante aprofundamento das desigualdades socioeconômicas no Brasil e a crescente mercantilização dos serviços de saúde, o processo de implementação das DCNs de 2014 e da curricularização da extensão apresentam-se como uma ação exponencial de reconfiguração do campo formativo. A educação médica acena para o fortalecimento da relação comunidade-IES, reverberando na constituição identitária do futuro médico como um sujeito integrado à comunidade e as carências sociais da população.

Ademais, reforça a importância da formação integral do estudante, permitindo que ele seja protagonista nesses processos de transformação da universidade e da sociedade. As análises dos documentos levam a questionamentos específicos para compreensão de como o processo de formação está ocorrendo. O estudo da totalidade demonstra a contradição entre os documentos, entre uma formação integral e humana e a formação voltada para suprir as demandas da sociedade em substituição da responsabilidade governamental.

Com a finalidade de analisar a mudança decorrente desse movimento é considerável identificar o consenso atual sobre algumas indagações recorrentes: Qual a compreensão atual sobre a curricularização da extensão? Quais serão os efeitos da curricularização da extensão? Como o processo está acontecendo? Para responder essas questões, inicialmente realizou-se uma revisão integrativa com análise temática e estruturada em três tópicos: a) o entendimento sobre a Curricularização da Extensão, b) finalidade da integração curricular com a extensão e, c) relação com a aprendizagem significativa.

A pesquisa foi realizada na primeira quinzena de março/2022 nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na qual foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Escola de Medicina”, “Escolas Médicas”, “Escolas de Medicina” ou “Faculdade de Medicina” e “Extensão”, “Extensão Universitária”, “Curricularização da Extensão” ou “Extensão Comunitária” e “currículo” ou “currículo em ação”. O cruzamento dos descritores foi realizado por meio do operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram artigos brasileiros em idioma de língua inglesa, espanhola ou portuguesa. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2018 e artigos de relato de projetos de extensão que não estavam previstos no PPC.

As coletas evidenciaram uma produção do conhecimento centrada em relatos de experiências e projetos de extensão, porém foram excluídos dos resultados pois no corpo do texto se tratavam de propostas isoladas, não planejadas dentro do projeto pedagógico do curso. Como resultado, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a dois artigos com relato de experiência sobre a curricularização da extensão no curso de medicina (quadro 1).

Quadro 1: Artigos encontrados nas bases de dados

Título	Autores	Ano	Base de dados
Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação.	ALMEIDA, S. M. V. DE; BARBOSA, L. M. V.	2019	Scielo
Cuidado à Saúde e a Formação do Profissional Médico	GONÇALVES, J. V.; SILVA, R. F. DA.; GONÇALVES, R. DE C.	2018	Scielo

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Frente a escassez de produção sobre o tema de estudo, optou-se pela incorporação da produção dos COBEM no período do estudo, anos de 2018 a 2021 (quadro 2) e que contemplasse os critérios de inclusão e exclusão supracitados.

Quadro 2: Produções do Congressos Brasileiros de Educação Médica 2018-2021

Título	Autores	Fonte
Extensão e educação popular em saúde: ampliando possibilidades na educação médica	PELUCIO, E. B.; PAULINO, D. B.; SILVA, G. M.; RAIMONDI, G. A.	56° Cobem
Prática na formação: pilar da educação médica	ARGÔLO, M. J. R.; PEREIRA, T. L.; FREITAS, F. M.; DUCCINI, E. C.; CARDOSO, P. B.; ALMEIDA, M. T. P. DE.	56° Cobem
Percepção docente sobre as ligas acadêmicas de medicina (LAM) e a discussão na curricularização das atividades de extensão	MARCARINI, B. G.; ALVES, R.; FERRAZ, J. E. D. C.; SETTE, P. A..	58° Cobem
Desafios da curricularização da extensão nos projetos pedagógicos	ANBAR NETO, T.; MARQUES, N. B. N.; SANFELICE, F. A. N.; CURY, P. M.; PACCA, F. C..	58° Cobem
Curricularização da extensão no curso de medicina: um relato de experiências	BARBOSA, J.; KEIL, E. S.; WIESE, L. P. DE L.; WIESE, J. R. P..	59° Cobem
A curricularização da extensão no curso medicina: o encontro com a arte, a cultura e a sociedade	CECILIO, S. G.; GARAVINI, A. B.; FERNANDES, A. P. P. C.; ROCHA, J. G. B..	59° Cobem

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Na análise dos textos selecionados, pode-se perceber que a interface entre ensino e trabalho no SUS proporciona diálogos que incluem o protagonismo de estudantes e profissionais de saúde com a integralidade da atenção e a responsabilização com os usuários, como demonstrado por Almeida (2019) e Gonçalves (2018) em seus relatos. Descrevem as experiências vivenciadas pelos estudantes nos projetos de extensão propostos no curso de medicina da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) e na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), respectivamente.

Os autores indicam que, por meio dos projetos de extensão, os acadêmicos têm contato com populações em vulnerabilidade e condições específicas, como idosos e adolescentes, e frente às demandas interventivas acabam por relacionar os conteúdos teóricos da formação inicial com a realidade prática da área. Os estudos de Almeida (2019) e Gonçalves (2018) indicam que a curricularização da extensão, nas IES pesquisadas, viabilizou o aprimoramento da habilidade de escuta e

comunicação nos acadêmicos, diante das narrativas dos pacientes, e essas por sua vez fomentaram ações humanizadas e condizentes à realidade daqueles sujeitos.

Identificou-se que a partir das experiências vividas no campo da extensão, os acadêmicos ficaram expostos à complexidade social, desenvolvendo a empatia pelos grupos atendidos, utilizando os conhecimentos teóricos estudados anteriormente em favor da qualidade de vida e compromisso social da população, realizando um entrelaçamento entre ensino e desenvolvimento social da universidade.

A curricularização da extensão universitária apresenta-se nos documentos orientadores (resolução CNE/CES nº. 07/2018) como uma oportunidade para que essa aproximação, todavia evidencia a necessidade de uma reformulação ou adequação curricular no qual as ações propostas apresentam uma sustentação delineada a partir de um roteiro, método e finalidade estabelecidos de acordo com o perfil identitário assinalado nas DCNs do curso.

Na primeira análise dos textos encontrados, observou-se diferentes abordagens referentes ao assunto. Partindo dessa premissa, para melhor compreensão do objeto de estudo, os dados coletados foram submetidos à análise temática conforme o quadro a seguir (quadro 3).

Quadro 3: Divisão dos textos encontrados de acordo com a temática

Temática	Títulos	Autor Ano
Definição curricularização da extensão	Percepção docente sobre as ligas acadêmicas de medicina (LAM) e a discussão na curricularização das atividades de extensão	Marcarini 2020
	A curricularização da extensão no curso medicina: o encontro com a arte, a cultura e a sociedade	Cecilio 2021
	Desafios da curricularização da extensão nos projetos pedagógicos	Anbar Neto 2020
Finalidade da curricularização da extensão	Curricularização da art. no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação.	Almeida 2019
	Cuidado à Saúde e a Formação do Profissional Médico	Gonçalves 2018
	Curricularização da extensão no curso de medicina: um relato de experiências	Barbosa 2021
	Percepção docente sobre as ligas acadêmicas de medicina (LAM) e a discussão na curricularização das atividades de extensão	Marcarini 2020
	Extensão e educação popular em saúde: ampliando possibilidades na educação médica	Pelucio 2018
Aprendizagem significativa da curricularização da extensão	A curricularização da extensão no curso medicina: o encontro com a arte, a cultura e a sociedade	Cecilio 2021
	Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação.	Almeida 2019
	Cuidado à Saúde e a Formação do Profissional Médico	Gonçalves 2018
	Extensão e educação popular em saúde: ampliando possibilidades na educação médica	Pelucio 2018
	Prática na formação: pilar da educação médica	Almeida 2018

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Com base nos artigos supracitados, as questões seguintes têm o objetivo de identificar e analisar o entendimento predominante em relação ao tema de estudo, a fim de investigar as contradições que surgem e as mudanças que estão ocorrendo na formação inicial de médicos em todo o país. Esta pesquisa busca aprofundar a compreensão das questões centrais envolvidas e seus impactos nos cursos de

medicina do Brasil, destacando as transformações que já estão em andamento.

4.2.1 Afinal, o que é a curricularização da extensão?

A ideia da curricularização da extensão universitária assume roupagens diversificadas em cada tempo histórico da sociedade. A discussão inicial como prerrogativa de constituição identitário do futuro profissional, evidencia-se inicialmente no PNE 2001-2010 em suas metas 21 e 23, instituindo a “obrigatoriedade de 10% dos créditos curriculares exigidos para a graduação, integralizados em ações extensionistas”.

O PNE de 2014-2023, estabelece e reforça as metas e estratégias que envolvem a educação no contexto brasileiro na sua estratégia 7 da meta 12, com a seguinte redação: “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, **prioritariamente, para áreas de grande pertinência social**” (Brasil, 2014b, grifos nossos).

Prenuncia a potencialidade de rompimento com o modelo de universidade vigente no país, a partir da reconexão social/territorial das instituições, da resignificação do ensino superior e do reconhecimento da extensão como função acadêmica integrada ao currículo (Imperatore; Pedde, 2015). Apresenta-se como a busca da indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão na universidade, e de, por outro ângulo, da necessária conexão da universidade com a sociedade, realçando o papel social da universidade, bem como a relevância social do ensino e da pesquisa.

Para tanto, sugere-se que sua ação seja incluída como parte indissociável do ensino e da pesquisa nas práticas pedagógicas de todos os currículos (Imperatore, 2015). A meta concretizou-se na resolução CNE/CES nº.07/2018, homologado pela portaria MEC nº 1.350, de 14 de dezembro de 2018, que orienta IES a inserirem nos seus PPCs, atividades de extensão que envolvam diretamente o atendimento às comunidades externas vinculadas às propositivas de formação profissional de cada curso (Brasil, 2018).

Tendo a constituição formativa decorrida das orientações normativas, a estruturação curricular sustenta-se na elegibilidade de saberes e conhecimentos que

visam aproximar o futuro profissional do campo de trabalho (Reis *et al.*, 2022). Os desafios no cumprimento do PNE, situam-se no campo da superação de uma visão academicista da universidade, para que consiga sair de seus muros, integrando, interdisciplinarmente, os saberes das comunidades.

Nos textos de Anbar Neto (2020), Marcarini (2020) e Cecílio (2021) verificou-se uma confusão entre as definições e funções das atividades acadêmicas: extensão universitária e do voluntariado na formação médica, ligas e atividades acadêmicas complementares. Um exemplo foi a não distinção conceitual entre curricularização da extensão e curricularização da medicina complementar (ou ainda: currículo oculto). Outro exemplo, Marcarini (2020) em seu estudo: “Percepção docente sobre as Ligas Acadêmicas de Medicina e a discussão na curricularização das atividades de extensão” em nenhum momento cita um dos pontos fundamentais à concepção e à prática das diretrizes da extensão na educação superior: a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade.

Um motivo possível para esses desentendimentos pode estar relacionado a falta de preparo durante a formação médica para a docência. Tradicionalmente na escola médica o professor, que teve uma sólida formação na especialidade em que deve atuar como docente, encontra “naturalmente” os meios para ensiná-la, no que se refere tanto ao corpo de conhecimentos de sua área, quanto ao desenvolvimento de formas de pensamento e habilidades técnicas essenciais à atuação profissional do egresso de sua disciplina. No entanto, essa abordagem pode se limitar à mera reprodução de conhecimentos adquiridos, sem uma reflexão mais profunda.

A falta de conhecimento sobre o projeto pedagógico do curso, as diretrizes curriculares e a ausência de preparo para a docência podem ser as causas fundamentais desses conflitos. As atividades de ensino acabam em segundo plano, não recebendo a devida atenção por parte dos professores (Batista; Silva, 1998). Eles tendem a se limitar à reprodução de práticas já conhecidas, deixando de lado a contextualização e a atribuição de significado às atividades.

Na área médica, a docência é frequentemente considerada uma atividade secundária à prática médica, sendo vista como um complemento às responsabilidades profissionais. A maioria dos professores possui conhecimento no conteúdo que ensinam, mas muitas vezes carece de conhecimentos sobre métodos e estratégias

de ensino, planejamento e avaliação (Bivanco-Lima; Klautau; Knopfholz, 2022). Isso resulta na reprodução do modelo pedagógico de sua própria formação.

Portanto, um dos principais achados do estudo de Biavanco-Lima, Klautau e Knopfholz (2022) é a identificação do despreparo e da resistência dos docentes como obstáculos à reestruturação da formação médica. Para formar médicos alinhados com os conhecimentos e as demandas contemporâneas, os formadores precisam explicitar seus objetivos, analisar as abordagens pedagógicas utilizadas e empregar métodos de avaliação adequados.

Formar médicos em sintonia com os conhecimentos e necessidades contemporâneos exige que os formadores explicitem suas intencionalidades, analisem acerca das mediações pedagógicas utilizadas e utilizem instrumentos de avaliação das aprendizagens desejadas (Contijo *et al.*, 2013). Para que a integração teoria-prática aconteça de maneira efetiva, é necessário que todos os envolvidos na formação (docentes, alunos e profissionais do serviço) entendam e vivam a horizontalização dos saberes, cada um desenvolvendo seu trabalho de modo a articular conhecimentos complementares, desenvolver as habilidades técnicas e políticas, visando atender as necessidades da população, sempre refletindo sobre suas práticas e avaliando todo o processo.

A reformulação do processo ensino-aprendizagem surge nas novas normatizações para instrumentalizar os docentes já inseridos no mercado. As diretrizes apontam o caminho a ser seguido. A formação implica na triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, concretizada nos espaços de ensino, pesquisa e extensão. Envolvem os condicionantes relativos à missão institucional e ao processo de desenvolvimento curricular, ao planejamento do conteúdo a ser ministrado, à interação professor-estudante, à produção de conhecimento sobre a própria função e à atividade assistencial.

Entretanto, apenas a aplicação de novas estratégias de ensino não garante que o estudante realmente aprenderá o novo conteúdo. Para que isso aconteça, disposição para aprender precisa estar presente e o conteúdo abordado seja interessante e tenha significado. Assim, quando um sujeito adquire, incorpora e, ao mesmo tempo, transforma um novo conhecimento, além de adquirir habilidades e competências antes não existentes, há o processo de aprendizagem significativa, no qual o estudante armazena o novo conteúdo e ainda, produz novos significados

relacionados e permite a construção de atitudes profissionais desejáveis (Contijo *et al.*, 2013).

Desafios surgem devido à visão tradicional das universidades e à falta de preparo dos docentes para a docência. A resistência dos professores e a falta de conhecimento sobre práticas pedagógicas adequadas dificultam a reestruturação da formação médica. Esses são alguns exemplos dos obstáculos que a implantação da nova DCN e a integração da curricularização da extensão terão que enfrentar. Portanto, a reformulação na formação deve considerar não apenas as mudanças nas estratégias de ensino, mas também a promoção da aprendizagem significativa, que permite aos estudantes não apenas adquirir conhecimento, mas também construir atitudes profissionais desejáveis.

4.2.2 Integração entre as atividades extensionistas e o projeto pedagógico curricular: qual a finalidade?

A partir das DCNs de 2001 (Brasil, 2001a), a matriz curricular da graduação em medicina teve que ser adaptada, visando formar um profissional com uma abordagem generalista, ética e comprometida com a saúde da população. Isso significou a superação da tradicional divisão do currículo em ciclos básico e clínico, adotando, em seu lugar, uma abordagem interdisciplinar e integrada. O currículo passou a ser entendido não como uma simples soma de disciplinas, mas como a expressão de um projeto político-pedagógico com seus próprios objetivos, metas e diretrizes.

As DCNs de 2014 (Brasil, 2014a) reforçaram esse novo perfil identitário e indicam a extensão universitária como estratégia a ser utilizada, destacando o SUS como o campo para o seu desenvolvimento. Por isso, um dos principais desafios da curricularização da extensão está na superação de uma prática fragmentada de pequenos projetos não curriculares para uma prática integral e integradora. Trata-se de incorporar nos currículos a lógica da extensão que possibilita o diálogo entre os saberes e conhecimentos disciplinares dos cursos universitários e as questões mais amplas que permeiam a sociedade.

Para atingir esses objetivos espera-se que a extensão universitária tenha um caráter interprofissional, interdisciplinar e intertransdisciplinar. Com isso, possibilita ao acadêmico, avançar em ideias e concepções da realidade, compreendidas a partir do

lócus do campo profissional, coexistindo e se fundamentando nas produções humanas existentes, com a finalidade de produzir novos conhecimentos.

Da mesma forma, permite que estes sejam socializados com toda a sociedade, uma vez que a produção e disseminação do conhecimento advém de uma mão de sentido duplo, na qual as demandas sociais passam a apontar direcionamentos relacionados à busca por inovação, criação e formulação ou re-formulação de conhecimentos, tendo como sustentação a captura dos processos desenvolvidos pelo ensino e pesquisa, efetivados junto à sociedade pela ação da extensão (Nunes; Silva, 2011; Reis *et al.*, 2022).

Uma extensão universitária de “intencionalidade emancipatória” (Fagundes, 2009), pode impactar a formação e a ação profissional dos estudantes universitários que nesse local podem viver suas teorias aprendidas em sala de aula. Permitiria a mudança de perfil profissional, para uma visão integral da assistência, valorização da equipe multiprofissional, humanização e melhoria das relações interpessoais. Para isso, o processo formativo médico deve ocorrer de forma articulada com a prática, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo. A abordagem da ação de extensão como parte do projeto pedagógico, logo no início do curso, possibilita que um conhecimento prévio, viabilize uma base para o desenvolvimento de futuros projetos.

Pelucio (2018) relata um projeto de extensão construído em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE) e com ações de educação em saúde nas escolas municipais vinculado ao componente curricular de saúde coletiva da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Durante as vivências, os estudantes tiveram a oportunidade de aprimorar as competências de empatia, diálogo, construção compartilhada do conhecimento e problematização. Além disso, sentiram-se sensibilizados com a proposta em se inserirem no serviço de modo a reproduzirem práticas educativas semelhantes àquelas desenvolvidas pelos docentes durante o semestre.

Esses relatos reforçam o potencial da extensão na superação do ensino fragmentado e a modificação do perfil identitário para um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo. O estímulo a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e a oportunidade de trabalhar a formação profissional a partir dos eixos da promoção da saúde, valendo-se de metodologias que envolvam

ativamente os sujeitos do processo ensino-aprendizagem aplicadas a situações reais e simuladas, contribuíram para a atuação contextualizada, crítica e participativa do futuro profissional, voltada para a intervenção nesses determinantes, o estímulo à participação popular e o controle social.

Demonstrou-se que o fortalecimento da relação entre atenção básica, universidade e PSE proporcionou maiores ganhos de aprendizagem e demonstram que estas atividades, quando planejadas e coordenadas com componente curricular, ampliam as possibilidades da formação médica. Argôlo *et al.* (2018, p. 1132) também concluem que:

[...] é perceptível o benefício da inserção do estudante de Medicina na prática, pois seu conhecimento permanece, aprofunda e amplia. A equipe de saúde ganha ao ter mais componentes, o paciente tem maior atenção e o estudante qualifica-se e aproxima-se da futura profissão

Almeja-se que os momentos de práticas, aplicadas por meio de projetos de extensão, permitam aos acadêmicos uma imersão ativa nos campos de atuação, mesmo antes de completar sua formação, conciliando assim, a teoria com a prática, por meio de práticas interventivas pensadas e analisadas trazendo significado para a aprendizagem (REIS *et al.*, 2022).

Diferentemente de aulas expositivas, gera maior interesse e participação dos discentes e conseqüentemente a atividade mostra-se eficaz no desenvolvimento das competências esperadas, com boa adesão e demonstra a importância de uma base teórica, orientada pelo docente como descrito por Almeida (2019) e Gonçalves (2018). Porém, não se deve esquecer que o modo como se realiza a capacitação dos graduandos para essas atividades torna-se fundamental para que a ação proposta alcance seus objetivos (Contijo *et al.*, 2013).

Os textos de Cecílio (2021) e Pelucio (2018) referem-se a experiências extensionistas desenvolvidas em algum momento ou disciplina do curso, reforçando o potencial da curricularização da extensão no aprendizado. Os relatos convergem para as mesmas conclusões: apesar de serem uma experiência exitosa para o ensino, é necessária a integração de atividades de ensino e assistência; pactuações para adaptar os ambientes para atividades de ensino; projetos de intervenções voltados à

coletividade. Poucos dos textos estudados mencionam se o projeto de extensão relatado está vinculado ao componente curricular da instituição.

O currículo é um projeto de formação que deve ser considerado de forma ampla, não apenas em termos do que foi previamente planejado de forma consciente, intencional e explícita no desenho curricular em forma de documento escrito. Representa as consequências previstas e imprevistas de cada situação em que os estudantes participam no âmbito do programa de formação sistematicamente desenvolvido. As consequências de qualquer situação incluem não apenas quais conhecimentos e habilidades selecionadas que são aprendidas e como, mas os pensamentos, sentimentos, atitudes, valores e disposições para a ação que são suscitados nos estudantes por suas experiências nessas situações.

A curricularização tem o potencial de modificar o perfil identitário do profissional em formação, superando a visão biologicista e fragmentada para um profissional humano e integrativo. Porém é fundamental reconhecer a importância de uma formação médica que não se limite às demandas do SUS. Embora haja a necessidade de profissionais humanizados, essa humanização deve ser formação completa e abrangente e não restrita a apenas um setor específico da medicina.

Os futuros profissionais devem estar preparados para lidar com uma ampla variedade de desafios e cenários. Isso inclui não apenas o atendimento dentro do contexto do SUS, mas também a capacidade de trabalhar em diversas especialidades, setores e ambientes de saúde. Portanto, o objetivo não é restringir a formação do profissional, mas sim enriquecê-la com uma base sólida e abrangente que inclua competências essenciais em diversas áreas da medicina. A humanização é um aspecto valioso e deve ser alcançada à custa de uma formação médica completa e versátil, que permita aos profissionais atenderem às necessidades de saúde de forma abrangente e eficaz em toda a sua carreira.

4.2.3 A curricularização da extensão e a aprendizagem significativa na escola médica

O currículo deve ser pensado de maneira transversal para proporcionar a diferenciação progressiva e conseqüentemente dar significado a novos conhecimentos. Cada fase final de um ciclo conduz a um novo ciclo em que o resultado da experimentação ativa das aprendizagens alcançadas é considerado e

objetivado numa experimentação concreta e assim prossegue com as fases seguintes. Em cada etapa, espera-se que ocorra um processo gradativo de complexidade que transforme a experiência em aprendizado mais profundo (Lopes, 2004).

Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva. Isso denomina-se aprendizagem significativa e se caracteriza pela interação entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos. O professor tem um significativo papel nesse processo, sensibilizando os estudantes para o tema de aprendizado e auxiliando-os a progressivamente a diferenciar os significados dos novos conhecimentos adquiridos a fim de perceber as diferenças entre eles e também permitir a reconciliação integradora.

Esses processos são simultâneos e necessários para permitir a construção cognitiva (Moreira, 2020). As ações de extensão que visam à mobilização e apropriação do conhecimento devem ser planejadas para que atinjam o objetivo desejado dentro do currículo. Requerem inicialmente identificar as expectativas e necessidades dos diferentes atores e especificar os objetivos gerais e diferenciais para cada um dos participantes para então determinar quais são as contribuições do conhecimento e as ferramentas mais úteis à disposição para atingir seus objetivos (Moreira, 2020). Anversa (2020) afirma que nos cursos de graduação, em especial os estágios curriculares, a qualificação dos acadêmicos para a prática interventiva possibilita a construção do caráter profissional por meio das interações do sujeito consigo mesmo, com outros acadêmicos, com os professores e demais colaboradores.

A extensão tem o potencial de aproximar o estudante das demandas da sociedade, fortalecendo sua formação cidadã. Como sustenta Auzubel (1968), a aprendizagem deve, como premissa basilar, considerar os conhecimentos e saberes prévios. Para o autor, a aprendizagem se torna significativa quando uma nova informação se encaixa numa estrutura cognitiva prévia. O fator isolado que influencia a aprendizagem refere-se ao que o aprendiz traz consigo de suas experiências anteriores.

Entretanto, não basta que a aprendizagem seja significativa: deve ser crítica e reflexiva, como argumenta Freire (2001), concordando com Auzubel (1968). A

viabilização e aplicabilidade da relação ensino e pesquisa, transpostas para a extensão, fomentam a relação dos conhecimentos técnico-científicos trabalhados ao longo do curso com a realidade social. Ampliam a possibilidade de constituição identitária dos futuros profissionais a partir das relações de experimentação da prática profissional e reafirmam o papel da curricularização da extensão universitária (Reis *et al.*, 2022).

A aproximação entre as pró-reitorias de extensão e graduação tem contribuído para a ampliação e consolidação das estratégias de integração da extensão universitária aos currículos dos cursos de graduação, garantindo a desejada e necessária indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão conforme as experiências relatadas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) (Barros; Albuquerque; Resende, 2019) e pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) (Barbosa *et al.*, 2021). Estes demonstraram que dessa forma foi possível ampliar as reflexões e as vivências em campo, junto a outros setores da sociedade, e oportunizar a troca de saberes para a melhoria da prática de ensino e aprendizagem em toda a universidade.

As etapas para a inserção e formatação das práticas extensionistas foram exaustivamente discutidas antes da implementação da nova matriz curricular nos cursos em questão. Sendo inicialmente diagnosticada as metodologias usadas nos componentes curriculares do curso, avaliado as práticas já existentes na instituição e identificado as disciplinas com potencialidade de desenvolver a extensão. Após, foram alinhados os programas e projetos institucionais aos componentes em potencial e por fim realizado a capacitação dos professores e auxiliares de ensino.

As modificações legislativas, como as novas DCNs 2014 e o PNE 2018, que ocorreram nos últimos anos, tiveram como objetivo a mudança do paradigma do ensinar e aprender, porém não foi identificado na revisão realizada, ações concretas dedicadas a promover a mudança da crença e atitude do professor. Como resultado temos que as mudanças na política educacional influenciam muito pouco a prática do professor em sala de aula e, quando o faz, muitas vezes é por períodos breves de tempo (Vieira *et al.*, 2018). “A facilitação da aprendizagem significativa depende muito mais de uma nova postura docente, de uma nova diretriz escolar, do que de novas metodologias, mesmo as modernas tecnologias de informação e comunicação” como descrito por Moreira (2020, p. 23).

A revisão realizada ratificou que a curricularização da extensão se apresenta como uma oportunidade de ampliar as vivências dos acadêmicos junto às populações atendidas auxiliando no desenvolvimento profissional e aperfeiçoando as relações humanas. A articulação da teoria com a prática e a possibilidade de aplicar os conhecimentos estudados nos componentes curriculares de acordo com as demandas reais da sociedade, trazem significado para a aprendizagem.

Para isso, observou-se que as atividades devem ser planejadas, ter objetivos bem definidos e estar coordenadas com o currículo para que com isso ampliar as possibilidades da formação médica e resultem no perfil profissional desejado. O reconhecimento do poder de transformação da extensão e a compreensão das fragilidades que ainda são encontradas para a efetivação do que está proposto no PNE, torna importante mais estudos na área e a divulgação de experiências.

4.3 CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO INICIAL DO FUTURO MÉDICO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

A curricularização da extensão é um tema controverso dentro do contexto acadêmico, especialmente em universidades e instituições de ensino superior e fortalece a tensão entre as concepções opostas de universidade e de currículo, uma realçando mais o caráter da universidade como prestadora de serviços ou de certificação para o trabalho e outra voltada mais para a educação como um bem público. Esse movimento tem suscitado debates sobre suas potencialidades em relação ao aprendizado e como fonte de recursos humanos economicamente viável (Imperatore; Pedde, 2015).

Pode-se dizer que temos duas visões de mundo opostas da universidade: uma visão mercantil e uma visão pública, uma visão “bancária” e uma visão problematizadora, emancipatória. A primeira realça apenas os aspectos da formação profissional e científica sem discutir aspectos significativos da atividade do profissional no mundo do trabalho e da cultura. A segunda busca associar essa formação para o mundo do trabalho com uma formação cidadã mais ampla, uma formação geral.

Além disso, a curricularização da extensão também pode ser vista como um mecanismo de reprodução e sistematização do conhecimento e das práticas. Pode ser compreendida como uma estratégia que visa não apenas à expansão das práticas

de extensão, mas também à sua legitimação e institucionalização como parte integrante da missão da universidade. Se por um lado a extensão pode ser vista como a solução para a crise das universidades, por outro pode ser interpretada como o uso de universidade para manutenção do sistema, com a formação de profissionais de acordo com as necessidades do mercado de trabalho, sem adequada formação humanística e transformadora necessária para modificação do meio.

Ao integrar a extensão no currículo, a universidade está, de certa forma, formalizando e sistematizando a transferência de conhecimento e a aplicação desse conhecimento para a resolução de problemas reais na sociedade. Porém, também é um mecanismo de reprodução e sistematização do conhecimento e das práticas no novo campo social determinado pela DCNs. Ela proporciona um ambiente estruturado para a aplicação prática do conhecimento adquirido em sala de aula, permitindo que os estudantes desenvolvam habilidades, competências e atitudes que são fundamentais para sua futura atuação profissional.

Propositada no PNE, a curricularização da extensão constitui-se, desde então, como objeto de análise e reflexões das IES. Os resultados da busca na produção do conhecimento na área indicaram pouco entendimento acerca da curricularização da extensão tanto quanto a intenção e como as formas de integrar ao currículo de maneira a ressignificar o aprendizado e justificam o presente estudo. Uma das possibilidades para esse desencontro na formação do futuro médico por ser devido ao fato do despreparo dos profissionais formadores e o não conhecimento das normativas curriculares (Bivanco-Lima; Klautau; Knopfholz, 2022).

Tal fato decorre de o formador por vezes não ter o preparo adequado para docência e apesar de ser conhecedor da área que ensina, não conhece os meios para tal. A docência em medicina é tida como uma ação secundária do ser médico. Para que a aprendizagem tenha significado, os docentes precisam expressar claramente seus objetivos, avaliarem criticamente as abordagens pedagógicas utilizadas e utilizar métodos de avaliação adequados. Percebe-se que frequentemente as atividades de ensino frequentemente acabam em segundo plano, não recebendo a devida atenção por parte dos professores. Isso pode ser atribuído também à resistência dos docentes, que muitas vezes atuam como obstáculos à reestruturação da formação médica.

Considerando a curricularização da extensão como uma ferramenta pedagógica para auxílio aos docentes, a mera aplicação de novas estratégias de

ensino não é garantia de aprendizado efetivo por parte dos estudantes. Para que a aprendizagem ocorra de maneira significativa, são necessárias duas condições fundamentais: a disposição do estudante para aprender e a relevância e interesse do conteúdo abordado. A aprendizagem significativa ocorre quando um indivíduo não apenas adquire e incorpora novos conhecimentos, mas também os transforma, gerando novos significados e desenvolvendo habilidades e competências antes inexistentes (Bezerra; Sousa; Colares, 2022).

Ao integrar o ensino com as atividades de extensionistas, intenciona-se superar a fragmentação do conteúdo e restabeleça a conexão da universidade com a sociedade, possibilitando que a instituição transcenda seus muros e integre de maneira interdisciplinar os conhecimentos advindos das comunidades. No caso da formação em medicina, a curricularização pode contribuir para a formação de médicos mais humanizados, críticos e reflexivos que compreendem não apenas o aspecto técnico, mas também os determinantes do processo saúde-doença.

Porém também pode ser interpretada como uma estratégia destinada não apenas a ampliar as práticas de extensão, mas também institucionalizá-las, homogeneizando e sistematizando o campo. O sistema de ensino institucionalizado deve sua estrutura e funcionamento à necessidade de produzir e reproduzir as condições institucionais que são essenciais tanto para a função de inculcação quanto para a reprodução de um arbitrário cultural, cuja perpetuação contribui para a reprodução das relações sociais. À universidade implica o trabalho pedagógico como trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um *habitus* como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural capaz de perpetuar-se após a cessação da ação pedagógica e por isso de perpetuar nas práticas os princípios do arbitrário interiorizado (Bourdieu; Passeron, 1992, p.44).

Considerando o alinhamento do PNE com as ODS, esse movimento pode ser utilizado para o desenvolvimento de objetivos e metas alinhadas às demandas do SUS como forma de criar possibilidades para o alcance e fortalecimento da intersetorialidade, universalização e equidade em saúde, requisitos para contemplar a diversidade e complexidade dos temas da Agenda 2030 frente aos determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais da saúde. A formação não deve se limitar a atender as necessidades governamentais. As atividades a serem

desenvolvidas precisam ter objetivos e propósitos bem definidos para que tragam significado para a formação.

Todos esses fatos demonstram a necessidade de uma melhor discussão e compreensão sobre o tema. A curricularização da extensão e mudanças curriculares no processo formativo apresentam um grande potencial transformador do perfil identitário do futuro médico (objeto de estudo da próxima seção). No entanto, essa integração deve ser implementada com cuidado e responsabilidade, para evitar que sua ação seja limitada ao atendimento das demandas imediatas da sociedade e garantir que os benefícios do envolvimento em atividades de extensão sejam maximizados. As instituições de ensino devem estar atentas à qualidade das atividades de extensão oferecidas e ao equilíbrio entre as demandas acadêmicas e de extensão para garantir que os estudantes possam verdadeiramente aproveitar ao máximo essa experiência.

5 A IDENTIDADE PROFISSIONAL EM TEMPOS DE REFORMULAÇÕES NO PROCESSO FORMATIVO DO FUTURO MÉDICO

A identidade profissional, na sociologia, é a forma como os sujeitos percebem a si mesmos em relação ao trabalho que desempenham e à profissão à qual pertencem. Envolve a construção de uma compreensão pessoal e social de quem são no contexto de sua ocupação profissional (Paulos, 2022).

Está ligada em como a pessoa se reconhece e é reconhecida pelos seus pares e é influenciada por diversos fatores, como valores, crenças, normas culturais, experiências de trabalho e interações sociais no ambiente profissional. Essa identidade não apenas afeta a autoimagem do profissional, mas também influencia suas atitudes, comportamentos e relações no local de trabalho.

A identidade profissional é construída por meio da internalização de normas e valores da profissão, bem como pela interação com colegas de trabalho e outros atores relevantes no ambiente profissional. A formação da identidade profissional é um passo fundamental na transição de ser estudante para profissional médico. Se não fosse dessa forma ficaríamos sem um norteamento e um posicionamento perante a cultura. Sua construção não envolve apenas uma “escolha da profissão ou de obtenção de diplomas, mas de uma construção pessoal e de uma estratégia identitária que mobilize a imagem de si, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos”. (Bauman, 2005, p 55).

Os estudos no campo da identidade, reiteram que não é possível dissociar o estudo da identidade do indivíduo, sem levar em consideração o contexto social em que ele se encontra. Mudanças nas condições de trabalho, avanços tecnológicos, movimentos sociais e outros fatores externos também podem impactar a identidade profissional, levando os sujeitos a reavaliarem e ajustarem suas percepções sobre seu papel no contexto profissional.

As alternativas de formação de diferentes configurações de identidades estão diretamente relacionadas às diferentes configurações de ordem social. No contexto dos estudantes de Medicina, a construção identitária os coloca em uma posição delicada, onde o ensino em grande parte das escolas médicas ainda segue o modelo

tradicional de formação médica, ou flexneriano, e o sistema de saúde, em processo de reconstrução desde a Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

O ensino tradicional nas escolas médicas, centram os processos de aprendizagem na doença e tem como campo de atuação o hospital, permanecendo distante da sociedade. Capacita profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos. Por outro lado, percebe-se a dificuldade da transposição desses aprendizados para a realidade social em que esses profissionais serão inseridos para sua prática. Em parte, isso ocorre devido a modificação do paradigma da saúde e do sistema de assistência atual (Machado, 2020).

A reestruturação do sistema de saúde decorre da modificação no entendimento sobre o que é saúde. Antes, ter saúde era apenas a ausência de doença. Após a constituição do SUS, esse conceito ampliou-se não só por não ter doenças, mas também pela ação dos seus determinantes sociais no processo de adoecimento. O art. 196 da Constituição Federal de 1988 assim o define:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso; Brasil, 1988, art.196).

Além disso, o art. 200, em seu item III, estipula que o SUS tem a responsabilidade de organizar a formação de recursos humanos para a área (Brasil, 1988). Para atender essa nova realidade, todo o sistema de saúde foi redesenhado e conseqüentemente enfrenta-se a escassez de profissionais médicos com perfil de formação alinhado às demandas desse novo modelo de atenção à saúde (Sisson 2009).

Com o objetivo de atender a essa nova demanda, as políticas para a saúde e educação têm passado por mudanças significativas desde a Constituição de 1988. Nas políticas educacionais estabeleceu-se as DCNs, o PNE e a integração da extensão no currículo. Os antigos currículos centrados em disciplinas e orientados para o ambiente hospitalar, com foco no processo patológico, estão sendo substituídos por abordagens mais flexíveis, permitindo um processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa dos estudantes e com as atividades práticas desenvolvidas predominantemente no SUS.

Essa abordagem mais abrangente atribui responsabilidades aos setores de saúde e educação e também fortalece a colaboração entre eles. Compreende dois componentes fundamentais e interligados: a formação e o exercício profissional na área de saúde. Visa implementar estratégias mais eficientes e abrangentes para enfrentar os desafios (determinantes) de saúde da sociedade e a melhora da formação. Uma das estratégias é a inserção do estudante (profissional em formação) no SUS por meio da curricularização da extensão. Porém, surge o questionamento: como tais transformações podem repercutir na identidade profissional do futuro médico?

A análise feita nos capítulos anteriores desta tese demonstrou que o estabelecimento das diretrizes curriculares e do PNE tem como objetivo a adequação quantitativa e qualitativa da formação e capacitação de recursos humanos para atender às novas realidades dos serviços de saúde. E conseqüentemente acarretam a uma mudança no campo e habitus da profissão. Intenciona-se mostrar nesse capítulo os possíveis reflexos conseqüentes à institucionalização desse processo na identidade profissional.

A efetivação da curricularização da extensão reforça a inserção do estudante nesse novo contexto social. Portanto, optamos pelo estudo da PNPS - anexo I da portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Essa análise se justifica por ser o PNPS o documento regulador do SUS. Sendo assim, é necessário conhecer o programa, seus objetivos, histórico e influências para compreender os possíveis impactos no processo formativo e na identidade profissional, uma vez que as novas diretrizes curriculares e o PNE determinam que as atividades práticas do processo formativo sejam realizadas prioritariamente no SUS. Por fim, pretendemos correlacionar o perfil identitário do ao novo campo social de inserção do egresso e analisar as potencialidades da curricularização da extensão.

5.1 OS ENTRELAÇAMENTOS DAS POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS EDUCACIONAIS

A promoção da saúde é uma proposta de política pública mundial e disseminada pela OMS a partir de 1984. Aprovada em Ottawa, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, constitui-se em um novo

paradigma. A partir desse momento, a saúde passou a ser reconhecida como resultante da interação entre os determinantes sociais a saber: pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais (Heidmann, 2006).

As modificações nos padrões de adoecimento e mortalidade, com envelhecimento da população e agravamento das patologias crônico degenerativas e o progressivo aumento dos custos da assistência foram catalisadores para essas mudanças. Como estratégias para melhorar esses determinantes, foram propostos o fortalecimento dos serviços comunitários, a implementação de políticas públicas saudáveis e o estímulo à participação popular. O início da implementação ocorreu em países considerados desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, entre outros, e envolveu propostas de mudanças nos estilos de vida (Heidmann, 2006)

No Brasil, a promoção da saúde foi formalmente reconhecida no art.196 da Constituição Federal de 1988 ao interligar as políticas sociais e econômicas à saúde objetivando a redução do risco de doenças e seus agravos. Na sequência, a lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) por meio do art. 2º § 1º determinou como dever do Estado a formulação e execução dessas ações.

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (art. 2º; § 1º, Brasil, 1990)

Essas leis representam um marco significativo ao incorporar o conceito ampliado de saúde, que transcende a mera ausência de doença, abrangendo os diversos modos de vida, organizações e processos de produção em um contexto histórico, social e cultural específico. Ao romper com a tradicional abordagem centrada exclusivamente em aspectos biológicos, a legislação busca uma compreensão mais abrangente e integradora da saúde, reconhecendo as interações complexas entre diversos fatores além de assegurar o acesso universal.

Simultaneamente, movimento semelhante, porém para educação, pode ser observado mundialmente. A primeira Conferência Mundial sobre Educação para Todos ou Conferência de Jomtien, que aconteceu na Tailândia em 1990, por meio da Declaração de Jomtien ou Declaração Mundial sobre Educação Para Todos (anexo 4)

ênfatisa a importância da "satisfação das necessidades básicas de aprendizagem", estabelecendo que todas as pessoas, independentemente da idade, devem ter acesso a oportunidades educativas que atendam a essas necessidades fundamentais. Participaram das discussões a UNESCO e a UNICEF, com apoio do Banco Mundial e de várias outras organizações intergovernamentais, regionais e organizações não-governamentais.

As mesmas instituições internacionais impulsionaram a transformação efetiva da saúde que ocorreu mais concretamente em 1998/1999 no Brasil, quando o ministério da saúde, por meio da secretaria de políticas de saúde, formalizou o projeto de cooperação com o programa das Nações Unidas para o desenvolvimento denominado Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção. Esse acordo teve como objetivo principal a elaboração da PNPS, que se propôs a disseminar uma visão renovada no desenvolvimento de políticas públicas, promovendo a construção de parcerias que ultrapassam os limites do setor sanitário (Malta, 2016; Silva, 2015).

Paralelamente, em 2000, o fórum mundial de educação, sediado em Dakar no Senegal, teve como objetivo primordial "assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas". A declaração de Dakar de 2000 (anexo 5) destacou o conceito de "habilidades para a vida" e programas de formação para a cidadania. Esse mesmo enfoque foi refletido nacionalmente com o estabelecimento, em 2001, das DCNs. As DCNs enfatizam o desenvolvimento de habilidades e competências, assim como a implementação de uma base curricular comum para todos os cursos. Para o curso de medicina apresenta elementos sobre perfil, competências e habilidades dos egressos que atendam as demandas do SUS (Brasil, 2001a).

Nesse momento a PNPS se materializa por meio do "Documento para Discussão", publicado em 2002, sendo aprovado em 2006. Ao longo do processo de implantação verificou-se desafios na integração da perspectiva da Promoção da Saúde ao SUS. Em 2003, tem-se a criação da SGTES, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional e na integração entre as IES, serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018). A SGTES passa a ser responsável pela gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de

saúde buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais do SUS.

A portaria MS/GAB nº687 de 30 de março de 2006, formalizou a PNPS. As diretrizes incluíram a busca pela equidade, o estímulo a ações intersetoriais, o fortalecimento da participação social, a adoção de práticas horizontais de gestão, o incentivo à produção de conhecimentos em promoção à saúde no cenário brasileiro, e a divulgação de experiências bem-sucedidas. A institucionalização ocorreu por meio de uma programação orçamentária específica no plano plurianual do governo federal, conhecido como Pacto pela Vida, com monitoramento de impacto em áreas como tabagismo, sedentarismo, implantação de núcleos de violência, entre outros (Silva, 2015).

Em 2014, a PNPS é revista e a formação e educação permanente de profissionais da saúde para a atuação junto a política é elencado como um dos temas prioritários para os anos seguintes. Observou-se nesse momento que os esforços realizados nos 10 anos anteriores foram insuficientes para a qualificação de profissionais (Malta, 2016). No mesmo ano, tem-se a revisão das DCNs e a instituição do PNE 2014-2024. As reformulações propostas alinham a formação profissional com as exigências do sistema de saúde conforme demonstrado nos capítulos 3 e 4 desta tese, evidenciando o emparelhamento da formação com o SUS.

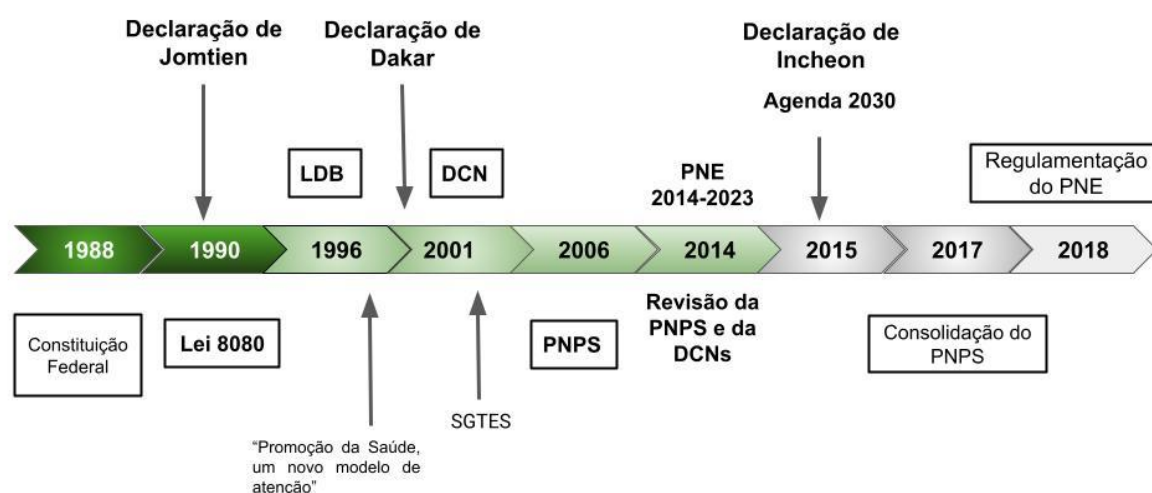
O fórum mundial de educação, realizado em Incheon, Coreia do Sul em 2015, reafirmou a visão do movimento global Educação para Todos, iniciado em Jomtien, em 1990, e reiterado em Dakar, em 2000. O resultado desse fórum foi a declaração de Incheon (anexo 6) com o compromisso de "transformar vidas por meio da educação" e reconhece a escola como um agente impulsionador do desenvolvimento e do alcance dos ODS. Essa fase enfatizou a responsabilidade social da educação, visando o desenvolvimento sustentável e sua integração com políticas sociais mais amplas (Incheon, 2018).

A UNESCO, a partir desse momento, assume a função de liderar e coordenar a Agenda 2030 com a finalidade de responder aos desafios locais e globais por meio da educação para atingir o desenvolvimento sustentável. Expressa uma agenda em comum para a educação mundial e um movimento crescente da influência dos organismos internacionais nesse processo que ultrapassa as fronteiras nacionais,

destacando-se o papel dominante do Banco Mundial nas políticas internacionais para a educação e desenvolvimento dos países (Akkari, 2017).

Resguardadas as especificidades de cada declaração, há uma linha contínua em todos os documentos, enfatizando políticas coordenadas para garantir a adequação da formação voltada para o mercado de trabalho, que no caso da formação inicial em medicina, para a atuação no SUS, como demonstrado na seção anterior (figura 10). A linha do tempo da figura 11 explicita essas modificações coordenadas com as políticas educacionais, das políticas para a saúde e os fóruns mundiais de educação.

Figura 11: linha do tempo das inter-relações entre as políticas educacionais e a PNPS.



Fonte: a autora, 2024

Além das costuras evidenciadas entre o PNPS e a estratégia mundial de educação, outros eventos internacionais referentes aos determinantes sociais também foram importantes para o alinhamento com a Agenda 2030. Conferências internacionais como a conferência mundial dos determinantes sociais da saúde, Rio + 20 e a conferência mundial de promoção da saúde, apontaram novos desafios e compromissos, culminando na adoção dos ODS durante a Cúpula das Nações Unidas, visando garantir o desenvolvimento sustentável. Coadunando com Akkari (2017), percebe-se que as políticas públicas não são mais exclusivamente

responsabilidade dos estados nacionais estando cada vez mais sujeitas a influências internacionais em constante crescimento.

Tanto a PNPS e a Agenda 2030 são iniciativas que buscam promover o desenvolvimento sustentável, incluindo melhorias na saúde e no bem-estar da população. Tem como objetivos comuns à promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria do bem-estar geral da população. Ambas buscam abordar questões que afetam a saúde, indo além do tratamento de doenças e abordando fatores determinantes da saúde. Destacam a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde como estratégias fundamentais para melhorar a qualidade de vida da população. A Agenda 2030 tem um escopo mais amplo, abordando questões globais de desenvolvimento sustentável em várias áreas, incluindo saúde, erradicação da pobreza, educação, igualdade de gênero, entre outras.

A PNPS contribui para alcançar objetivos da Agenda 2030, reconhecendo a interconexão entre diferentes aspectos do desenvolvimento sustentável. Esse movimento desencadeou a revisão do PNPS em 2017, resultando na revogação da portaria nº 2.446/2014 e substituição pela portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, reforçando a interseção entre os setores a partir desse momento e o compromisso com o desenvolvimento sustentável. Esse compromisso é ressaltado no art. 7º, item XIII, anexo I que evidencia o compromisso da articulação de políticas públicas inter e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais (Brasil, 2017).

A portaria também estabelece a formação profissional e treinamentos especializados na área de promoção da saúde, alinhados aos princípios e valores da PNPS (art. 7º, item VIII, anexo I) e aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores (art. 9º, item VI, anexo I) (Brasil, 2017). Esses dois artigos sinalizam o potencial da curricularização como meio para avançar na Agenda 2030 que reconhece a educação como principal impulsionador para o desenvolvimento e para o alcance de outros ODS propostos pela Agenda 2030. (Incheon, 2018).

Explicitam que devem ser adaptados à realidade local de modo que os futuros profissionais neste processo conheçam o conjunto das premissas e promovam o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando sua cultura, seus valores, sua

condição de vida. Além disso, possam estar preparados para intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando a sua participação e elaborando estratégias que visam melhorar as suas condições de vida e saúde. As DCNs, alinhados às necessidades dos estados e municípios, definem os currículos subnacionais e desempenham um papel fundamental na concretização dessas expectativas.

Embora devam seguir as orientações estabelecidas pelas DCNs, os currículos subnacionais também têm a flexibilidade de incluir conteúdos adicionais relevantes para a realidade local. Essa abordagem visa evitar a arbitrariedade na escolha do que será ensinado, ao mesmo tempo em que orienta, modela e limita a autonomia dos professores na seleção e organização dos conteúdos a serem ensinados. Assim, o currículo subnacional funciona como um guia estruturado que direciona a prática educacional, influenciando diretamente a formação dos futuros profissionais e sua capacidade de atender às demandas e peculiaridades da comunidade em que atuarão. Entretanto, esse alinhamento do PNPS com a Agenda 2030 e as políticas educacionais pode limitar a formação médica aos problemas sociais da rede básica de saúde e a educação passa a se adequar à demanda dos organismos internacionais.

Adicionalmente, atribui-se ao profissional a responsabilidade social pela transformação da sociedade. Ela se torna uma mercadoria, operacionalizando a mudança social e colocando o foco nos sujeitos, que são vistos como responsáveis por suprir essa carência, com a premissa de atender às suas próprias necessidades e demandas. Oferece-se aos sujeitos uma educação voltada para sua adaptação e conformação ao mercado de trabalho, de acordo com as exigências do sistema produtivo capitalista (Akkari, 2017).

Ao considerar a formação em sua abrangência total, que envolve a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências específicas da profissão, pode ocorrer uma lacuna na formação de médicos capazes de lidar com as doenças em suas especificidades. A redução do investimento na saúde especializada e a crescente dificuldade de acesso a esse serviço geram demanda pelo setor privado, criando uma contradição no sistema. Ao abrir espaço para o mercado, há uma expansão dos serviços de saúde privados, como as clínicas médicas populares, estabelecendo um ramo permeado pela exploração da assistência social e de saúde devido à falta de

oferta induzida pela política nacional, conforme evidenciado no estudo de Jurca, 2020, sobre a expansão dos segmentos públicos e privados de saúde.

A reestruturação do SUS é necessária quando se pensa em epidemiologia, na melhora das condições de vida e controle dos determinantes sociais. Porém o estudo que iniciou toda essa mudança de paradigma, “The Ecology of Medical Care” (White et al, 1961), quando atualizado em 2001, não conseguiu demonstrar a mudança esperada no desfecho após as modificações implantadas no sistema de saúde britânico. Esperava-se além do fortalecimento da APS, à diminuição dos custos em saúde (redução da busca pelo serviço terciário) (Green et al, 2001). Apesar das limitações metodológicas, o estudo traz pontos importantes a serem considerados como a não alteração na porcentagem da população doente que busca pelo atendimento terciário.

Uma das possibilidades apontadas é que a busca pelo atendimento médico especializado independe do modelo de organização do sistema de saúde. Outra consideração seria que o desenvolvimento da medicina e melhoria da qualidade de vida acarretou no aumento da expectativa de vida e conseqüentemente, das doenças crônicas, resultando em mais visitas ao consultório e hospitalizações. Esse estudo demonstrou que apesar do fortalecimento da APS, não foi possível alcançar o objetivo esperado de diminuição dos custos no setor terciário.

Gonçalves et al, 2020, ressalta em seu estudo que objetivou avaliar a PNPS, múltiplos obstáculos a serem superados para que a política possa avançar coincidentes com o observado no estudo de Green et al, 2001. Evidencia também a necessidade de mais estudos sobre a política com enfoque específico nos mecanismos de monitoramento e avaliação, a fim de contribuir para o acompanhamento dos resultados obtidos e aprimoramento da mesma.

A PNPS está se consolidando e reforçando seu compromisso com a melhoria da assistência na rede primária e o desenvolvimento sustentável. A curricularização da extensão é uma oportunidade de alinhar o ensino a essa nova realidade e as demandas sociais. Porém os estudos vêm demonstrando que não se pode limitar o ensino a esse campo. As necessidades do treinamento em hospitais universitários têm igual importância na formação inicial. Estes estudos evidenciam as potenciais conseqüências de restringir o ensino apenas aos problemas sociais, resultando na formação inadequada de profissionais, incapazes de lidar com doenças específicas,

especialmente as crônicas, que não serão alteradas mesmo com melhorias nas condições de vida.

5.2 DAS INTERCONEXÕES DA CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FUTURO MÉDICO

A transição do estudante para o profissional médico inicia-se durante a formação e continua após a entrada no mercado de trabalho (Paulos, Valades & Almeida, 2022). Ao longo do processo pressupõe-se que os sujeitos se despreendam do papel de estudante para assumirem a identidade profissional. Passar de estudante a profissional exige uma identificação específica e remete para um conjunto de expectativas sociais distintas, contribuindo para a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo (Stryker & Burke, 2000).

É o resultado de experiências e interações passadas antes e durante a formação. Pressupõe o reconhecimento por parte dos sujeitos de um conjunto de atributos, valores, crenças, normas, papéis e experiências de determinada profissão que a diferencia de outra (Dubar, 2005). Maurice Tardif destaca a integração de saberes, a dimensão ética, a experiência prática e a socialização como elementos essenciais na construção da identidade profissional. Resulta na compreensão abrangente e contextualizada do processo pelo qual os profissionais desenvolvem sua identidade ao longo de suas carreiras. Neste sentido, a transição não compreende unicamente a mudança de identidade, mas também a percepção da mesma e do seu impacto na vida do sujeito (Veloso, 2014).

Sainsaulieu (1977) define três condições necessárias para apropriação do modelo identitário presente na profissão pelo sujeito: uma condição afetiva (identificamo-nos mais com o modelo que nos é mais gratificante); uma condição de similitude (a identificação é facilitada pela presença de elementos comuns entre o sujeito e o modelo); uma condição de poder (a identificação revela-se mais importante, se o modelo possuir prestígio). Desta forma, além da admiração e a afinidade com a profissão, o poder, o prestígio e a competência são essenciais no processo de identificação do sujeito ao trabalho.

O sujeito, em busca de satisfazer-se, faz escolhas conscientes ou inconscientes na tentativa de atender necessidades básicas que lhe são gratificantes

(Trindade, 2009). Os valores são, de certa forma, descobertos, criados ou escolhidos pela própria pessoa. Podem ser oriundos de motivações tanto intrínsecas quanto extrínsecas. Dubar (2005), relaciona a formatação de identidades profissionais aos processos de socialização, em um movimento de construção, desconstrução e reconstrução de identidades ligadas às diversas esferas de atividade (principalmente profissional) que cada um encontra durante sua vida e das quais deve aprender a tornar-se ator.

Dubar (2005) entende que é na entrada para o mercado de trabalho que o indivíduo vai tomando consciência, progressivamente, do valor das suas capacidades e qualificações, resultando na consolidação de uma primeira identidade profissional, cuja construção começou durante a formação inicial. A curricularização, assim como o estágio curricular profissional, tem o potencial de antecipar o processo para que ocorra ainda durante a formação. Ao expor os estudantes aos diferentes cenários e complexidades do sistema propicia-se o sentimento de pertencimento e identificação. Portanto, a construção de significados do indivíduo sobre si mesmo enquanto profissional vai acontecer ainda durante o processo de formação inicial (Bouso, 2000).

A curricularização da extensão, a exemplo do estágio curricular profissional, pode ser um mediador da construção da identidade profissional, direcionando a transição do estudante para o profissional. A aprendizagem em contexto real de trabalho pode proporcionar diferentes abordagens dos conteúdos curriculares contribuindo à formação inicial da identidade profissional. Emergem como um espaço que pode contribuir para a sua constituição uma vez que leva o futuro profissional a conhecer os limites e possibilidades do campo de atuação gerando compreensão pessoal e contextual da profissão, isto desde que o estudante assuma um papel ativo e central no processo, envolvendo-se ativamente em um grupo, desempenhando papel útil e conhecido.

Nessa atividade deve-se buscar a criação de sentido e a (re) interpretação dos valores e experiências, em que o estudante se coloca como um sujeito ativo, logo em permanente ação. Espera-se que proporcione um espaço formativo em que estudante, professor supervisor e professor orientador possam partilhar e negociar experiências novas e antigas em prol da (re) construção de uma identidade harmônica. Neste sentido, as lacunas da formação inicial são preenchidas e o estudante é

auxiliado no processo formativo a entender de forma mais clara e aplicada os conteúdos de sala de aula com o cotidiano profissional.

Consiste, portanto, de uma ação com a finalidade de impulsionar o ensino, trazendo para a sala de aula questões atuais e reais da sociedade para serem problematizadas na universidade vinculando a universidade diretamente ao atendimento à comunidade externa. Possibilita o sentimento de pertencimento, dá sentido à existência e viabiliza uma melhor aprendizagem por meio de interações constantes com seus pares e ações de feedback. Gera uma relação de confiança, um elemento crucial para o funcionamento eficaz das interações sociais e dos sistemas sociais (Giddens, 2002).

Essas interações sociais envolvem também a articulação das políticas curriculares com outras políticas, em especial as destinadas para a saúde. A mudança de paradigma da saúde e a reconfiguração do sistema de saúde impulsionou a reorganização dos serviços impactando diretamente na identidade profissional. As mudanças curriculares estão se adaptando a esse novo momento e a curricularização da extensão se apresenta como uma peça fundamental para a estabilidade da estrutura social, para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais e para o funcionamento dos sistemas abstratos modernos.

Para Giddens, 2002, um sistema abstrato pode ser entendido como uma estrutura social complexa que opera em um nível distante do contato direto e da experiência cotidiana das pessoas. Esses sistemas são caracterizados por regras, normas, instituições e práticas que organizam e moldam a vida social, mas muitas vezes permanecem obscurecidos ou ocultos para os atores individuais. Embora esses componentes desempenhem um papel significativo na vida das pessoas e nas dinâmicas sociais, a maioria das pessoas não têm uma compreensão completa de como esses sistemas funcionam ou de como influenciam suas vidas diárias. Giddens argumenta que, embora os sistemas abstratos possam ser distantes da experiência imediata das pessoas, eles exercem uma influência profunda e ubíqua sobre suas vidas, moldando oportunidades, restrições e possibilidades (Giddens, 2002).

O SUS pode ser compreendido como um sistema abstrato na perspectiva de Giddens. Ele é uma estrutura complexa composta por políticas de saúde, instituições governamentais, normas regulatórias, fluxos de financiamento e protocolos de atendimento. Ao inserir o estudante de medicina no SUS por meio da extensão

curricular, ele é exposto ao contexto onde interage diretamente com esse sistema abstrato. Possibilita não só o contato com as realidades sociais e estruturais da saúde pública, mas também influencia sua formação profissional.

Propicia a compreensão de como fatores como classe social, acesso a serviços de saúde e determinantes sociais impactam a saúde das pessoas. Esse conhecimento é importante para que os futuros médicos possam fornecer cuidados mais abrangentes e contextualizados. Permite a reflexão e o desenvolvimento de uma relação de confiança com o sistema. A confiança é fundamental para a manutenção da estrutura social. As pessoas confiam em certas instituições, normas e padrões de comportamento para orientar suas ações. Essa relação permite o funcionamento eficaz das interações sociais e dos sistemas sociais. Ela é fundamental para a estabilidade da estrutura social, para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais e para o funcionamento dos sistemas abstratos modernos.

O ensino vinculado ao sistema está intrinsecamente ligado à conexão dialética entre a qualificação e a competência cotidianas e os efeitos expropriadores dos sistemas abstratos. Essa relação influencia e redefine constantemente o impacto desses sistemas na existência diária, como mencionado por Giddens, evocando uma espécie de "mão invisível" de controle sobre a força de trabalho (Giddens, 2002). Considerando o alinhamento das políticas curriculares com as políticas para a saúde e a definição do campo social, o sistema de saúde, regido pelo PNPS, evidencia-se o controle do sistema (abstrato) como um todo onde a educação está a serviço do mercado, suprimindo as obrigações sociais governamentais.

A Agenda 2030, alinhada ao PNPS, define as metas para o crescimento sustentável de acordo com a política mundial (mercado globalizado) e indiretamente definindo o currículo e a identidade profissional. A conexão de confiança semeada por meio da inserção no sistema durante a formação pode ressurgir nos momentos críticos da vida, quando se encontram encruzilhadas em termos de seu planejamento de vida geral. Em tais momentos, as pessoas tendem a recorrer a autoridades mais tradicionais, buscando refúgio em modelos já conhecidos, o que leva à institucionalização do processo. Ou, a reprodução do espaço das posições (Bourdieu; Passeron, 1992; Giddens, 2002; Dubar, 2005).

O novo profissional esperado emerge junto com a desqualificação do profissional especializado. Esse movimento pode ser observado nos tempos atuais

em que se cresce a busca e valorização do profissional integrativo, sinônimo usado para o médico que tem um perfil mais humano e focado em cuidar do paciente como um todo. Reproduzindo o discurso do profissional desejado pelos documentos normativos. Um movimento que pode ser compreendido como uma dialética de controle do sistema abstrato. Os sistemas abstratos desqualificam — não só no local de trabalho, mas em todos os setores da vida social que atingem, criando áreas de segurança relativa para a continuidade da vida cotidiana. Ao mesmo tempo, no que diz respeito a muitas transações diárias, as atividades são rotinizadas com sucesso através de sua recombinação no tempo e no espaço. O comportamento recomendado de hoje pode ser considerado de maneira diferente amanhã à luz de circunstâncias alteradas ou de novos conhecimentos (Giddens, 2002).

A curricularização deve visar à criação de significado e à (re) interpretação dos valores e experiências, permitindo que o estudante assuma um papel ativo. Dessa forma, as lacunas da formação inicial são preenchidas, auxiliando no processo formativo para uma compreensão mais clara e aplicada dos conteúdos acadêmicos em relação ao cotidiano profissional. Esse processo estimula a mobilização de saberes (acadêmicos, profissionais e pessoais) e habilidades adquiridas durante o curso, bem como de interações sociais, para resolver problemas, o que viabiliza o desenvolvimento de autonomia e desempenho profissional elevados, potencialmente resultando em novas competências em face das demandas apresentadas.

Além disso, a curricularização possui um grande potencial para moldar a identidade profissional, gerando um senso de pertencimento por meio do compartilhamento de ações, comportamentos, atitudes e opiniões dentro da estrutura organizacional, e contribuindo para a formação do profissional com o perfil desejado. A prática no SUS ao longo do curso é especialmente relevante nesse contexto, promovendo a socialização profissional.

Entretanto, é importante reconhecer que também pode haver uma institucionalização de uma nova identidade profissional voltada para o mercado de trabalho. Para evitar que as atividades de curricularização se limitem ao assistencialismo e à mão de obra para suprir as carências do sistema, é fundamental que tais atividades sejam planejadas, mediadas e reflexivas, sem perder de vista a função principal da formação inicial/educação: aprender a cuidar das pessoas e de suas condições de saúde.

As políticas postas apresentam o potencial melhorar a assistência de saúde no SUS, aproximando a universidade da comunidade além de modificar o perfil profissional buscando melhorar a relação médico-paciente por meio de uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética. Porém essa modificação do perfil profissional impacta diretamente na identidade profissional, a partir do momento que se modifica o *habitus* da profissão. A curricularização da extensão apresenta um potencial fundamental na formação médica, proporcionando uma base sólida para o desenvolvimento de habilidades clínicas essenciais e uma compreensão aprofundada do sistema de saúde pública. No entanto, a educação médica não deve ser restrita apenas a essas experiências.

O ensino deve abranger os quatro níveis de assistência à saúde, cada um com suas respectivas complexidades e desafios específicos. Isso inclui a atenção primária, secundária, terciária e quaternária, garantindo assim uma formação abrangente e versátil. Ao integrar esses diferentes níveis, os futuros médicos são equipados com uma ampla gama de competências, desde o manejo de condições de saúde comuns em ambientes de atenção primária até o tratamento de doenças complexas que requerem cuidados especializados em centros de alta complexidade. Essa abordagem ampla assegura que os médicos recém-formados estejam preparados para atender às diversas necessidades de saúde da população, promovendo uma assistência médica mais eficaz e responsiva.

Além disso, essa formação multifacetada fomenta uma compreensão mais profunda dos determinantes sociais da saúde, capacitando os médicos a adotarem uma visão mais integrada da saúde que transcende o atendimento clínico imediato. Ao fazer isso, a educação médica contribui para a formação de profissionais capazes de atuar não apenas como clínicos competentes, mas também como agentes de mudança na promoção da saúde pública e na melhoria dos sistemas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito central desta tese foi examinar a curricularização da extensão e as intersecções entre as políticas de saúde e as voltadas para a formação dos futuros médicos, com o objetivo de identificar não apenas as fragilidades, mas também as potencialidades no que tange à transformação do campo social e à modificação do *habitus* da profissão, impactando diretamente na construção da identidade profissional.

A partir do questionamento sobre como conciliar as demandas governamentais de implementar a curricularização da extensão e aprimorar o processo formativo, a pesquisa abordou de forma detalhada as políticas curriculares e de saúde. Ao fim da investigação, foi possível confirmar a tese de que as mudanças curriculares destinadas à formação inicial dos médicos, embora possuam um potencial significativo para aprimorar a qualidade da formação, têm como objetivo primordial atender às responsabilidades do Estado diante das necessidades da população.

A formação médica tem passado por transformações significativas, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, destacando-se o estabelecimento das DCNs. As diretrizes publicadas em 2001, alteraram o perfil profissional e o modelo de formação. Anteriormente, o perfil predominante era o de um médico especialista, em decorrência do currículo flexneriano. Com o estabelecimento, espera-se a formação de um médico mais humano, generalista, ético e integrado às necessidades sociais. Esse redirecionamento surge como resposta à mudança de paradigma na saúde, priorizando a intervenção nos determinantes da doença em vez do foco exclusivo na enfermidade em si.

Revisadas em 2014, reafirmaram o compromisso com a formação de profissionais da saúde mais humanizados, destacando a importância de preparar médicos alinhados com as demandas e desafios da atenção primária à saúde. Para alcançar esse objetivo, definem as habilidades e competências necessárias, recomendam o uso de metodologias ativas de ensino e estabelecem o SUS como o campo principal para práticas. Espera-se que a integração da teoria com a prática traga significado ao ensino, promovendo uma aprendizagem mais profunda e duradoura.

A tese demonstrou que as diretrizes modificam o campo e o *habitus* da profissão. Foi possível notar que essas medidas têm como objetivo não apenas aprimorar o ensino, mas também reformular o perfil profissional dos futuros médicos, assim como redesenhar o próprio campo de ensino. Troca-se o ambiente hospitalar para a APS.

Ao estabelecer as habilidades e competências esperadas para o perfil profissional, determina-se o que deve ser ensinado, influenciando diretamente no currículo. Estabelece uma dinâmica de "violência simbólica", na qual se determina os conteúdos a serem valorizados pelos estudantes. Este processo tem implicações na formação profissional e na estruturação do conhecimento dentro do campo da saúde.

Ao envolver os alunos em atividades práticas dentro do SUS desde os primeiros anos de formação, reforça os conhecimentos teóricos promovendo uma maior compreensão das realidades e desafios enfrentados na prática médica. No entanto, também pode ser interpretada como uma forma de institucionalizar e reproduzir conhecimentos e práticas, reforçando a alteração do campo e do *habitus*.

Alinhar o currículo ao SUS, fortalece as interconexões entre as políticas de saúde e curriculares. O SUS é normatizado pela PNPS. Ao definir o SUS como campo de atuação principal, o currículo é ajustado conforme as diretrizes da PNPS. Esse alinhamento interfere na formação da identidade profissional dos médicos, exercendo uma influência direta nas habilidades e competências a serem adquiridas. Oferece-se aos sujeitos uma educação voltada para sua adaptação e conformação ao mercado de trabalho, de acordo com as exigências do sistema produtivo capitalista

Provou-se que a mudança de paradigma é uma resposta à crescente demanda por profissionais de saúde na rede básica e intenciona conferir sustentabilidade ao SUS. Ao concentrar esforços na formação de médicos para a atenção primária, as políticas curriculares atendem a demandas do governo, suprimindo a carência no setor. No entanto, foi possível identificar que, mesmo com essas articulações, não resultou em uma distribuição mais equitativa dos médicos no Brasil, nem resolveu a escassez de atendimento médico.

A curricularização da extensão propositada no PNE pode ser entendida com uma nova tentativa para suprir essa demanda. Apesar de apresentar potencial para melhorar o ensino, vinculando a teoria à prática e proporcionar um maior conhecimento da realidade, também atua como uma autoridade pedagógica,

institucionalizando a mudança do campo e do *habitus* da profissão, reforçando a inserção do profissional nesse campo e reafirmando a nova identidade posta.

Ao pontuar essas questões, confirma-se a tese que as alterações propostas nas políticas curriculares e de saúde são engrenagens de um mecanismo sutil para adequar o ensino às demandas do mercado, modificando o *habitus* da profissão e impactando diretamente na identidade profissional. Buscando a ruptura ao modelo (im)posto, a figura 12 apresenta uma possibilidade de aplicabilidade da política extensionista de modo a não limitar o campo social ao SUS e institucionalizar as propositivas do estado.

Nesse modelo, propõe-se a distribuição da extensão ao longo de todos os anos do curso, adotando diferentes enfoques e aumentando progressivamente a complexidade. Inicialmente, realiza-se atividades voltadas para a apresentação do sistema de saúde ao estudante, suas atribuições e ações (educativas, de vigilância, monitoramento e gestão), bem como sua integração na comunidade. À medida que o curso avança, a complexidade das ações é ampliada com a diversificação dos campos de atuação, possibilitando uma postura mais ativa e individual por parte dos estudantes. E, gradualmente, direciona-se o foco da comunidade para a família e, por fim, para a pessoa, sempre de forma transversal e integrada (figura 12).

Figura 12: Proposta para inserção da curricularização da extensão para o curso de medicina 7.200hs



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

REFERÊNCIAS

AKKARI, A. A agenda internacional para educação 2030: consenso “frágil” ou instrumento de mobilização dos atores da educação no século xxi?. *Revista Diálogo Educacional*, [S. l.], v. 17, n. 53, p. 937–958, 2017. DOI: 10.7213/1981-416X.17.053.AO11. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/8495>. Acesso em: 24 fev. 2024.

ALMEIDA, S. M. V. de; BARBOSA, L. M. V. Curricularização da extensão universitária no ensino médico: o encontro das gerações para humanização da formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 672-680, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DfkjtF6SgYzNFZKKXYLp85g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

AMORETTI, R. A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 136-146, maio/ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CQ7XBWQgB4rfGqNRHsMj5Rp/#>. Acesso em: 24 fev. 2024.

ANBAR NETO, T.; MARQUES, N. B. N.; SANFELICE, F. A. N.; CURY, P. M.; PACCA, F. C. Desafios da curricularização da extensão nos projetos pedagógicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 58., 2020. Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: COBEM, 2020. p. 449. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Anais_58COBEM_Rev1.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

ANVERSA, A. L. B.; SOUZA, V. F. M. de; BOTH, J.; OLIVEIRA, A. A. B. de. Contributions perceived by students about the curriculum stage in the constitution of professional identity. **Journal of Physical Education**, v. 31, e3162, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jpe/a/5KGBfXffb5JK7sdQBHDN4Jb/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 fev. 2024.

APPLE, Michael W. A política do conhecimento oficial: faz sentido a idéia de um Currículo nacional? In: MOREIRA, Antônio F.; SILVA, Tomás T. (Orgs). **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1995.

ARELARO, R. G.; CABRAL, M. R. M. L. Paulo Freire: por uma teoria e práxis transformadora. In: BOTO, C. **Clássicos do pensamento pedagógico**: olhares entrecruzados. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 267-292.

ARGÔLO, M. J. R.; PEREIRA, T. L.; FREITAS, F. M.; DUCCINI, E. C.; CARDOSO, P. B.; ALMEIDA, M. T. P. Prática na formação: pilar da educação médica. In: CONGRESSO ACADÊMICO CIENTÍFICO DO UNIFESO, 3., 2018. Teresópolis. **Anais [...]**. Teresópolis: UNIFESO, 2018. p. 1132-1133.

AROUCA, A. S. d S. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. Ministro destaca atuação do Brasil na redução de desigualdades e exclusão do Mapa da Fome. **Conferência-Geral da Unesco**, Brasília, DF: Ministério da Educação, 6 nov. 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/222-537011943/31871-ministro-destaca-atuacao-do-brasil-na-reducao-de-desigualdades-e-exclusao-do-mapa-da-fome>. Acesso em: 24 fev. 2024.

AUSUBEL, D. P. **Educational psychology**: a cognitive view. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.

AZEVEDO, B. M. de S.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. de P.; CARVALHO, S. R. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/>

j/icse/a/yXFGYprRfPq7y4NkGK STchJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 fev. 2024.

AZEVEDO, M. L. N. **Educação e gestão neoliberal: a escola cooperativa de Maringá** – uma experiência de Charter School? Maringá: EDUEM, 2021. 230 p. ISBN: 978-65-87626-06-2.

BARBOSA, J.; KEIL, E. S.; WIESE, L. P. DE L.; WIESE, J. R. P. Curricularização da extensão no curso de medicina: um relato de experiências. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 58., 2020. Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: COBEM, 2020. p. 189. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Anais_58COBEM_Rev1.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

BARROS, E. R. D.; ALBUQUERQUE, L. M.; RESENDE, M. C. F. **Ressignificando a relação teoria e prática**: reflexões sobre as Práticas Curriculares de Extensão da PUC Minas. Belo Horizonte: PUC Minas, 2019.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. da. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 22, n. 2-3, p. 31-36, set./dez. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/FhhMgcpyqybRy8SfyqKWvPs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde**: temas e experiências / Teaching in health: issues and experiences. São Paulo: SENAC, 2004. 283 p.

BATISTA, Z. N., & Kerbauy, M. T. M. (2018). *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 13(3), 916-930. <https://doi.org/10.21723/riaee.v13.n3.2018.11178>

BAUMAN, Z. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BEZERRA, A. N. S.; SOUSA, F. M. L. de .; COLARES, A. A. A curricularização da extensão na formação docente: aproximações e contradições para uma práxis emancipadora. **Olhar de Professor**, Ponta Grossa, v. 25, e20879-072, p. 1-22, 2022. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/view/20879/209209217227>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BIVANCO-LIMA, D.; KLAUTAU, G. B.; KNOPFHOLZ, J. Formação docente no curso de Medicina: como podemos melhorar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 46, n. 4, e138, p. 1-12, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrbem/a/qz3jKPtF8zTbm3qq8J3868S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BOURDIEU, P. Algumas propriedades dos campos. In: **Questões de Sociologia** Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. **A reprodução elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1992.

BOUSSO, R. S. et. al. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 2, p.218-25, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a13.pdf>. Acesso em 24 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº. 19.851, de 11 de abril de 1931. Dispõe que o ensino superior no Brasil obedecerá, de preferencia, ao systema universitario, podendo ainda ser ministrado em institutos isolados, e que a organização technica e administrativa das universidades é instituida no presente Decreto, regendo-se os institutos isolados pelos respectivos regulamentos, observados os dispositivos do seguinte Estatuto das Universidades Brasileiras. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 5800, Rio de Janeiro, 15 abr. 1931. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19851-11-abril-1931-505837-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 10369, Brasília, DF, 29 nov. 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html#:~:text=Fixa%20normas%20de%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e,m%C3%A9dia%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,de%20profissionais%20de%20n%C3%ADvel%20universit%C3%A1rio>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Resolução nº. 8, de 24 de março de 1969. Institui, no sistema de ensino do Estado de São Paulo, o Curso Técnico de Desenho de Comunicação, e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Estadual de Educação, 1969. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CEE-SP_RES_8_0_.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, p. 18055, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 27833, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CES/CNE 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**: seção 1E, p. 131, Brasília, DF, 3 out. 2001a.

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 38, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN42001.pdf?query=137/2007-CEE/MS. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/MEC nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 111-112, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/odontologia/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005/3454>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº. 7.233, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre procedimentos orçamentários e financeiros relacionados à autonomia universitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 4, Brasília, DF, 20 jul. 2010. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7233-19-julho-2010-607315-norma-pe.html>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 1, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 8-11, Brasília, DF, 23 jun. 2014a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/@@@download/file. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº. 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 1, Brasília, DF, 26 jun. 2014b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 61, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://antilegis.antt.gov.br/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&tipo=POR&numeroAto=00000002&seqAto=000&valorAno=2017&orgao=MS&nomeTitulo=codigos&desltem=&desltemFim=&cod_modulo=420&cod_menu=7145. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 28, Brasília, DF, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2665>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 265, de 17 de março de 2022. Alteração da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 95, Brasília, DF, 17 mar. 2022. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4097/parecer-cne-ces-n-265>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CANO, W.. Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 35, n. 3, p. 444–460, jul. 2015.

CECILIO, S. C.; GARAVINI, A. B.; FERNANDES, A. P. P. C.; ROCHA, J. G. B. A curricularização da extensão no curso de medicina: o encontro com a arte, a cultura e a sociedade. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 59., 2021. Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: COBEM, 2021. p. 334. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Anais_59COBEM_Rev1.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

CLARKE, M.; CHALMERS, I. Reflections on the history of systematic reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*. **BMJ Publishing Group**, v. 23, n. 4, ago. 2018.

CONTIJO, E. D.; ALVIM, C.; MEGALE, L.; MELO, J. R. C.; LIMA, M. E. C. de C. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 37, n. 4, p. 526-539, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/htjq3FYKydxKhYyxFYJZ7Yp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre (Org.). **Métodos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação: da teoria à prática**. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2023.

CRUZ, D. K. A.; NÓBREGA, A. A. da; MONTENEGRO, M. de M. S.; PEREIRA, V. O. de M. Os objetivos de desenvolvimento sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 31, n. Spe1, p. 1-,8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/X6fCx5KZxNwsx69xttRBpPy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CRUZ, K. T. da. A formação medica no discurso da CINAEM. 2004. 312 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. 3. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

DINIZ, F. P. A Extensão Universitária como Instrumento de Política Pública. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1614>. Acesso em: 24 fev 2024.

DUBAR, C. **A socialização**: Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo, Martins Fontes, 2005, 1ed

FAGUNDES, M. C. V. **Universidade e projeto político-pedagógico**: diálogos possíveis fomentando formações emancipatórias. 2009. 235 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2094>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Evidence-based medicine: A brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care. **Historia, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 28, n. 1, p. 59-78, Jan./Mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33787695/>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FERREIRA, M. J. M.; RIBEIRO, K. G.; ALMEIDA, M. M. de; SOUSA, M. do S. de. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, n. e170920, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FD4rxtpnHDkPyDC6JFPzK9z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FLEURY, S. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS. **Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, Rio de Janeiro, 17 nov. 2008. Disponível em: <https://cebes.org.br/partidos-governo-e-os-equivocos-sobre-o-sus/9782/>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FORPROEX, F. de P. R. das I. P. de E. S. B. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus: Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições de Educação Superior Públicas Brasileiras, maio 2012. Disponível em: http://www.proexc.ufu.br/sites/proexc.ufu.br/files/media/document//Politica_Nacional_de_Extensao_Universitaria_-FORPROEX-_2012.pdf. Acesso em: Acesso em: 24 fev. 2024.

FREIRE, A. M. A. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 147-152, fev. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5pgDKq4g9jZk7sC6WPxbg3G/>. Acesso em: Acesso em: 24 fev. 2024.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1ªed. 2013.

GIDDENS, A. (2002). **Modernidade e identidade**. (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. ISBN: 85-7110-669-X

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROUX, H. Ensino superior, para quê? **Educar em Revista**, Curitiba, n. 37, p. 25-38, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/mv5qmFPfYjnhTLpCHhbTSfc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 35, n. 4, p. 557-566, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/vY3BY5VrN3KYxk5QmyPTWNg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

GONÇALVES, J. V.; SILVA, R. F. da; GONÇALVES, R. de C. Cuidado à saúde e a formação do profissional médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 9-15, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/fQYHCqfD44fVZn5BdcB56tS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

GONÇALVES, R. N., NOLL GONÇALVES, J. R. S., CUNHA, M. J. S., DA CRUZ, M. R. N., CARVALHO JÚNIOR, M. R., DITTERICH, R. G., & BUENO, R. E. (2020). Política Nacional de Promoção da Saúde: O percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, 13(2), 198-205. ISSN 1983-8921.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3Mz3yMSy6FbZjLwp5Kmq5vM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. DE .. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 551–570, 2010.

GREEN, L. A., FRYER, JR., G. E., YAWN, B. P., LANIER, D., DOVEY, S. M.. The Ecology of Medical Care Revisited. **New England Journal of Medicine**, 344(26), 2021-2025, 2001.

HANCOCK, T. Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians”. **Health Promotion International**, v. 1, n. 1, p. 93-100, 1986.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al.. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352–358, abr. 2006.

HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cedes/a/pqNtQNWnT6B98Lgipc5YsHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: Acesso em: 24 fev. 2024.

IMPERATORE, S. L. B.; PEDDE, V. "Curricularização" da extensão universitária no Brasil: questões estruturais e conjunturais de uma política pública university. *In*: CONGRESO LATINOAMERICANO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA, 13., 2015, Havana, Cuba. **Anais** [...]. Havana, Cuba: ULEU, 2015. p. 1-10. Disponível em: https://curricularizacaodaextensao.ifsc.edu.br/files/2016/06/1_Artigo_Curricularizaca_da_Extensao_Universitaria_no_Brasil.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

INCHEON. **Declaração de Incheon**: Educação 2030. Paris: UNESCO, 2018. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243278_por. Acesso em: 26 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNS – Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 24 fev. 2024.

JURCA, R. L. Neoliberalismo e individualização nas políticas de saúde na periferia sul de São Paulo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 33, e. 020037, p. 1-17, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/gdFVYKP56zmcFm83LTddmMk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LIBÂNEO, J. C. **Adeus professor, adeus professora**: novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez, 1998.

LOPES, A. C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 109-118, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/bjF9YRPZJWWyGJFF9xsZprC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MACHADO, C.; OLIVEIRA, J. M. de; MALVEZZI, E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200358, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3H87bcLY94p5dMFXPqQFKd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MACHADO, F. V.; FERLA, A. A.; SANTOS, B. S. dos; POSSA, L. B.; PEDROSO, V. D'A.; CARNEIRO, I. O. Avaliando o uso de metodologias ativas na formação em saúde: História das Instituições e Políticas Públicas de Saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2316>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS JÚNIOR, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F.. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 147-156, ago. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pPc6QshdSFXzJ5N7HfVvcJR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MALTA, D. C. et al.. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016.

MARCARINI, B. G.; ALVES, R.; FERRAZ, J. E. D. C.; SETTE, A. Percepção docente sobre as Ligas Acadêmicas de Medicina (LAM) e a discussão na curricularização das atividades de extensão. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 58., 2020. Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: COBEM, 2020. p. 241. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Anais_58COBEM_Rev1.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

MILANI, C. R. Sanchez. Boletim de Economia e Política Internacional: A Importância das Relações Brasil – Estados Unidos na Política Externa Brasileira. Número 6, abr./jun. 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4173641/mod_resource/content/1/A%20IMP

ORT%20NCIA%20DAS%20RELA%20C3%87%20C3%95ES%20BRASIL%20EUA%20NA%20PEB_Milani.pdf. Acesso em: 24 fev 2024.

MINAYO, C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, M. A. **O que é afinal aprendizagem significativa?** Aula Inaugural do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências Naturais. Cuiabá: Instituto de Física, Universidade Federal do Mato Grosso, 2020. Disponível em: www.if.ufrgs.br/~moreira. Acesso em: 24 fev. 2024.

MOREIRA, M. R.; KASTRUP, É.; RIBEIRO, J. M.; CARVALHO, A. I. de; BRAGA, A. P. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o país cumprir os ODS Brazil heading to 2030. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 22–35, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CNwYxgJZ4kVRHmnDhykMWcz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

NEMI, A; SANTOS, Í.V. dos; ALMEIDA, T. A. de. **A educação médica e a arena política**: os 60 anos da ABEM. Brasília: ABEM, 2022. E-book. 216 p. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Abem_60anos_site.pdf. Acesso em: 24 fev 2024.

NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G. V. **O ensino médico no Brasil**. Gazeta Médica da Bahia, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005. Disponível em: <https://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>. Acesso em: 24 fev.2024.

NUNES, A. L. de P. F.; SILVA, M. B. da C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. **Mal-Estar e Sociedade**, Barbacena, v. 4, n. 7, p. 119-133, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/gtic-malestar/article/view/60/89>. Acesso em: Acesso em: 24 fev. 2024.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de; LIMA, S. F.; PEREIRA, M. U. L.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SGBd4Hbk5ghWD3yg6vqt3Jk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PADILHA, R. P. **Planejamento Dialógico**: Como construir o projeto político-pedagógico da escola, 5. Ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2005 – (Guia da escola cidadã; v. 7)

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PAHO, P. A. H. O.; PAHO/WHO, R. O.; PAFAMS, P. A. F. The changing medical profession: implications for medical education. **Medical Education**, v. 27, n. 6, p. 524–533, Nov. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8208161/>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15-36, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PAULA, Alessandra Valéria de. BNCC e os currículos subnacionais: prescrições indutoras das políticas educacionais e curriculares. Brasília/DF, 2020. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/39424/1/2020_AlessandraValeriadePaula.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

PAULOS, L., Valadas, S. T., & Almeida, L. S. A construção da identidade profissional na transição para o mercado de trabalho: Percepções de diplomados do Ensino Superior. **Revista E-Psi**, 11(1), 179-193, 2022.

PAVAN, M. V.; BARRETO, C. A. P.; MELLO, J. B. de; COSTA, R. M. R.; RENA, J. A.; PESSOA, H. A.; CARAMORI, U. Panorama da educação médica no Brasil: uma oficina do Projeto FELLOWS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 21, n. 4, p. 188-190, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/46392/pdf/142042>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PELUCIO, E. B.; PAULINO, D. B.; SILVA, G. M. e; RAIMONDI, G. A. Extensão e educação popular em saúde: ampliando possibilidades na educação médica. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 56., 2018. Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: COBEM, 2018. p. 45-46. Disponível em: https://website.abemeducmed.org.br/wp-content/uploads/2020/11/ANAIS_56_revisao_jan_2020.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/6g3FMHrpZwQgvNCnLsmWqCL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L.G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PIMENTA, S. G.; ALMEIDA, M. I. de (orgs.). **Pedagogia universitária: caminhos para a formação de professores**. São Paulo: Cortez, 2011.

REGO, S. Educação Médica: história e questões. *In*: REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 21-44.

REIS, L. C. dos; ALVES, C. M.; PAIVA, H. F. F. B.; ANVERSA, A. L. B.; MOREIRA, E. C.; OLIVEIRA, A. A. B. de; SOUZA, V. de F. M. de. Curricularização da extensão em cursos da área da saúde: uma revisão integrativa. **Jornal de Políticas Educacionais**,

Curitiba, v. 16, n. e86071, jul. 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/jpe/article/view/86071>. Acesso em: 24 fev. 2024.

RIBEIRO, E. do N.; SANTOS, E. A.. Os desafios da docência na educação superior. In: **Anais CONEDU**, ISSN: 2358-8829, online,. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2020/ebook1/TRABALHO_EV140_MD7_SA100_ID5762_11092020151703.pdf. Acesso em: 24 fev.2024.

ROCHA, R. M. G.. Extensão Universitária: Comunicação ou Domesticação? Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1984. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/67393>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SACRISTÁN, J. G. **Saberes e incertezas sobre o currículo**. 1ed: editora Penso, 2013.

SAINSAULIEU, R. 1976. **L'identité Au Travail**. Paris: Fondation Nationale Des Sciences Politiques.

SANTOS, B. de S. **A Universidade no século XXI**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, S. R. dos. O aprendizado baseado em problemas (Problem-Based Learning – PBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 121-124, set./dez. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CMdmWZgGQYY5TNSnpjDyM8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2023.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SAÚDE, M.; SAÚDE, S. de P. de; SAÚDE, P. P. da S. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 33-34.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 14. ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1986.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. *In*: FERRETTI, C. J.; ZIBAS, D. M. L.; MADEIRA, F.; BRANCO, M. L. P. B. **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 151-166.

SCHEFFER, M.; GERRA, A.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A. G. A.; BRANDÃO, A. P. D.; MIOTTO, B. A.; ALMEIDA, C. de J.; GOMES, J. O.; MIOTTO, R. A. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2020.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023.

SCHÖN, D. **The reflective practitioner**. New York : Basic Books, 1983

SETTON, M. DA G. J.. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, n. 20, p. 60–70, maio 2002.

SHULMAN, L.S.. Signature pedagogies in the professions. **Dædalus Journal of the American Academy of Arts & Sciences** Summer 2005, Issued as Volume 134, Number 3, p.52-59

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9DHFVfVMbDV9WcdVtwPGMwHw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SILVA, L. A. S. R. da. A educação médica e a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 493-504, dez. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7KwDsMSf6KRnvTkcBHLqWc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SILVA, M. L. A. de M.; AMARAL, E.; MACHADO, H. da C.; PASSERI, S. M. R. R.; BRAGANÇA, J. F. Influência de políticas de ação afirmativa no perfil sociodemográfico de estudantes de medicina de Universidade Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 36-48, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/6wntGfjqCQXFgDM3r8gzM6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SILVA, P. F. A. DA.; BAPTISTA, T. W. DE F.. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 91–104, dez. 2015.

SIMON, E.; JEZINE, E.; VASCONCELOS, E. M.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1355-1364, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/D76bmvVMM4PFbT6dGf4MyTd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SIQUEIRA, B. P. **Boletim da ABEM**, v. XXIX. n.5, set/dez, 2001. Disponível em: https://website.abemeducmed.org.br/wpcontent/uploads/2022/11/Abem_60anos_site.pdf. Acesso em: 24 fev.2024

SISSON, M. C.. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 116–122, 2009.

Stryker, S., Burke, P. J. (2000). The Past, Present, and Future of an Identity Theory. **Social Psychology Quarterly**, 63(4), 284-297.

TRINDADE, L. M. D. F.; VIEIRA, M. J. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 542–554, dez. 2009.

Veloso, E. F. R., Dutra, J. S.. A tomada de decisões na transição de carreira: uma proposta de associação de conceitos. **RAD**, 16(2), 216-245, 2014

VIEIRA, S. de P.; PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C.; NEY, M. S.; MIRANDA, R. G. de. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189-207, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RFjdxdhG74jgsGRHRK9VpmM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

WALTON, H. J. The edinburgh declaration. **Journal of the Royal Society Medicine**, v. 83, n. 3, p. 184, Mar. 1993.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. 1961. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 73, n. 1, p. 187-205; Summer, 1996.

ANEXOS

Anexo 1: Declaração de Edimburgo

Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica

Edinburgh 8 a 12 de agosto de 1993

1.Preâmbulo

A II Conferência Mundial de Educação Médica de 1993 foi o maior evento a nível internacional nesta área. Os precursores deste encontro foram a Conferência Mundial sobre Assistência Primária de Saúde (1978 em Alma Ata) onde o programa global Saúde para Todos no Ano 2000 foi adotado, e a Conferência Mundial sobre Educação Médica (1988) que formulou a Declaração de Edinburgo. A Declaração estabeleceu as diretrizes para que a educação médica aprimore a saúde e o bem estar da humanidade. Avanços em direção a estes objetivos têm sido consideráveis, apesar dos impedimentos provocados pelo subdesenvolvimento de alguns países, regressões de desenvolvimento em outros países, e a complexidade do próprio processo de mudança. É essencial que se prossiga com a tarefa. Esta não pode ser deixada a deriva.

A Conferência Mundial de 1988 estabeleceu uma estrutura organizacional para o avanço na qualidade da educação médica com quatro níveis de ação: global, regional, nacional e institucional. As seis Associações Regionais da Federação Mundial de Educação Médica(FMEM,) ligadas aos seis Escritórios Regionais da OMS, interagindo com outras agências e instituições, notadamente a UNICEF, UNESCO, UNDP e o Banco Mundial representam uma extensa rede internacional para o alcance das mudanças necessárias na educação médica.A Conferência de 1988 lançou uma série de projetos de atividades, que continuam até hoje..

A Conferência Mundial de 1993 encontrou um novo conjunto de desafios. As mudanças globais em andamento estão afetando profundamente a educação médica: vastos aumentos na população de alguns países; extensas mudanças nas estruturas políticas nacionais e regionais; recessão econômica; enxugamento de recursos; guerras e violência; disseminação da AIDS; reaparecimento de doenças consideradas anteriormente controladas; sistemas de assistência a saúde em desarranjo devido a cobertura inadequada das populações; descontrole na elevação de custos. Há uma percepção pública de que as escolas de medicina não estão conseguindo vencer estes desafios.

Universidades e faculdades de medicina são frequentemente vistas como entidades preocupadas com suas próprias questões acadêmicas e desligadas dos problemas concernentes a sua sociedade. A tendência da medicina em se tornar uma empresa de negócios é um desvio grave de seu comprometimento tradicional de assistência e tratamento. Os avanços na tecnologia biomédica são as vezes vistos como uma redução do humanismo dentro da medicina. Os médicos têm passado uma imagem de indiferentes em relação a certos pacientes como os portadores de AIDS.

A medicina tem estado sob intensa observação. Os avanços na ciência têm aberto novas portas para um melhor cuidado com o paciente e a comunidade; sistemas de saúde melhorados prometem maior equidade; e inovações na educação médica fornecem importantes opções para mudança. Porém há ainda sérios obstáculos na educação médica.

A Conferência Mundial de 1993 examinou uma variedade de problemas que afetam a educação médica. 240 delegados de 80 países, líderes em seus países, estiveram presentes. As agências das Nações Unidas, OMS, UNICEF, UNESCO, UNDP, e o Banco Mundial, e muitas organizações não-governamentais e organizações de ajuda bilaterais, fundações e associações de profissionais forneceram apoio e foram representadas em alto nível.

O desafio central para este Encontro foi desenvolver uma visão sistemática desta variedade de problemas, identificar soluções adequadas e formular estratégias de implementação das recomendações a nível mundial.

2. Os problemas

2.1. No contexto mais amplo

As expectativas públicas a respeito da medicina são muito altas. A demanda por serviços de saúde aumentará a partir do processo democrático que está se implantando em muitas partes do mundo. O papel tradicional do médico como um curador, associado a avanços drásticos na ciência biomédica, tem criado uma demanda maior dos serviços. Inicialmente, os benefícios da medicina moderna são buscados por consumidores com conhecimento e o mercado tem sido suficiente pois os serviços tem sido fornecidos.

Porém o contexto no qual o médico trabalha tem se transformado, dentro de uma dinâmica que tem seus próprios problemas e complexidades: padrões de demografia, morbidade e mortalidade têm sido alterados; os médicos frequentemente parecem incapazes de monitorar as implicações de custo de suas decisões clínicas; os serviços de saúde não têm conseguido atender os mais necessitados: os custos têm se elevado infinitamente; as forças de mercado na área de saúde têm tratado a medicina como mero comércio; especialistas são formados além do necessário, enquanto os clínicos gerais não estão disponíveis; a prevenção da doença é mínima; e a visão do médico venerado como guardião da saúde e companheiro durante as horas de sofrimento agora frequentemente parece ser um vestígio do passado.

Diante destas mudanças e críticas, onde fica a educação médica e qual é a posição de seus guardiões, as universidades?. O paradoxo é que apesar destas críticas, têm havido importantes mudanças tanto na ciência quanto na qualidade da medicina, e da educação médica. Novos conceitos essenciais para a promoção da saúde e do tratamento das doenças têm sido incorporados aos currículos. Métodos mais efetivos de ensino têm surgido. A educação médica tem ido além dos grupos acadêmicos e chegado às realidades sociais onde as necessidades de saúde são maiores. Porém este grande progresso tem sido fragmentado demais, tem deixado ainda muitas escolas de medicina de lado, e não tem conseguido desenvolver a massa crítica necessária para consolidar esta mudança.

A educação médica enfrenta a necessidade urgente de colocar a casa em ordem, diminuir suas fraquezas e expandir suas forças. No entanto esta tarefa se torna difícil porque há muitos aspectos de seu domínio ainda fora de controle. O contexto no qual a medicina é praticada é social, com parâmetros econômicos, culturais, políticos, burocráticos e ambientais. A medicina deve tornar-se um agente mais efetivo no estabelecimento da ordem dos ambientes e sistemas onde ela deve atuar.

A base ética da prática da medicina tem contribuído em muito para a reverência a qual ela recebe hoje. O entendimento da medicina por si só em termos de valores morais que acompanham o relacionamento entre médicos e pacientes está aumentando. A ética médica cada vez mais é vista como parte obrigatória dos currículos, e seu ensinamento está saindo da sala de aula e indo para o leito e para a comunidade onde alunos podem aprender sobre interações com outros. Mas a mesma confusão global que está afetando a medicina em geral é também sentida no campo ético. Avanços na ciência assim como as limitações de recursos fazem surgir novas questões éticas. O modelo apropriado de ciência na medicina não é mais simplesmente biomédico, mas também social e psicológico. Um novo campo ético diz respeito ao valor do dinheiro, e a ética da prioridade e alocação de recursos em relação às necessidades dos pacientes e das comunidades. A justiça social e oportunidades iguais para todos ganha a cada dia maior apoio. Uma ênfase maior está sendo dada à democracia participativa e tem levado a mudanças nas tomadas de decisões médicas, saindo do papel tradicional dos médicos como únicos árbitros e chegando a um envolvimento maior e direto dos pacientes e da comunidade. Tendências à comercialização da medicina levantam questões éticas muito sérias de conflitos de interesses entre médicos. A AIDS e outras doenças crônicas desafiam a sensibilidade social e presteza ética dos médicos. Desta forma, a ética tem um papel diferente e crescente na educação médica, enriquecendo a compreensão de valores básicos da profissão. Profundos desafios ao raciocínio e a ação moral são enfrentados por médicos e instituições que os praticam.

2.2. Desafios emergentes

Entre os maiores desafios da profissão médica está a transição da saúde: há uma mudança de doenças de deficiência e infecção em países em desenvolvimento para

doenças cardiovasculares e outras afins em países desenvolvidos. As populações estão envelhecendo: a média de vida global é agora de 65 anos; em países em desenvolvimento é de 63 anos. O câncer, doenças cardiovasculares, e diabetes são os que matam mais em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O custo de uma assistência a doenças crônicas para uma persistente morbidade excede ao tratamento e cura de um infecção aguda. Ao mesmo tempo, muitos países em desenvolvimento ainda têm que carregar o fardo de doenças causadas por infecções e desnutrição. O conhecimento sobre infecções e desnutrição tem avançado além de sua aplicação. O tratamento de doenças tropicais exemplifica com que precariedade as descobertas e pesquisas são aplicadas.

Os sistemas de assistência à saúde são imperfeitos. O descontentamento da sociedade com os custos mirabolantes, a baixa qualidade real ou percebida, e a falta de acesso - todos aparentemente se degenerando - se impõe nos governos. Os mal servidos e não assegurados são a maioria e os que menos têm voz política. Os médicos são insuficientemente conscientes da condição de saúde daqueles que não comparecem nas suas clínicas.

Há uma implementação irregular da assistência primária de saúde em muitos países devido a pobreza, fortes interesses e prioridades competitivas, frequentemente justificados em nome da defesa. As despesas per capita com doenças em muitos países excedem o produto nacional bruto per capita total de países em desenvolvimento. Os médicos frequentemente mantêm uma abordagem primeiramente voltada para as doenças. Por outro lado, alguns países de renda baixa escolheram investir na saúde e em outros setores sociais para seu benefício. As mudanças políticas e a perturbação econômica no leste europeu ameaçam as redes de segurança social. Novas forças de mercado podem ter efeitos imprevisíveis no setor da saúde e no comportamento dos médicos.

Há um desequilíbrio entre especialistas e clínicos gerais. Nos países desenvolvidos, em particular, o público prefere consultar especialistas, mesmo com queixas corriqueiras. A sociedade não pode sustentar os números exigidos, e nem deveria. Ao mesmo tempo, clínicos gerais permanecem sub-empregados em busca de qualificações de pós-graduação onerosas, ou então emigram. Os especialistas provavelmente não se estabelecerão em áreas depreciadas. Um médico de família bem treinado frequentemente não é visto como alguém que tenha feito um treinamento "especial", mesmo que tenha certificados relevantes de pós-graduação. Um departamento da escola de medicina pode formar em excesso especialistas para justificar sua existência. A distribuição desequilibrada é refletida em uma superpopulação de médicos contra uma escassez de enfermeiros ou qualquer outro profissional da área de saúde de custo menor e frequentemente mais eficaz.

Os avanços tecnológicos de nosso tempo surpreendem o público e os profissionais da área. A explosão de conhecimento biomédico dos últimos 40 anos, dizem que ultrapassou a de todos os tempos. A sociedade tem sabidamente investido na pesquisa médica; é importante agora dar maior atenção a seu custo, sua aplicação das descobertas, e os fatores éticos envolvidos. Para poder acompanhar os avanços

científicos, os médicos precisam de novos conhecimentos e habilidades.

A AIDS por si só, faz-nos ver as fraquezas dos médicos. Esta "catástrofe em câmara lenta" desafia as habilidades de comunicação dos médicos, a responsabilidade a longo-prazo, o cuidado com carinho, a capacidade de enfrentar questões como a morte, sexualidade, alternativas para o estilo de vida, a impotência terapêutica; e o conhecimento de saúde pública e doenças infecciosas. Além disso, a interação médico-AIDS é um protótipo de muitas outras doenças comuns da sociedade moderna: abuso de droga, doenças crônicas de populações em idade avançada, e outras doenças infecciosas novas ou recrudescentes.

3. As Respostas da Educação Médica

A ética médica empenha-se em fazer o bem e não fazer o mal. Enquanto, conhecidamente, muitas das soluções para os desafios acima estão além do conhecimento do médico ou até mesmo das responsabilidades do próprio setor de saúde, o profissional médico deve cumprir seu contrato social da melhor maneira possível. O médico do Século XXI deve ser replanejado.

Os médicos devem promover a saúde, evitar e tratar a doença, e reabilitar o deficiente de maneira ética e amorosa. Cada vez mais eles devem fazer isso sem nenhuma restrição de recursos. Porém a sociedade, a profissão e os educadores médicos pedem mais. 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 da economia aplicada, da sociologia, antropologia, epidemiologia e medicina comportamental; administradores de uma equipe de saúde; e advogados da comunidade.

3.1 O Rumo da Reforma

Os educadores médicos em 1988, após intensos debates, propuseram as 12 reformas da Declaração de Edinburgh:

- . ambientes educacionais relevantes
- . currículos baseados nas necessidades de saúde
- . aprendizagem ativa e duradoura.
- . aprendizagem com base na competência.
- . professores treinados para serem educadores.
- . integração da ciência com a prática clínica.
- . seleção de alunos por atributos intelectuais e não-cognitivos também.
- . coordenação da educação médica com os cuidados de saúde.
- . formação equilibrada de tipos de médicos.
- . treinamento multiprofissional
- . educação médica continuada.

Estas propostas de mudanças têm sido adotadas e testadas em muitas, mas de maneira alguma na maioria das escolas de medicina, e têm encontrado estratégias efetivas para superar obstáculos da educação médica. O conservadorismo da profissão médica e das universidades, e as complexidades da mudança necessária, têm resultado em uma resposta lenta àqueles que estão na liderança das mudanças e que chamam outros para segui-los.

Quanto aos princípios da Declaração de Edinburgh, estes exigem que sua implementação seja feita com estratégias ousadas, claras, atraentes e praticáveis.

4. Recomendações para a ação

As seguintes recomendações são a conclusão do Encontro de 1993, surgidas a partir de trabalhos de convidados, das discussões em plenárias e de grupos de trabalho. Um breve comentário sobre cada questão é seguido de exemplos de ações que podem ser tomadas junto com os resultados esperados. As respostas não são exaustivas nem universais e aguardam uma revisão a vários níveis, aplicação e interpretação no contexto local, regional e nacional.

4.1 Prática e Política

4.1.1 A Disjunção entre a Educação Médica e o Ambiente da Prática Médica

A boa educação médica demanda uma parceria com o sistema de atenção à saúde. Um médico contemporâneo não pode ser treinado apenas em hospitais universitários. Sem tal parceria, o programa educacional será limitado quanto às realidades da prática, e não fornecerá treinamento adequado para satisfazer as necessidades da população a ser atendida. Tal disjunção, quando o sistema de educação médica está desvinculado da prestação de serviços na área da saúde, é ainda uma triste realidade em muitos países.

Ação: Relações administrativas e de trabalho eficientes entre universidades e serviços de saúde, incluindo as organizações de atendimento a saúde locais e as comunidades, são essenciais para alcançar interações coerentes entre a prática e a educação. As habilidades adquiridas nos currículos reformulados deveriam ser relevantes às necessidades do ambiente desta prática e da comunidade.

Resultado: Novos acordos políticos e institucionais para assegurar a relevância entre a educação e as necessidades e padrões de prática, e a satisfação profissional de que o que foi aprendido pode ser aplicado e útil.

4.1.2 Planejamento Nacional de Recursos Humanos da Saúde

Por uma questão de relevância tanto das necessidades quanto da eficiência no

Anexo 2: Carta de Ottawa

CARTA DE OTTAWA
PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

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.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes avoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar

os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

As estratégias e programas na área de promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável.

A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde – particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem

benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e ossetores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado

de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

- atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;
- atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacita-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
- reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;
- a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

Anexo 3: Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários

Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários

Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

II - A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.

III - O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV - É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V - Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares

onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII - Os cuidados primários de saúde:

- refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
- têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
- envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
- requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
- devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
- baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII - Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX - Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X - Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 200 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, Distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

Fonte: Ministério da Saúde.

Data da Publicação: 06/02/2002

Anexo 4: Declaração de Jomtien

Declaração Mundial sobre Educação para Todos *Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem*

PREÂMBULO

Há mais de quarenta anos, as nações do mundo afirmaram na **Declaração Universal dos Direitos Humanos que "toda pessoa tem direito à educação"**. No entanto, apesar dos esforços realizados por países do mundo inteiro para assegurar o direito à educação para todos, persistem as seguintes realidades:

- mais de 100 milhões de crianças, das quais pelo menos 60 milhões são meninas, não têm acesso ao ensino primário:
mais de 960 milhões de adultos - dois terços dos quais mulheres - são analfabetos, e o analfabetismo funcional é um problema significativo em todos os países industrializados ou em desenvolvimento;
- mais de um terço dos adultos do mundo não têm acesso ao conhecimento impresso, às novas habilidades e tecnologias, que poderiam melhorar a qualidade de vida e ajudá-los a perceber e a adaptar-se às mudanças sociais e culturais; e
- mais de 100 milhões de crianças e incontáveis adultos não conseguem concluir o ciclo básico, e outros milhões, apesar de concluí-lo, não conseguem adquirir conhecimentos e habilidades essenciais.

Ao mesmo tempo, o mundo tem que enfrentar um quadro sombrio de problemas, entre os quais: o aumento da dívida de muitos países, a ameaça de estagnação e decadência econômicas, o rápido aumento da população, as diferenças econômicas crescentes entre as nações e dentro delas, a guerra, a ocupação, as lutas civis, a violência: a morte de milhões de crianças que poderia ser evitada e a degradação generalizada do meio-ambiente. Esses problemas atropelam os esforços envidados no sentido de satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem, enquanto a falta de educação básica para significativas parcelas da população impede que a sociedade enfrente esses problemas com vigor e determinação.

Durante a década de 80, esses problemas dificultaram os avanços da educação básica em muitos países menos desenvolvidos. Em outros, o crescimento econômico permitiu financiar a expansão da educação mas, mesmo assim, milhões de seres humanos continuam na pobreza, privados de escolaridade ou analfabetos. E em alguns países industrializados, cortes nos gastos públicos ao longo dos anos 80 contribuíram para a deterioração da educação.

Não obstante, o mundo está às vésperas de um novo século carregado de esperanças e de possibilidades. Hoje, testemunhamos um autêntico progresso rumo à distensão pacífica e de uma maior cooperação entre as nações. Hoje, os direitos essenciais e as potencialidades das mulheres são levados em conta. Hoje, vemos emergir, a todo momento, muitas e valiosas realizações científicas e culturais. Hoje, o volume das informações disponível no mundo - grande parte importante para a sobrevivência e bem-estar das pessoas - é extremamente mais amplo do que há alguns anos, e continua crescendo num ritmo acelerado. Estes conhecimentos incluem informações sobre como melhorar a qualidade de vida ou como aprender a aprender. Um efeito multiplicador ocorre quando informações importantes estão vinculadas com outro grande avanço: nossa nova capacidade em comunicar.

Essas novas forças, combinadas com a experiência acumulada de reformas, inovações, pesquisas, e com o notável progresso em educação registrado em muitos países, fazem com que a meta de educação básica para todos - pela primeira vez na história - seja uma meta viável.

Em consequência, nós, os participantes da Conferência Mundial sobre Educação para Todos, reunidos em Jomtien, Tailândia, de 5 a 9 de março de 1990:

Relembrando que a educação é um direito fundamental de todos, mulheres e homens, de todas as idades, no mundo inteiro;

Entendendo que a educação pode contribuir para conquistar um mundo mais seguro, mais sadio, mais próspero e ambientalmente mais puro, que, ao mesmo tempo, favoreça o progresso social, econômico e cultural, a tolerância e a cooperação internacional;

Sabendo que a educação, embora não seja condição suficiente, é de importância fundamental para o progresso pessoal e social;

Reconhecendo que o conhecimento tradicional e o patrimônio cultural têm utilidade e valor próprios, assim como a capacidade de definir e promover o desenvolvimento;

Admitindo que, em termos gerais, a educação que hoje é ministrada apresenta graves deficiências, que se faz necessário torná-la mais relevante e melhorar sua qualidade, e que ela deve estar universalmente disponível;

Reconhecendo que uma educação básica adequada é fundamental para fortalecer os níveis superiores de educação e de ensino, a formação científica e tecnológica e, por conseguinte, para alcançar um desenvolvimento autônomo; e

Reconhecendo a necessidade de proporcionar às gerações presentes e futuras uma visão abrangente de educação básica e um renovado compromisso a favor dela, para enfrentar a amplitude e a complexidade do desafio,

proclamamos a seguinte

Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem

EDUCAÇÃO PARA TODOS: OBJETIVOS

ARTIGO 1 . SATISFAZER AS NECESSIDADES BÁSICAS DE APRENDIZAGEM

1. Cada pessoa - criança, jovem ou adulto - deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer suas necessidades básicas de aprendizagem. Essas necessidades compreendem tanto os instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão oral, o cálculo, a solução de problemas), quanto os conteúdos básicos da aprendizagem (como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes), necessários para que os seres humanos possam sobreviver, desenvolver plenamente suas potencialidades, viver e trabalhar com dignidade, participar plenamente do desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida, tomar decisões fundamentadas e continuar aprendendo. A amplitude das necessidades básicas de aprendizagem e a maneira de satisfazê-las variam segundo cada país e cada cultura, e, inevitavelmente, mudam com o decorrer do tempo.

2. A satisfação dessas necessidades confere aos membros de uma sociedade a possibilidade e, ao mesmo tempo, a responsabilidade de respeitar e desenvolver a sua herança cultural, lingüística e espiritual, de promover a educação de outros, de defender a causa da justiça social, de proteger o meio-ambiente e de ser tolerante com os sistemas sociais, políticos e religiosos que difiram dos seus, assegurando respeito aos valores humanistas e aos direitos humanos comumente aceitos, bem como de trabalhar pela paz e pela solidariedade internacionais em um mundo interdependente.

3. Outro objetivo, não menos fundamental, do desenvolvimento da educação. é o enriquecimento dos valores culturais e morais comuns. É nesses valores que os indivíduos e a sociedade encontram sua identidade e sua dignidade.

4. A educação básica é mais do que uma finalidade em si mesma. Ela é a base para a aprendizagem e o desenvolvimento humano permanentes, sobre a qual os países podem construir, sistematicamente, níveis e tipos mais adiantados de educação e capacitação.

EDUCAÇÃO PARA TODOS: UMA VISÃO ABRANGENTE E UM COMPROMISSO RENOVADO

ARTIGO 2 . EXPANDIR O ENFOQUE

1. Lutar pela satisfação das necessidades básicas de aprendizagem para todos exige mais do que a ratificação do compromisso pela educação básica. É necessário um enfoque abrangente, capaz de ir além dos níveis atuais de recursos, das estruturas institucionais; dos currículos e dos sistemas convencionais de ensino, para construir sobre a base do que há de melhor nas práticas correntes. Existem hoje novas possibilidades que resultam da convergência do crescimento da informação e de uma capacidade de comunicação sem precedentes. Devemos trabalhar estas possibilidades com criatividade e com a determinação de aumentar a sua eficácia.

2. Este enfoque abrangente, tal como exposto nos Artigos 3 a 7 desta Declaração, compreende o seguinte:

- universalizar o acesso à educação e promover a equidade;
- concentrar a atenção na aprendizagem;
- ampliar os meios e o raio de ação da educação básica;
- propiciar um ambiente adequado à aprendizagem;
- fortalecer alianças.

3. A concretização do enorme potencial para o progresso humano depende do acesso das pessoas à educação e da articulação entre o crescente conjunto de conhecimentos relevantes com os novos meios de difusão desses conhecimentos

ARTIGO 3 UNIVERSALIZAR O ACESSO À EDUCAÇÃO E PROMOVER A EQUIDADE

1. A educação básica deve ser proporcionada a todas as crianças, jovens e adultos. Para tanto, é necessário universalizá-la e melhorar sua qualidade, bem como tomar medidas efetivas para reduzir as desigualdades.

2. Para que a educação básica se torne equitativa, é mister oferecer a todas as crianças, jovens e adultos, a oportunidade de alcançar e manter um padrão mínimo de qualidade da aprendizagem.

A prioridade mais urgente é melhorar a qualidade e garantir o acesso à educação para meninas e mulheres, e superar todos os obstáculos que impedem sua participação ativa no processo educativo. Os preconceitos e estereótipos de qualquer natureza devem ser eliminados da educação.

4. Um compromisso efetivo para superar as disparidades educacionais deve ser assumido. Os grupos excluídos - os pobres: os meninos e meninas de rua ou trabalhadores; as populações das periferias urbanas e zonas rurais os nômades e os trabalhadores migrantes; os povos indígenas; as minorias étnicas, raciais e lingüísticas: os refugiados; os deslocados pela guerra; e os povos submetidos a um regime de ocupação - não devem sofrer qualquer tipo de discriminação no acesso às oportunidades educacionais.

5. As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

ARTIGO 4 CONCENTRAR A ATENÇÃO NA APRENDIZAGEM

1. A tradução das oportunidades ampliadas de educação em desenvolvimento efetivo - para o indivíduo ou para a sociedade - dependerá, em última instância, **de, em razão dessas mesmas oportunidades, as pessoas aprenderem de fato, ou seja, apreenderem conhecimentos úteis, habilidades de raciocínio, aptidões e valores.** Em conseqüência, a educação básica deve estar centrada na aquisição e nos resultados efetivos da aprendizagem, e não mais exclusivamente na matrícula. freqüência aos programas estabelecidos e preenchimento dos requisitos para a obtenção do diploma. Abordagens ativas e participativas são particularmente valiosas no que diz respeito a garantir a aprendizagem e possibilitar aos educandos esgotar plenamente suas potencialidades. Daí a necessidade de definir, nos programas educacionais, os níveis desejáveis de aquisição de conhecimentos e implementar sistemas de avaliação de desempenho.

ARTIGO 5 AMPLIAR OS MEIOS DE E O RAIO DE AÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

A diversidade, a complexidade e o caráter mutável das necessidades básicas de aprendizagem das crianças, jovens e adultos, exigem que se amplie e se redefina continuamente o alcance da educação básica, para que nela se incluam os seguintes elementos:

- *A aprendizagem começa com o nascimento.* Isto implica cuidados básicos e educação inicial na infância, proporcionados seja através de estratégias que envolvam as famílias e comunidades ou programas institucionais, como for mais apropriado.
- O principal sistema de promoção da educação básica fora da esfera familiar é a escola fundamental. A educação fundamental deve ser universal, garantir a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem de todas as crianças, e levar em consideração a cultura, as necessidades e as possibilidades da comunidade. Programas complementares alternativos podem ajudar a satisfazer as necessidades de aprendizagem das crianças cujo acesso à escolaridade formal é limitado ou inexistente, desde que observem os mesmos padrões de aprendizagem adotados na escola e disponham de apoio adequado.
- As necessidades básicas de aprendizagem de jovens e adultos são diversas, e devem ser atendidas mediante uma variedade de sistemas. Os programas de alfabetização são indispensáveis, dado que saber ler e escrever constitui-se uma capacidade necessária em si mesma, sendo ainda o fundamento de outras habilidades vitais. A alfabetização na língua materna fortalece a identidade e a herança cultural. Outras necessidades podem ser satisfeitas mediante a capacitação técnica, a aprendizagem de ofícios e os programas de educação formal e não formal em matérias como saúde, nutrição, população, técnicas agrícolas, meio-ambiente, ciência, tecnologia, vida familiar - incluindo-se aí a questão da natalidade - e outros problemas sociais.
- *Todos os instrumentos disponíveis e os canais de informação, comunicação e ação social podem contribuir na transmissão de conhecimentos essenciais, bem como na informação e educação dos indivíduos quanto a questões sociais.* Além dos instrumentos tradicionais, as bibliotecas, a televisão, o rádio e outros meios de comunicação de massa podem ser mobilizados em todo o seu potencial, a fim de satisfazer as necessidades de educação básica para todos.

Estes componentes devem constituir um sistema integrado - complementar, interativo e de padrões comparáveis - e deve contribuir para criar e desenvolver possibilidades de aprendizagem por toda a vida.

ARTIGO 6 PROPICIAR UM AMBIENTE ADEQUADO À APRENDIZAGEM

A aprendizagem não ocorre em situação de isolamento. Portanto, as sociedades devem garantir a todos os educandos assistência em nutrição, cuidados médicos e o apoio físico e emocional essencial para que participem ativamente de sua própria educação e dela se beneficiem. Os conhecimentos e as habilidades necessários à ampliação das condições de aprendizagem das crianças devem estar integrados aos programas de educação comunitária para adultos. A educação das crianças e a de seus pais ou responsáveis respaldam-se mutuamente, e esta interação deve ser usada para criar, em benefício de todos, um ambiente de aprendizagem onde haja calor humano e vibração.

ARTIGO 7 FORTALECER AS ALIANÇAS

As autoridades responsáveis pela educação aos níveis nacional, estadual e municipal têm a obrigação prioritária de proporcionar educação básica para todos. Não se pode, todavia, esperar que elas supram a totalidade dos requisitos humanos, financeiros e organizacionais necessários a esta tarefa. Novas e crescentes articulações e alianças serão necessárias em todos os níveis: entre todos os subsetores e formas de educação, reconhecendo o papel especial dos professores, dos administradores e do pessoal que trabalha em educação; entre os órgãos

educacionais e demais órgãos de governo, incluindo os de planejamento, finanças, trabalho, comunicações, e outros setores sociais; entre as organizações governamentais e não-governamentais, com o setor privado, com as comunidades locais, com os grupos religiosos, com as famílias. É particularmente importante reconhecer o papel vital dos educadores e das famílias. Neste contexto, as condições de trabalho e a situação social do pessoal docente, elementos decisivos no sentido de se implementar a educação para todos, devem ser urgentemente melhoradas em todos os países signatários da Recomendação Relativa à Situação do Pessoal Docente OIT/UNESCO (1966). Alianças efetivas contribuem significativamente para o planejamento, implementação, administração e avaliação dos programas de educação básica. Quando nos referimos a "um enfoque abrangente e a um compromisso renovado", incluímos as alianças como parte fundamental.

EDUCAÇÃO PARA TODOS: OS REQUISITOS

ARTIGO 8 DESENVOLVER UMA POLÍTICA CONTEXTUALIZADA DE APOIO

1. Políticas de apoio nos setores social, cultural e econômico são necessárias à concretização da plena provisão e utilização da educação básica **para a promoção individual e social**. A educação básica para todos depende de um compromisso político e de uma vontade política, respaldados por medidas fiscais adequadas e ratificados por reformas na política educacional e pelo fortalecimento institucional. Uma política adequada em matéria de economia, comércio, trabalho, emprego e saúde incentiva o educando e contribui para o desenvolvimento da sociedade.

2. A sociedade deve garantir também um sólido ambiente intelectual e científico à educação básica, o que implica a melhoria do ensino superior e o desenvolvimento da pesquisa científica. Deve ser possível estabelecer, em cada nível da educação, um contato estreito com o conhecimento tecnológico e científico contemporâneo.

ARTIGO 9 MOBILIZAR OS RECURSOS

1. Para que as necessidades básicas de aprendizagem para todos sejam satisfeitas mediante ações de alcance muito mais amplo, será essencial mobilizar atuais e novos recursos financeiros e humanos, públicos, privados ou voluntários. Todos os membros da sociedade têm uma contribuição a dar, lembrando sempre que o tempo, a energia e os recursos dirigidos à educação básica constituem, certamente, o investimento mais importante que se pode fazer no povo e no futuro de um país.

2. Um apoio mais amplo por parte do setor público significa atrair recursos de todos os órgãos governamentais responsáveis pelo desenvolvimento humano, mediante o aumento em valores absolutos e relativos, das dotações orçamentárias aos serviços de educação básica. Significa, também, reconhecer a existência de demandas concorrentes que pesam sobre os recursos nacionais, e que, embora a educação seja um setor importante, não é o único. Cuidar para que haja uma melhor utilização dos recursos e programas disponíveis para a educação resultará em um maior rendimento, e poderá ainda atrair novos recursos. A urgente tarefa de satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem poderá vir a exigir uma realocação dos recursos entre setores, como por exemplo, uma transferência de fundos dos gastos militares para a educação. Acima de tudo, é necessário uma proteção especial para a educação básica nos países em processo de ajustes estruturais e que carregam o pesado fardo da dívida externa. Agora, mais do que nunca, a educação deve ser considerada uma dimensão fundamental de todo projeto social, cultural e econômico.

ARTIGO 10 FORTALECER A SOLIDARIEDADE INTERNACIONAL

1. Satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem constitui-se uma responsabilidade comum e universal a todos os povos, e implica solidariedade internacional e relações económicas honestas e eqüitativas, a fim de corrigir as atuais disparidades económicas. Todas as nações têm valiosos conhecimentos e experiências a compartilhar, com vistas à elaboração de políticas e programas educacionais eficazes.

2. Será necessário um aumento substancial, a longo prazo, dos recursos destinados à educação básica. A comunidade mundial, incluindo os organismos e instituições intergovernamentais, têm a responsabilidade urgente de atenuar as limitações que impedem algumas nações de alcançar a meta da educação para todos. Este esforço implicará, necessariamente, a adoção de medidas que aumentem os orçamentos nacionais dos países mais pobres, ou ajudem a aliviar o fardo das pesadas dívidas que os afligem. Credores e devedores devem procurar fórmulas inovadoras e eqüitativas para reduzir este fardo, uma vez que a capacidade de muitos países em desenvolvimento de responder efetivamente à educação e a outras necessidades básicas será extremamente ampliada ao se resolver o problema da dívida.

3. As necessidades básicas de aprendizagem dos adultos e das crianças devem ser atendidas onde quer que existam. Os países menos desenvolvidos e com baixa renda apresentam necessidades especiais que exigirão atenção prioritária no quadro da cooperação internacional à educação básica, nos anos 90.

4. Todas as nações devem agir conjuntamente para resolver conflitos e disputas, pôr fim às ocupações militares e assentar populações deslocadas ou facilitar seu retorno a seus países de origem, bem como garantir o atendimento de suas necessidades básicas de aprendizagem. Só um ambiente estável e pacífico pode criar condições para que todos os seres humanos, crianças e adultos, venham a beneficiar-se das propostas desta declaração.

Nós, os participantes da Conferência Mundial sobre Educação para Todos, reafirmamos o direito de todos à educação. Este é o fundamento de nossa determinação individual e coletiva - assegurar educação para todos.

Compromete mo-nos em cooperar, no âmbito da nossa esfera de responsabilidades, tomando todas as medidas necessárias à consecução dos objetivos de educação para todos. Juntos apelamos aos governos, às organizações interessadas e aos indivíduos, para que se somem a este urgente empreendimento.

As necessidades básicas de aprendizagem para todos podem e devem ser satisfeitas. Não há modo mais significativo do que este para iniciar o Ano Internacional da Alfabetização e avançar rumo às metas da Década das Nações Unidas para os Portadores de Deficiências (1983-1992), Década Internacional para o Desenvolvimento Cultural (1988-1997), Quarta Década das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1991-2000), Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e Estratégias para o Desenvolvimento da Mulher, e da Convenção sobre os Direitos da Criança. Nunca antes uma época foi tão propícia à realização do nosso compromisso em proporcionar oportunidades básicas de aprendizagem a todos os povos do mundo.

Adotamos, portanto, esta *Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem*, e aprovamos o *Plano de Ação para Satisfazer as Necessidades Básicas de Aprendizagem*. com a finalidade de atingir os objetivos estabelecidos nesta *Declaração*.

Anexo 5: Declaração de Dakar

DECLARAÇÃO DE DAKAR

O MARCO DE AÇÃO DE DAKAR EDUCAÇÃO PARA TODOS

Texto adotado pela Cúpula Mundial de Educação
Dakar, Senegal - 26 a 28 de abril de 2000.

1. Reunidos em Dakar em Abril de 2000, nós, participantes do Fórum Mundial de Educação, nos comprometemos a alcançar os objetivos e as metas de Educação Para Todos (EPT) para cada cidadão e cada sociedade.

2. O Marco de Ação de Dakar é um compromisso coletivo para a ação. Os governos têm a obrigação de assegurar que os objetivos e as metas de EPT sejam alcançados e mantidos. Essa responsabilidade será atingida de forma mais eficaz por meio de amplas parcerias no âmbito de cada país, apoiada pela cooperação com agências e instituições regionais e internacionais.

3. Reafirmamos a visão da Declaração Mundial de Educação Para Todos (Jomtien, 1990), apoiada pela Declaração Universal de Direitos Humanos e pela Convenção sobre os Direitos da Criança, de que toda criança, jovem e adulto tem o direito humano de se beneficiar de uma educação que satisfaça suas necessidades básicas de aprendizagem, no melhor e mais pleno sentido do termo, e que inclua aprender a aprender, a fazer, a conviver e a ser. É uma educação que se destina a captar os talentos e potencial de cada pessoa e desenvolver a personalidade dos educandos para que possam melhorar suas vidas e transformar suas sociedades.

4. Acolhemos os compromissos pela educação básica feitos pela comunidade internacional ao longo dos anos 90, especialmente na Cúpula Mundial para a Infância (1990); na Conferência do Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), na Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993), na Conferência Mundial sobre Necessidades Especiais da Educação: Acesso e Qualidade (1994), na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (1995), na Quarta Conferência Mundial da Mulher (1995), no Encontro Intermediário do Fórum Consultivo Internacional de Educação para Todos (1996), na Conferência Internacional de Educação de Adultos (1997) e na Conferência Internacional sobre o Trabalho Infantil (1997). O desafio, agora, é cumprir os compromissos firmados.

5. A Avaliação de EPT 2000 demonstra que houve progresso significativo em muitos países. Mas é inaceitável que no ano 2000, mais de 113 milhões de crianças continuem sem acesso ao ensino primário, que 880 milhões de adultos sejam analfabetos, que a discriminação de gênero continue a permear os sistemas educacionais e que a qualidade da aprendizagem e da aquisição de valores e habilidades humanas não satisfaçam as aspirações e necessidades de indivíduos e das sociedades. Nega-se aos jovens e adultos o acesso às técnicas e conhecimentos necessários para encontrar emprego remunerado e participar plenamente da sociedade. Sem um progresso acelerado na direção de uma Educação para Todos, as metas nacionais e

internacionais acordadas para a redução da pobreza não serão alcançadas e as desigualdades entre as nações e dentro de cada sociedade se ampliarão.

6. A educação é um direito humano fundamental e constitui a chave para um desenvolvimento sustentável, assim como para assegurar a paz e a estabilidade dentro de cada país e entre eles e, portanto, meio indispensável para alcançar a participação efetiva nas sociedades e economias do século XXI afetadas pela rápida globalização. Não se pode mais postergar esforços para atingir as metas de EPT. As necessidades básicas da aprendizagem podem e devem ser alcançadas com urgência.

7. Comprometemo-nos a atingir os seguintes objetivos:

- I. expandir e melhorar o cuidado e a educação da criança pequena, especialmente das mais vulneráveis e em maior desvantagem;
- II. assegurar que todas as crianças, com ênfase especial nas meninas e nas crianças em circunstâncias difíceis e pertencentes a minorias étnicas, tenham acesso à educação primária, obrigatória, gratuita e de boa qualidade até o ano 2015;
- III. assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas pelo acesso equitativo à aprendizagem apropriada e às habilidades para a vida;
- IV. alcançar uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos até 2015, especialmente para as mulheres, e acesso equitativo à educação básica e continuada para todos os adultos;
- V. eliminar disparidades de gênero na educação primária e secundária até 2005 e alcançar a igualdade de gênero na educação até 2015, com enfoque na garantia ao acesso e o desempenho pleno e equitativo de meninas na educação básica de boa qualidade;
- VI. melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar excelência para todos, de forma a garantir a todos resultados reconhecidos e mensuráveis, especialmente na alfabetização, matemática e habilidades essenciais à vida.

8. Para atingir esses objetivos, nós, os governos, organizações, agências, grupos e associações representadas na Fórum Mundial de Educação, nos comprometemos a:

- I. mobilizar uma forte vontade política nacional e internacional em prol da Educação para Todos, desenvolver planos de ação nacionais e incrementar de forma significativa os investimentos em educação básica;
- II. promover políticas de Educação para Todos dentro de marco setorial integrado e sustentável, claramente articulado com a eliminação da pobreza e com estratégias de desenvolvimento;
- III. assegurar o engajamento e a participação da sociedade civil na formulação, implementação e monitoramento de estratégias para o desenvolvimento da educação;
- IV. desenvolver sistemas de administração e de gestão educacional que sejam participativos e capazes de dar resposta e de prestar contas;
- V. satisfazer as necessidades de sistemas educacionais afetados por situações de conflito, calamidades naturais e instabilidade e conduzir os

- programas educacionais de forma a promover compreensão mútua, paz e tolerância, e que ajudem a prevenir a violência e os conflitos;
- VI. implementar estratégias integradas para promover a equidade de gênero na educação, que reconheçam a necessidade de mudar atitudes, valores e práticas;
 - VII. implementar urgentemente programas e ações educacionais para combater a pandemia HIV/AIDS;
 - VIII. criar ambientes seguros, saudáveis, inclusivos e equitativamente supridos, que conduzam à excelência na aprendizagem e níveis de desempenho claramente definidos para todos;
 - IX. melhorar o status, a auto-estima e o profissionalismo dos professores;
 - X. angariar novas tecnologias de informação e comunicação para apoiar o esforço em alcançar as metas EPT;
 - XI. monitorar sistematicamente o progresso no alcance dos objetivos e estratégias de EPT nos âmbitos internacional, nacional e regional;
 - XII. fortalecer os mecanismos existentes para aceleração do progresso à obtenção da Educação para Todos.

9. Baseando-se na evidência acumulada durante as avaliações de EPT nacionais e regionais e em estratégias setoriais já existentes, todos os Estados deverão desenvolver ou fortalecer planos nacionais de ação até, no máximo, 2002. Esses planos devem ser integrados em um marco mais amplo de redução da pobreza e de desenvolvimento e devem ser elaborados através de processos mais democráticos e transparentes que envolvam todos os interessados e parceiros, especialmente representantes do povo, líderes comunitários, pais, educandos, organizações não-governamentais (ONGs) e a sociedade civil. Os planos irão abordar problemas relacionados com o sub-financiamento crônico da educação básica, estabelecendo prioridades orçamentárias que reflitam um compromisso em alcançar os objetivos e as metas de EPT o mais cedo possível ou no máximo até 2015. Também definirão estratégias claras para superar problemas especiais daqueles que estão atualmente excluídos das oportunidades educacionais, com um compromisso claro com a educação de meninas e a equidade de gênero. Os planos darão forma e conteúdo aos objetivos e estratégias estabelecidos neste documento e aos compromissos estabelecidos durante as sucessivas conferências internacionais dos anos 90. Atividades regionais de apoio às estratégias nacionais deverão estar baseadas no fortalecimento das organizações, redes e iniciativas regionais e sub-regionais.

10. Vontade política e uma liderança nacional mais forte são necessárias à implementação efetiva e bem sucedida dos planos nacionais em cada um dos países. No entanto, a vontade política precisa sustentar-se em recursos. A comunidade internacional reconhece que, atualmente, muitos países não possuem recursos para alcançar uma Educação para Todos dentro de um prazo aceitável. Recursos financeiros novos, de preferência na forma de doações, devem, portanto, ser mobilizados pelas agências financeiras bilaterais e multilaterais, incluindo o Banco Mundial e bancos regionais de desenvolvimento, assim como o setor privado. Afirmamos que nenhum país seriamente comprometido com a Educação para Todos será impedido de realizar este objetivo por falta de recursos.

11. A comunidade internacional dará andamento a esse compromisso coletivo, desenvolvendo imediatamente uma iniciativa global com vistas a desenvolver estratégias e mobilizar os recursos necessários para providenciar apoio efetivo aos esforços nacionais. As opções que serão consideradas nesta iniciativa seguem abaixo:

- I. aumentar o financiamento externo para a educação básica;
- II. assegurar prognóstico confiável no fluxo do auxílio externo;
- III. facilitar uma coordenação mais efetiva de doadores;
- IV. fortalecer abordagens setoriais;
- V. providenciar alívio e/ou cancelamento da dívida em tempo mais curto e de forma mais ampla para reduzir a pobreza, e com forte compromisso na educação básica;
- VI. realizar um monitoramento mais efetivo e regular do progresso em atingir metas e objetivos de EPT, incluindo avaliações periódicas.

12. Já há evidência em muitos países do que pode ser feito por meio de estratégias nacionais fortes, apoiadas em uma cooperação efetiva de desenvolvimento. O progresso dessas estratégias pode - e deve - ser acelerado por meio de um maior apoio internacional. Ao mesmo tempo, aos países com estratégias menos desenvolvidas - entre eles os países afetados por conflitos, os que estão em transição e os países recém saídos de crise - deve ser dado o apoio necessário para atingirem um progresso mais rápido na Educação para Todos.

13. Fortaleceremos os mecanismos internacionais e regionais para que expressem claramente esses compromissos e asseguraremos que o Marco de Ação de Dakar esteja na agenda de todas as organizações internacionais e regionais, todos os corpos legislativos nacionais e todos os fóruns locais responsáveis por decisões.

14. A Avaliação de EPT no Ano de 2000 realça que o desafio maior da Educação para Todos está na África subsaariana, no Sul da Ásia e nos países menos desenvolvidos. Nesse sentido, embora nenhum país que tenha necessidade deva ser excluído do auxílio internacional, a prioridade deve ser dada a essas regiões e países. Os países em conflito ou em fase de reconstrução também devem receber atenção especial na construção de seus sistemas educacionais para atenderem às necessidades de todos os educandos.

15. A implementação dos objetivos e estratégias previamente descritas vai requerer a dinamização imediata de mecanismos nacionais, regionais e internacionais. Para que sejam mais efetivos, esses mecanismos serão participativos e, onde for possível, irão fortalecer o que já existe. Incluirão representantes de todos os participantes e parceiros e irão operar de forma transparente e responsável. Responderão de forma compreensiva à palavra e ao espírito da Declaração de Jomtien e a este Marco de Ação de Dakar. As funções desses mecanismos incluirão, em níveis variados, defesa de direitos, mobilização de recursos, monitoramento, geração e disseminação de conhecimentos sobre Educação para Todos.

16. O cerne da atividade de Educação para Todos está no âmbito dos países. Fóruns nacionais de Educação para Todos serão fortalecidos ou estabelecidos para apoiar os resultados a serem alcançados. Todos os ministérios relevantes e as organizações nacionais da sociedade civil serão sistematicamente representadas nesses Fóruns. Estes devem ser transparentes e democráticos e devem constituir um marco de implementação no âmbito regional. Os países devem preparar Planos Nacionais de Educação para Todos até, no máximo, 2002. Para aqueles países com desafios significativos, tais como crises complexas ou desastres naturais, apoio técnico especial será providenciado pela comunidade internacional. Cada Plano Nacional de Educação para Todos:

- I. será desenvolvido sob a liderança governamental, consultando diretamente e sistematicamente a sociedade civil nacional;
- II. atrairá apoio coordenado de todos os parceiros de desenvolvimento;
- III. especificará reformas referentes aos seis objetivos de Educação para Todos;
- IV. estabelecerá um marco financeiro sustentável;
- V. será orientado para a ação e especificará prazos;
- VI. incluirá indicadores de desempenho de médio prazo; e
- VII. atingirá uma sinergia de todos os esforços de desenvolvimento humano, pela sua inclusão no planejamento e no processo de implementação do marco de desenvolvimento nacional.

17. Onde tais processos e um plano confiável estiverem em andamento, membros parceiros da comunidade internacional se comprometem a trabalhar de forma consistente, coordenada e coerente. Cada parceiro contribuirá por intermédio dos Planos EPT Nacionais, de acordo com sua relativa competência para assegurar que as lacunas de recursos sejam adequadamente preenchidas.

18. As atividades regionais de suporte aos esforços nacionais terão suas bases nas organizações regionais e sub-regionais, redes e iniciativas já existentes, as quais serão fortalecidas quando for necessário. As regiões e sub-regiões decidirão qual rede de Educação para Todos exercerá liderança e que se transformará no Fórum da região ou sub-região com um mandato explícito de Educação para Todos. É essencial o envolvimento sistemático e a coordenação com toda a sociedade civil relevante e com outras organizações regionais e sub-regionais. Esses Fóruns regionais e sub-regionais de Educação para Todos se articularão organicamente com os Fóruns Nacionais e a eles prestarão contas. Suas funções serão: coordenação com todas as redes relevantes; estabelecimento e monitoramento das metas regionais/sub-regionais; promover uma política de sensibilização; diálogo sobre políticas; promoção de parcerias e de cooperação técnica; compartilhamento de casos exemplares e de lições aprendidas; monitoramento e relato para uma prestação de contas responsável; e promoção da mobilização de recursos. Apoio regional e internacional será disponibilizado para fortalecer os fóruns regionais e sub-regionais e as competências relevantes para se alcançar a Educação para Todos, especialmente na África e no sul da Ásia.

19. A UNESCO continuará exercendo seu mandato na coordenação dos parceiros de Educação para Todos e a manter seu ímpeto de colaboração.

Neste sentido, o Diretor-Geral da UNESCO promoverá anualmente a reunião de um pequeno grupo flexível de alto nível. Este servirá de alavanca para o compromisso político e a mobilização de recursos técnicos e financeiros. Recebendo informações de monitoramento dos institutos da UNESCO (IIEP, IBE, UIE) e, especialmente do Instituto de Estatísticas e dos fóruns regionais e sub-regionais, também terá oportunidade de cobrar responsabilidade da comunidade global pelos compromissos assumidos em Dakar. Será composto de líderes do mais alto nível de governos e da sociedade civil de países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como das agências de desenvolvimento.

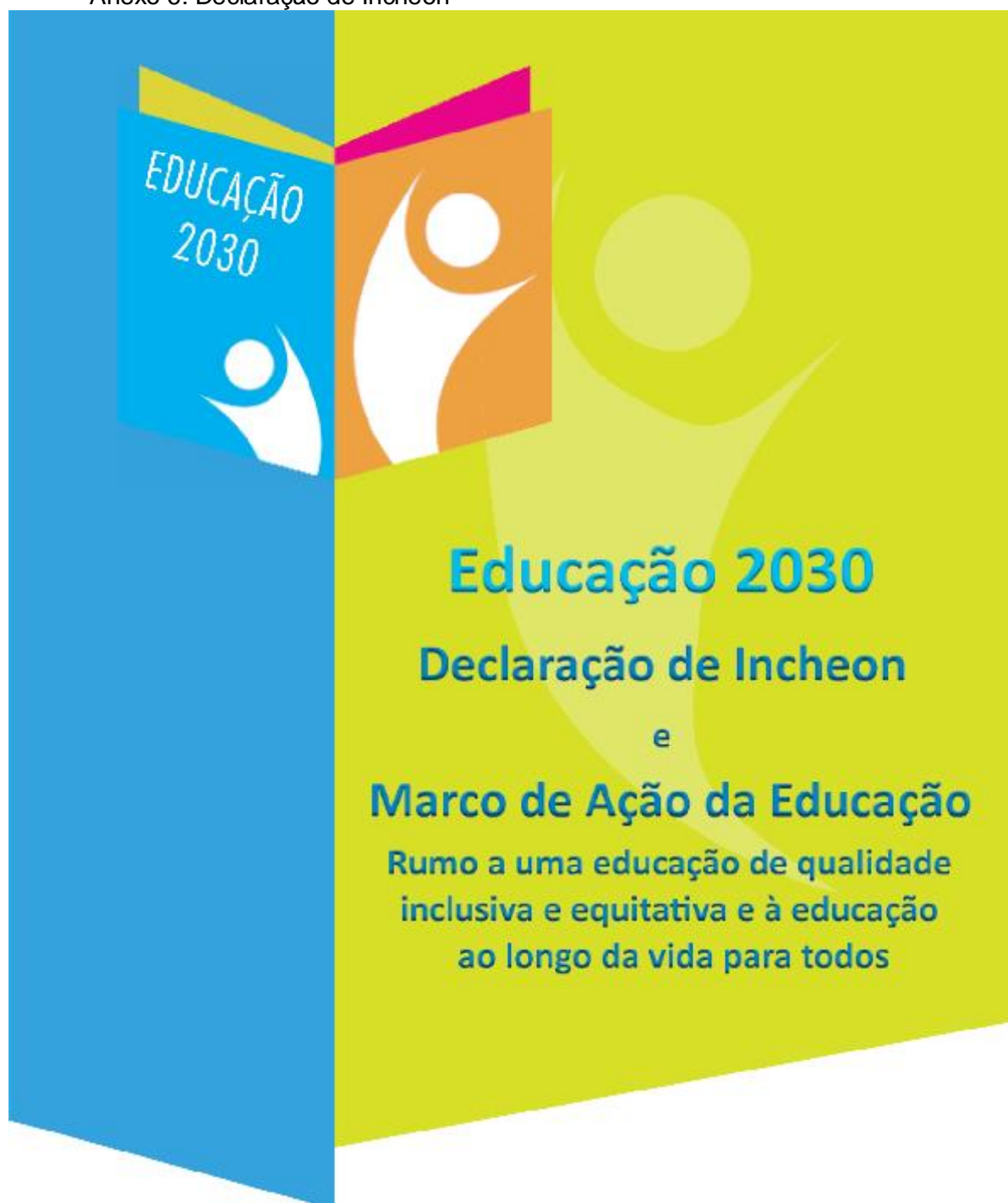
20. A UNESCO servirá de Secretaria. O foco de seu programa educacional será adaptado a fim de colocar os resultados e as prioridades de Dakar no centro de seu trabalho. Isto envolverá o estabelecimento de grupos de trabalho para cada um dos seis objetivos estabelecidos em Dakar. Esta Secretaria trabalhará próxima a outras organizações e pode incluir pessoas por elas cedidas.

21. Alcançar a Educação Para Todos demandará apoio financeiro adicional dos países, aumento da ajuda para o desenvolvimento e perdão da dívida em prol da educação por parte dos doadores bilaterais e multilaterais, o que custará em torno de U\$ 8 bilhões por ano. Portanto, é essencial que novos compromissos financeiros concretos sejam firmados pelos governos nacionais e também pelos doadores bilaterais multilaterais, incluindo-se o Banco Mundial, os bancos regionais de desenvolvimento, a sociedade civil e as fundações.

28 de abril de 2000.
Dakar, Senegal

<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127509porb.pdf>
Acessada em 29/04/2015

Anexo 6: Declaração de Incheon



acesso, na equidade e na inclusão, bem como na qualidade e nos resultados da aprendizagem, no contexto de uma abordagem de educação ao longo da vida.

6. Motivados por nossas conquistas significativas na expansão do **acesso** à educação nos últimos 15 anos, vamos garantir o fornecimento de educação primária e secundária gratuita, equitativa, de qualidade e com financiamento público por 12 anos, dos quais ao menos nove anos de educação obrigatória, obtendo, assim, resultados relevantes de aprendizagem. Também encorajamos o fornecimento de pelo menos um ano de educação pré-primária de qualidade, gratuita e obrigatória, bem como que todas as crianças tenham acesso à educação, cuidado e desenvolvimento de qualidade na primeira infância. Além disso, comprometemo-nos a proporcionar oportunidades de educação e formação significativas para o grande número de crianças e adolescentes fora da escola que necessitam de medidas imediatas, orientadas e duradouras, de modo a garantir que todas as crianças estejam na escola e aprendendo.
7. **Inclusão e equidade** na e por meio da educação são o alicerce de uma agenda de educação transformadora e, assim, comprometemo-nos a enfrentar todas as formas de exclusão e marginalização, bem como disparidades e desigualdades no acesso, na participação e nos resultados de aprendizagem. Nenhuma meta de educação deverá ser considerada cumprida a menos que tenha sido atingida por todos. Portanto, comprometemo-nos a fazer mudanças necessárias nas políticas de educação e a concentrar nossos esforços nos mais desfavorecidos, especialmente aqueles com deficiências, a fim de assegurar que ninguém seja deixado para trás.
8. Reconhecemos a importância da **igualdade de gênero** para alcançar o direito à educação para todos. Dessa forma, estamos empenhados em apoiar políticas, planejamentos e ambientes de aprendizagem sensíveis ao gênero; em incorporar questões de gênero na formação de professores e no currículo; e em eliminar das escolas a discriminação e a violência de gênero.
9. Comprometemo-nos com uma educação de **qualidade** e com a melhoria dos resultados de aprendizagem, o que exige o reforço de insumos e processos, além da avaliação de resultados de aprendizagem e de mecanismos para medir o progresso. Garantiremos que professores e educadores sejam empoderados, recrutados adequadamente, bem treinados, qualificados profissionalmente, motivados e apoiados em sistemas que disponham de bons recursos e sejam eficientes e dirigidos de maneira eficaz. A educação de qualidade promove criatividade e conhecimento e também assegura a aquisição de habilidades básicas em alfabetização e matemática, bem como habilidades analíticas e de resolução de problemas, habilidades de alto nível cognitivo e habilidades interpessoais e sociais. Além disso, ela desenvolve habilidades, valores e atitudes que permitem aos cidadãos levar vidas saudáveis e plenas, tomar decisões conscientes e responder a desafios locais e globais por meio da educação para o desenvolvimento sustentável (EDS) e da educação para a cidadania global (ECG). Nesse sentido, apoiamos veementemente a implementação do Programa de Ação Global sobre EDS, lançado na Conferência Mundial da UNESCO em Aichi-Nagoya, em 2014. Ressaltamos também a importância da educação e da formação em direitos humanos para alcançar a agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015.
10. Comprometemo-nos a promover, com qualidade, **oportunidades de educação ao longo da vida** para todos, em todos os contextos e em todos os níveis de educação. Isso inclui acesso equitativo e mais amplo à educação e à formação técnica e profissional de qualidade, bem como ao ensino superior e à pesquisa, com a devida atenção à garantia de qualidade. Além disso, é importante que se ofereçam percursos de aprendizagem flexíveis e também o reconhecimento, a validação e a certificação do conhecimento, das habilidades e das competências adquiridos por meio tanto da educação formal quanto da educação informal. Comprometemo-nos, ainda, a garantir que todos os jovens e adultos, especialmente as meninas e as mulheres, alcancem níveis de proficiência em habilidades básicas em alfabetização e matemática, que sejam relevantes e reconhecidos, adquiram habilidades para a vida e tenham oportunidades de aprendizagem, educação e formação na vida adulta. Também nos empenhamos com o fortalecimento da

ciência, da tecnologia e da inovação. Tecnologias de informação e comunicação (TIC) devem ser aproveitadas para fortalecer os sistemas de educação, a disseminação do conhecimento, o acesso à informação, a aprendizagem de qualidade e eficaz e a prestação mais eficiente de serviços.

11. Além disso, notamos com preocupação que, na atualidade, grande proporção da população mundial fora da escola vive em áreas afetadas por conflitos; notamos também que crises, violência e ataques a instituições de ensino, assim como desastres naturais e pandemias, continuam a prejudicar a educação e o desenvolvimento em âmbito mundial. Comprometemo-nos a desenvolver sistemas educacionais mais inclusivos, com melhor capacidade de resposta e mais resilientes para atender às necessidades de crianças, jovens e adultos nesses contextos, inclusive de deslocados internos e refugiados. Destacamos a necessidade de que a educação seja oferecida em ambientes de aprendizagem saudáveis, acolhedores e seguros, livres de violência. Recomendamos uma resposta satisfatória a crises, que abranja desde a resposta de emergência até a recuperação e a reconstrução; melhor coordenação das respostas nacionais, regionais e globais; e o desenvolvimento de capacidade para ampla redução e mitigação de risco, para assegurar, assim, que a educação seja mantida em situações de conflito, emergência, pós-conflito e nas fases iniciais de recuperação.

Implementação de nossa agenda conjunta

12. Reafirmamos que a responsabilidade fundamental para a implementação bem-sucedida desta agenda cabe aos governos. Estamos determinados a estabelecer marcos legais e políticos que promovam a prestação de contas e a transparência, bem como a governança participativa e parcerias coordenadas em todos os níveis e setores, além de apoiar a luta pelo direito à participação de todas as partes interessadas.
13. Fazemos um apelo para que haja sólida colaboração, cooperação, coordenação e monitoramento, tanto global quanto regional, para a implementação da agenda de educação baseada na coleta e na análise de dados, assim como na elaboração de relatórios nos contextos nacionais, no âmbito de entidades, mecanismos e estratégias regionais.
14. Reconhecemos que o sucesso da agenda de educação 2030 exige políticas e planejamento sólidos, bem como acordos de implementação eficientes. Também está claro que as aspirações compreendidas pelo ODS proposto 4 não podem ser realizadas sem um aumento significativo e bem orientado do financiamento, particularmente nos países que estão mais distantes de alcançar a educação de qualidade para todos, em todos os níveis. Assim, estamos determinados a aumentar a despesa pública em educação, de acordo com o contexto do país, e a estimular a adesão aos indicadores internacionais e regionais, para que haja uma reserva eficiente de pelo menos 4% a 6% do Produto Interno Bruto (PIB) e/ou de pelo menos 15% a 20% do total das despesas públicas em educação.
15. Observando a importância da cooperação para o desenvolvimento em complementar investimentos dos governos, pedimos aos países desenvolvidos, aos doadores tradicionais e emergentes, aos países de renda média e aos mecanismos de financiamento internacional que aumentem os recursos para educação e apoiem a implementação da agenda de acordo com as necessidades e as prioridades dos países. Reconhecemos ser crucial o cumprimento de todos os compromissos relacionados à assistência oficial para o desenvolvimento (AOD), inclusive os compromissos assumidos por muitos países desenvolvidos de atingir a meta de 0,7% do PIB para a AOD nos países em desenvolvimento. Em concordância com seus compromissos, instamos aos países desenvolvidos que ainda não o fizeram que realizem esforços adicionais concretos para alcançar a meta de 0,7% do PIB para a AOD nos países em desenvolvimento. Além disso, comprometemo-nos a aumentar nosso apoio aos países menos desenvolvidos. Reconhecemos também a importância de viabilizar todos os recursos possíveis para apoiar o direito à educação.

Recomendamos melhorar a eficiência da ajuda por meio de melhor coordenação e harmonização, em que a prioridade de financiamento e de ajuda esteja dirigida a subsetores negligenciados e aos países de renda baixa. Recomendamos, ainda, um aumento significativo no apoio à educação em situações de crises humanitárias e prolongadas. Saudamos a Cúpula de Oslo sobre Educação para o Desenvolvimento (julho de 2015) e propomos à Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento, em Adis Abeba, que apoie a proposta do ODS 4.

16. Instamos os co-organizadores do FME 2015, em particular a UNESCO, e também todos os parceiros a apoiar, tanto de forma individual quanto coletiva, os países na implementação da agenda de educação 2030 por meio de assessoramento técnico, desenvolvimento da capacidade nacional e apoio financeiro – em função de seus respectivos mandatos e suas vantagens comparativas –, com base na complementaridade. Para isso, confiamos à UNESCO, em consulta com seus Estados-membros, aos co-organizadores do FME 2015 e a outros parceiros o desenvolvimento de um mecanismo de coordenação global adequado. Ao reconhecer a Parceria Global para a Educação como uma plataforma de financiamento para a educação, que envolve múltiplas partes interessadas, com o objetivo de apoiar a implementação da agenda de acordo com as necessidades e as prioridades dos países, recomendamos que ela seja parte desse futuro mecanismo de coordenação mundial.
17. Além disso, instamos à UNESCO, como agência especializada das Nações Unidas para educação, que continue seu papel designado de liderar e coordenar a agenda de educação 2030, em particular ao assumir a defesa da manutenção do compromisso político; facilitar o diálogo político, o compartilhamento de conhecimento e o estabelecimento de padrões; monitorar o progresso para a realização das metas educacionais; convocar as partes interessadas no âmbito global, regional e nacional a orientar a implementação da agenda; e funcionar como ponto focal para educação na estrutura geral de coordenação dos ODS.
18. Decidimos desenvolver sistemas de monitoramento e avaliação nacionais abrangentes para produzir evidências sólidas que orientem a formação de políticas e a gestão dos sistemas de educação, e também assegurem a prestação de contas. Solicitamos, ainda, aos co-organizadores e aos parceiros do FME 2015 que apoiem o desenvolvimento de capacidades em coleta e análise de dados e em elaboração de relatórios em âmbito nacional. Os países devem buscar melhorar a qualidade, os níveis de desagregação e a pontualidade dos relatórios para o Instituto de Estatística da UNESCO. Também solicitamos que o Relatório de Monitoramento Global de EPT seja mantido como um relatório mundial de monitoramento para educação, independente, hospedado e publicado pela UNESCO, como o mecanismo para orientar o monitoramento e a elaboração de relatórios sobre o ODS proposto 4 e sobre educação nos outros ODS propostos, no contexto do mecanismo a ser estabelecido para monitorar e avaliar a implementação dos ODS propostos.
19. Debatesmos e concordamos acerca dos elementos essenciais do Marco de Ação da Educação 2030. Considerando os resultados da Cúpula das Nações Unidas para a adoção da agenda de desenvolvimento pós-2015 (Nova York, setembro de 2015) e da Terceira Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento (Adis Abeba, julho de 2015), uma versão final será apresentada para adoção e lançada em uma reunião especial de alto nível a ser organizada juntamente com a 38ª sessão da Conferência Geral da UNESCO, em novembro de 2015. Estamos inteiramente comprometidos com sua implementação, após sua adoção, para inspirar e orientar países e parceiros a fim de que assegurem que nossa agenda seja alcançada.
20. Baseada no legado de Jomtien e Dakar, esta Declaração de Incheon é um compromisso histórico de todos nós com a transformação de vidas por meio de uma nova visão para a educação, com ações ousadas e inovadoras, para que alcancemos nossa ambiciosa meta até 2030.

Incheon, Coreia do Sul
21 de maio de 2015