

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação

LUIS EDUARDO TEIXEIRA DA SILVA

**A PRÁTICA MÉDICA E SOCIEDADE: UMA DISCIPLINA DO
CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO (1997-2019) NA PERSPECTIVA FREIREANA**

Itatiba
2020

LUIS EDUARDO TEIXEIRA DA SILVA RA - 002201801175

**A PRÁTICA MÉDICA E SOCIEDADE: UMA DISCIPLINA DO
CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO (1997-2019) NA PERSPECTIVA FREIREANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, da Universidade São Francisco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Linguagem, Sociedade e Processos Formativos.

Orientadora: Profª. Dra. Maria de Fátima Guimarães

Itatiba
2020

W 18
S581p

Silva, Luís Eduardo Teixeira.

A prática médica e sociedade : uma disciplina do curso de medicina da Universidade São Francisco (1997-2019) na perspectiva freireana / Luís Eduardo Teixeira Silva. – Itatiba, 2020.

151 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade São Francisco.
Orientação de: Maria de Fátima Guimarães.

1. Freire, Paulo. 2. Educação Popular em Saúde.
3. Medicina – Estudo e Ensino. 4. Ensino Superior - Brasil.
5. Educação Médica. 6. Formação Profissional. 7. Educação.
8. Formação. 9. Educação Popular. 10. Universidade São Francisco. I. Guimarães, Maria de Fátima. II. Título.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM EDUCAÇÃO

Luis Eduardo Teixeira da Silva defendeu a dissertação **A PRÁTICA MÉDICA E SOCIEDADE: UMA DISCIPLINA DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (1997-2019) NA PERSPECTIVA FREIREANA** aprovada no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação da Universidade São Francisco em 26 de agosto de 2020 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Maria de Fátima Guimarães
Orientadora e Presidente

Profa. Dra. Ana Paula de Freitas
Examinadora

Prof. Dr. Carlos Ferrara Junior
Examinador

Prof. Dr. Douglas Wekefin Filho
Examinador



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Certisign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/E12D-10A7-76E0-47DB> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: E12D-10A7-76E0-47DB



Hash do Documento

E38DCF0D1FADA6C92C09733FA5529B53E64D2D70DA8385BA712B07EA89191142

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 02/10/2020 é(são) :

- ☒ **Duglas Wekerlin Filho (Signatário)** - 519.500.149-91 em 01/10/2020 13:55 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificação: Por email: duglas.filho@usf.edu.br; SMS: +55 11982430705

Evidências

Client Timestamp Thu Oct 01 2020 13:55:40 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 181.220.171.116

Assinatura:

Hash Evidências:

CEA008411CC364E90125FAA4E93A717DD3D9614AFAE1436A06D4BF9F187D99B5

- ☒ **Ana Paula de Freitas (Signatário)** - 071.476.588-09 em 01/10/2020 10:59 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificação: Por email: anapaula.freitas@usf.edu.br; SMS: +5519997866193

Evidências

Client Timestamp Thu Oct 01 2020 10:59:26 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 201.82.124.250

Assinatura:



Hash Evidências:

F8A6296BC1E616B5C99620505D1ABF6DB80BED1EBE4240188963A869B326232D

☞ Maria de Fátima Guimarães (Signatário) - 168.607.088-83 em 01/10/2020 10:44 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: fatima.guimaraes@usf.edu.br; SMS: +5511994179778

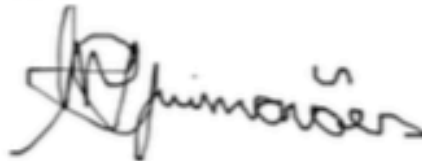
Evidências

Client Timestamp Thu Oct 01 2020 10:44:41 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -22.932455899999997 Longitude: -46.5364697 Accuracy: 3190

IP 186.195.236.188

Assinatura:



Hash Evidências:

2AC5ABA49058AD557C8070D41C32F4CA18660E13E7A45824449750C6D402E0DA

☞ Carlos Ferrara Junior (Signatário) - 054.423.558-44 em 29/09/2020 13:59 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: ferrara@saocamilo.br; SMS: +5511996860956

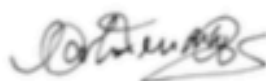
Evidências

Client Timestamp Tue Sep 29 2020 13:57:42 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 189.1.165.132

Assinatura:



Hash Evidências:

Aos meus avós falecidos que tanto contribuíram
para minha formação humana.

AGRADECIMENTOS

Aqui registro a alegria e a satisfação que sinto ao concluir mais uma etapa da minha vida, agradecendo:

a Deus, em primeiro lugar, por me permitir chegar até aqui;

à Universidade São Francisco pela oportunidade deste projeto, pela bolsa de estudos e por todos os recursos necessários;

aos meus pais, José Maria da Silva e Vanderlene Aparecida Teixeira, pelo dom da vida e por terem me incentivado no universo dos estudos acadêmicos;

ao meu filho amado, Eduardo Costa Silva, pela paciência, até mesmo nas ausências, pelo companheirismo, por existir na minha vida de uma forma tão incentivadora, proporcionando muito aprendizado;

ao meu orientador inicial, professor Frei Nilo Agostini, pela atenção, carinho, tolerância, ajuda, compreensão e incentivo;

à professora Maria de Fátima Guimarães, por ter aceito o convite de orientação, o desafio desta pesquisa e por todo apoio no decorrer desta trajetória;

às professoras Luzia Batista, Luzia Bueno, Daniela dos Anjos e Ana Paula pelo conhecimento adquirido nas disciplinas cursadas;

aos meus colegas, pelo respeito.

A todos, minha sincera gratidão e meu carinho.

“O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém nos extraviamos. A cobiça envenenou a alma dos homens... levantou no mundo as muralhas do ódio... e tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e os morticínios. Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido. ”

Charles Chaplin, em **“O Grande Ditador”** (trecho do discurso final).

SILVA, Luís Eduardo Teixeira. **A prática médica e sociedade: uma disciplina do curso de medicina da Universidade São Francisco (1997-2019) na perspectiva freireana.** Dissertação (Mestrado em Educação). 2020. 151 p. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação da Universidade São Francisco, Itatiba/SP.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivos gerais analisar, nas orientações curriculares da disciplina de Práticas Médicas e Sociedade (doravante PMS) do curso de medicina da Universidade São Francisco, as propostas de formação de profissionais médicos éticos e modificadores da realidade, compreender as influências da perspectiva da educação popular em tais proposições. Do ponto de vista da educação popular, a educação tem a missão de formar sujeitos éticos, reconhecendo a necessidade de uma formação integral do ser humano para o enfrentamento de questões sociais, mobilizando, para isso, práticas emancipatórias. Delimitamos como objetivos específicos: identificar as potencialidades para a formação ética e transformadora do profissional da saúde da disciplina, no que corresponde às estratégias de ensino assumidas nos documentos normativos do curso em questão; e analisar, a partir do contexto histórico do curso de medicina da USF, a contribuição da educação popular na formação médica sob a perspectiva de uma educação ética e libertária. Os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentaram nossas análises e discussões correspondem à proposta de educação popular de Paulo Freire (FREIRE, 1980, 1982, 1983, 1987, 1992, 1997, 2003; FREIRE; NOGUEIRA, 2004). Foram também utilizadas as contribuições teóricas de Nilo Agostini (AGOSTINI, 2017, 2018) e Ricardo Ceccim (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). A pesquisa foi de cunho documental. Os documentos privilegiados nas análises consistiram: nos projetos de reorientação curricular do curso de medicina da USF proposto em 1997; nos programas de incentivo às mudanças na educação médica no Brasil de 2001 a 2005, e nos planos de ensino da disciplina de PMS. Com as análises, foi possível identificar o modo como ocorreu: a formação do profissional médico a partir dos aspectos técnico-científicos e metodológicos pautados na educação popular; assim como a abordagem dos chamados “temas geradores”, os quais focalizam a realidade da população onde os futuros médicos já atuam ou venham a atuar, tendo em vista o contexto de suas práticas profissionais. As conclusões as quais chegamos com o processo investigativo consistem em que a disciplina PMS pauta-se em um modelo de educação que prioriza as informações de cuidado e higiene, principalmente, no que corresponde aos módulos que trabalham diretamente com a comunidade; adotando, portanto, uma abordagem higienista. Há, desse modo, na estrutura de formação da disciplina PMS, respaldos e investidas para a formação ética, visando à transformação da vida de seus pacientes e, conseqüentemente, de sua realidade objetiva.

Palavras-chave: Paulo Freire. educação popular em saúde. formação do sujeito ético

SILVA, Luís Eduardo Teixeira. **Medical practice and society: a discipline of the medical course at Universidade São Francisco (1997-2019) in Freire's perspective**. Dissertation (Master in Education). 2020. 151 p. Stricto Sensu Graduate Program in Education at Universidade São Francisco, Itatiba / SP.

ABSTRACT

The present research has as general objectives to analyze, in the curricular guidelines of the discipline of Medical Practices and Society (hereinafter PMS) of the course of medicine of the University of São Francisco, we have proposals for the training of ethical medical professionals and modifiers of reality, as well as to understand such there are influences from the perspective of popular education in such propositions. From the point of view of popular education, education has the mission of forming ethical subjects, recognizing the need for an integral formation of the human being to face social issues, mobilizing, for this, emancipatory practices. We defined as specific objectives: to identify the potential for the ethical and transformative training of the discipline's health professional, in what corresponds to the teaching strategies assumed in the normative documents of the course in question; and to analyze, from the historical context of the medical course at the USF, the contribution of popular education in medical education from the perspective of an ethical and libertarian education. The theoretical and methodological assumptions that underpinned our analyzes and discussions correspond to Paulo Freire's popular education proposal (FREIRE, 1980, 1982, 1983, 1987, 1992, 1997, 2003; FREIRE; NOGUEIRA, 2004). The theoretical contributions of Nilo Agostini (AGOSTINI, 2017, 2018) and Ricardo Ceccim (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b) were also used. The research was of a documentary nature. The privileged documents in the analyzes consisted of: the curricular reorientation projects of the USF medical course proposed in 1997; in programs to encourage changes in medical education in Brazil from 2001 to 2005, and in teaching plans for the discipline of PMS. With the analyzes, it was possible to identify the way in which it occurred: the training of medical professionals based on technical-scientific and methodological aspects based on popular education; as well as the approach of the so-called "generating themes", which focus on the reality of the population where future doctors already work or will work, in view of the context of their professional practices. The conclusions we reached with the investigative process are that the discipline PMS is based on an education model that prioritizes the care and hygiene information, mainly, in what corresponds to the modules that work directly with the community; therefore adopting a hygienist approach. Thus, there is, in the structure of formation of the discipline PMS, for the ethical formation, aiming at the transformation of the life of its patients and, consequently, of their objective reality.

Keywords: Paulo Freire. popular health education. formation of the ethical subject

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

ANEPS - Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas Populares de Educação e Saúde

ANMM - Associação Nacional dos Movimentos de Moradia

APS - Atenção Primária em Saúde

CDDHs - Centro de Defesa de Direitos Humanos

CEB - Comunidade Eclesiais de Base

CGT - Confederação Geral dos Trabalhadores

CONAM - Confederação Nacional de Associação de Moradores

CONFINTEA - Conferência Internacional de Educação de Adultos

COSEMS - Conselho Secretários Municipais de Saúde

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DAMS - Divisão de Assistência Médico Sanitária

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DST/AIDS - Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

EC 95 – Emenda Constituição 95

EDH - Educação em Direitos Humanos

EJA - Educação de Jovens e Adultos

EPS - Educação Popular em Saúde

FCM-USF – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade São Francisco

FMI - Fundo Monetário Internacional

LGBTs - Movimento de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Transexuais e Simpatizantes

MASTER - Movimento Agricultores Sem Terra

MCP - Movimento de Cultura Popular do Recife

MOBRAL - Movimento Brasil de Alfabetização

MNDH - Movimento Nacional de Defesa dos Direitos Humanos

MNMMR - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua

MPL - Movimento do Passe Livre

MST - Movimento Sem Terra

MTD - Movimento dos Trabalhadores Desempregados

MTST - Movimento Trabalhadores Sem Teto

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

ONG - Organizações não Governamentais

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria da Qualidade

PMS - Prática Médica e Sociedade

PNEDH- Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos

PPGSS - Programa de Pós Graduação Stricto Sensu

PT - Partido dos Trabalhadores

RASTROS – Grupo de Pesquisa História, Memória e Educação

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Unico de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

UMM - União dos Movimentos Moradia

TCTCLAE - Grupo de Pesquisa Teoria Crítica e Teoria Crítica Latino Americana

UNESCO - Organização das Ações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Principais objetivos e características dos projetos / programas de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil — 2001-2005	116
----------	---	-----

SUMÁRIO

UM POUCO DAQUILO QUE ME MOVE... MEMORIAL	13
INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 1. A EDUCAÇÃO COMO PROCESSO DE CONSCIENTIZAÇÃO, ÉTICA E CIDADANIA	32
1.1 A educação como ferramenta para a conscientização e formação do sujeito ético	33
1.2 A formação de sujeitos ético-críticos	38
1.3 A educação popular como a história de homens e mulheres	42
1.4 A educação popular e os direitos humanos	56
CAPÍTULO 2 - A EDUCAÇÃO E A SAÚDE PARA A/NA FORMAÇÃO HUMANA: O QUE NOS ENSINA PAULO FREIRE?	62
2.1 A conquista do direito à saúde e o Sistema de Saúde Brasileiro (SUS)	63
2.2 A Estratégia de Saúde da Família como organizadora do Sistema de Saúde	71
2.3 A educação popular e as contribuições para a área da saúde	72
2.4 A História da educação popular na área da saúde	77
2.5 Contribuições da Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de formação na área da saúde	83
CAPÍTULO 3 - A DISCIPLINA PRÁTICAS MÉDICAS E SOCIEDADE DO CURSO DE MEDICINA DA USF	89
3.1 Trajetória do curso de medicina, do Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina (IESRB) às Faculdades Franciscanas até a Universidade São Francisco	90
3.2 Uma proposta de mudança curricular para o curso de medicina da Universidade São Francisco em 1997	99
3.3 A disciplina de Prática Médica e Sociedade (PMS)	117
3.3.1 Prática Médica e Sociedade I	122
3.3.2 Prática Médica e Sociedade II	123
3.3.3 Prática Médica e Sociedade III	125
3.3.4 Prática Médica e Sociedade IV	126
3.3.5 Prática Médica e Sociedade V	128
3.3.6 Prática Médica e Sociedade VI	129
3.3.7 Prática Médica e Sociedade VII	130
3.3.8 Prática Médica e Sociedade VIII	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	140
ANEXOS	151

UM POUCO DAQUILO QUE ME MOVE... MEMORIAL

Ao iniciar minha trajetória no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade São Francisco (doravante USF), deparei-me com a necessidade de contar um pouco sobre a minha trajetória de vida e profissional para o entendimento da escolha do programa e, também, do tema escolhido para a presente dissertação, tendo em vista que se trata de uma caminhada que entrelaça as mais diversas formas de representação, sejam elas históricas, sociais e inconscientes.

Acredito que as memórias traduzem um pouco de nós. Nossas escolhas feitas desde a infância e nossa trajetória delimitam tudo aquilo que fazemos, influenciemos e escolhemos até o atual momento. Reportar-se para a memória significa, assim, acessar as mais profundas experiências, aquelas que nos deslocaram, marcaram e foram significativas para o nosso desenvolvimento.

Quando buscamos o significado de memória, a partir dos estudos neurocientíficos, encontramos como resultado o ato de aquisição, formação, conservação e evocação de informações, gravando aquilo que deveria ou foi aprendido. No que diz respeito ao termo “evocação”, também estamos falando de recordação, de lembrança ou de recuperação de imagens ou momentos. Conseguimos lembrar apenas daquilo que ficou gravado, daquilo que foi aprendido. A memória, dessa forma, é a faculdade de conservar e de lembrar estados de consciência passados e tudo quanto se ache associado aos mesmos, sejam eles nomes ou reputações, ora caluniados, ora defendidos. Somos aquilo que recordamos e, também, somos o que resolvemos esquecer.

O passado, nossas memórias, nossos esquecimentos voluntários, não só nos dizem quem somos, como também nos permitem projetar o futuro, isto é, nos dizem quem poderemos ser. O passado contém o acervo de dados, o único que possuímos, o tesouro que nos permite traçar linhas a partir dele, atravessando, rumo ao futuro, o efêmero presente que vivemos. Não somos outra coisa senão isso, não podemos sê-lo. (IZQUIERDO, 2018, p.1)

Para Walter Benjamin (2012, 2013), a memória tem sua conotação a partir da experiência e a memória social é transdisciplinar. Desse modo, aqueles que se propõem às investigações nesta perspectiva têm a incumbência de perpassar pelos diferentes domínios e níveis do saber.

A questão da memória vai ocupar boa parte do pensamento de Walter Benjamin, pois seus estudos são atravessados por questões ligadas ao lembrar e ao esquecer. No livro “Infância Berlimense 1900”, por exemplo, Benjamin (2013) expõe alguns indícios de preocupações e imagens de sua infância no início do século XX. Nessa ocasião, o autor constrói toda sua obra a partir de reminiscências, observações sobre os fatos ocorridos e experiências vividas, articulando, em seus fragmentos, o passado, o presente e o futuro; ele, portanto, não conduz seus leitores a uma compreensão da história de maneira linear. Benjamin (2013) considera, ainda, de extrema importância, a distinção entre memória e recordação e, em favor de uma clareza conceitual, chega a afirmar existir até mesmo uma oposição entre ambas.

Na psicanálise, o conceito de memória está intrinsecamente ligado ao conceito do inconsciente. Segundo essa vertente, o inconsciente é a reconstrução, em ato, de uma memória que só pode ser acessada por transferência, por um processo de rememoração. A repressão, no caso, seria a responsável por organizar essa ligação. Consoante a corrente psicanalítica, as reminiscências correspondem aos momentos de transferências máximas, às possibilidades de lembrar algo efetivamente importante para codificar sua relação com os sintomas que velam o trabalho de rememoração. Mas a memória, para a psicanálise, não é composta somente por componentes reprimidos. No “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895,1950) nos dá uma ideia de memória como armazenamento – a informação estaria guardada à espera de ser acessada ou reutilizada pelo aparelho psíquico.

Através da memória atualizamos informações passadas, sejam elas vivenciadas ou fantasiadas; mais do que isso, a partir da memória, nos é permitido construir novas representações. E isso é possível devido à capacidade de reorganização das representações que a compõem; entretanto a memória é exercida, também, em uma parte que é irrepresentável, ou seja, fora do campo da simbolização. (FREUD, 1895/1950, p. 351)

Bion (1991), concordando com tal princípio, vai nos dizer que a memória é o desejo olhando para trás. O autor relaciona a temática da opacificação de memória e desejo. O excesso de memória, para ele, cristaliza o conhecimento e impede o aprendizado emocional e vivo.

Como alguém que em um sendeiro solitário caminha temeroso e aterrorizado, tendo se voltado uma vez, prossegue caminhando sem virar a cabeça para trás novamente, porque sabe que um demônio espantoso caminha atrás dele, muito próximo. (BION, 1991, p. 4)

Na citação, Bion (1991) relata a relação entre a memória, a busca da verdade de uma história pessoal e todas as resistências encontradas. A partir desse ponto de vista, é possível

compreender que, quando trabalhamos com as lembranças, selecionamos dados a fim de construirmos o que chamamos de memória. Num exemplo mais simples, sabemos que, quando vemos aquela casa onde morávamos quando criança, ou quando revemos um amigo ou parentes que não encontrávamos há muito tempo, tomamos um susto; no passado, a casa era tão grande e seu amigo ou parente, agora, é barrigudo ou cabeludo. Parece que fomos traídos pela memória.

Para Menezes (1992), a memória é importante em diferentes contextos, como a memória da mulher, do negro, dos povos indígenas, do oprimido, da política, da cidade, da empresa e da família nos mais diversos olhares e posicionamentos. A memória não pode ser resgatada; ela se faz no presente com todas as interferências e influências vivenciadas no momento de seu acesso; assim, o acesso hoje não será o mesmo de quando acessado em outra data.

A caracterização mais corrente da memória é como mecanismo de registro e retenção, depósito de informações, conhecimento, experiências. Daí com facilidade se passa para os produtos objetivos desse mecanismo. A memória aparece, então, como algo concreto, definido, cuja produção e acabamento se realizam no passado e que cumpre transportar para o presente. (MENEZES, 1992, p. 10)

Conforme Menezes (1992), é do presente que a memória tira sua existência e é igualmente a partir do presente que se faz a construção de sua existência. O autor em questão conclui elucidando que a memória é um objeto da história, necessário para se constituir e reforçar a identidade individual, coletiva ou nacional.

A elaboração da memória se dá no presente e para responder as solicitações do presente. É do presente, sim, que a rememoração recebe incentivo, tanto quanto as condições de se efetivar. No presente, é claro. (MENEZES, 1992, p. 12)

Com todos esses aspectos relacionados à memória, tentarei construir alguns traços de minha trajetória de vida e profissional, bem como o motivo da escolha do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação sob a ótica atual, articulando os deslocamentos vividos por mim e suas mutabilidades.

Nasci na cidade de Jundiaí, interior do estado de São Paulo, sou divorciado e pai do Eduardo. Sou filho de um professor de Educação Artística e de uma professora com formação no antigo Magistério, o qual foi exercido por ela até o nascimento do meu primeiro irmão. Meus avós paternos cursaram somente o chamado “Grupo Escolar”; sabiam ler e escrever com algumas dificuldades e eram letrados no aspecto religioso. Somente meu avô materno fez um curso técnico de Contabilidade na escola técnica João Carrozo na cidade de Bragança

Paulista. Devido às poucas experiências e oportunidades escolares de meus avós e ao tipo de valorização que elas tiveram ao longo de suas vidas, a formação de seus filhos, meus pais, no universo universitário, não foi reconhecida por eles.

Meu avô materno iniciou sua carreira como comerciante de tecidos na cidade de Bragança e, posteriormente, em 1920, construiu seu comércio de roupas masculinas chamado Casa Teixeira, no centro desta cidade, mais especificamente, na rua do Mercado Municipal, onde, até hoje, sob a administração de meu tio, é localizado.

Apesar de todas essas nuances, tive um contato afetuoso e muito intenso com meus avós. Com eles, aprendi o modo de ver a vida no seu cotidiano, na sua simplicidade, humildade e sabedoria.

Meu avô paterno aprendeu a profissão de barbeiro e logo começou a trabalhar em um salão também na cidade de Bragança Paulista. Nascido na cidade mineira de Extrema, conheceu minha avó numa fábrica de farinha, pertencente ao pai dele. Em seguida, casaram-se e mudaram-se para Bragança Paulista. Lembro-me muito das histórias de sabedoria de meu avô. Talvez por isso eu tenha me identificado tanto com ele e hoje tenha entendido mais as obras de Paulo Freire.

Mudei-me para Bragança aos nove anos de idade. Recordo-me muito pouco de minha primeira infância, vivida na cidade de Jundiaí. Lembro-me de meu início de escolarização no colégio São Vicente de Paulo, no Jardim Anhangabaú, e da professora Adail, minha primeira professora. Recordo do meu papel de Jesus num ato encenado no pátio da escola aos idosos do Asilo São Vicente, da pista e da piscina, do bolão onde iniciei minhas primeiras atividades esportivas, fiz ginástica olímpica, natação. Adorava o basquete do time do Monte Líbano e das estrelas Paula e Hortência. Mesmo tendo iniciação nessas modalidades esportivas, o meu esporte praticado hoje é o tênis.

Por ser o caçula de mais três irmãos (sendo dois homens e uma mulher), desde muito cedo, aprendi a ver o mundo compartilhado. Tivemos uma criação independente. Naquela época, meu pai exercia sua profissão ministrando aulas nos três períodos do dia, por isso meu contato afetuoso dava-se, principalmente, com minha mãe.

Mudamos para Bragança Paulista no ano de 1987, ano anterior à promulgação da Constituição Federal brasileira, a chamada Carta Cidadã. Naquele ano, meu pai saiu do colégio onde era coordenador e veio exercer o mesmo cargo no Colégio Objetivo, que recém começava suas atividades na cidade. Na época, os filhos homens também foram matriculados naquele colégio e minha irmã foi para o colégio Sagrado Coração de Jesus, também chamado popularmente de colégio das Madres.

Nesse ano, fui matriculado na quinta série do ensino fundamental, período em que trocava parte dos estudos vespertinos para o período matutino, acordando cedo para chegar na escola. De certa forma, essa mudança me agradava, pois ela me incluía em meio às atividades dos meus irmãos mais velhos e, ao mesmo tempo, eu podia acompanhar meu pai todos os dias, tendo em vista o exercício de coordenação no colégio. Entretanto, por diversas vezes, era necessária a distinção entre o papel de pai e de profissional dentro das atividades do colégio.

No Colégio Objetivo, estudei até meus dezessete anos, fazendo, inclusive, o famoso “Terceirão” do colégio. Por ter irmãos mais velhos, os quais já haviam cursado e entrado na universidade, existia uma certa cobrança e, até mesmo, uma auto cobrança para que eu também entrasse num curso superior saindo do terceiro colegial. Minha primeira escolha profissional foi a medicina, curso extremamente concorrido e que exigia uma certa experiência de vestibulares. Entretanto, naquele período, não consegui êxito nos vestibulares prestados para o curso de medicina das universidades estaduais paulistas (USP, UNESP e UNICAMP) e, também, na Universidade São Francisco. Hoje compreendo o caráter desigual e elitizado nas escolhas de alguns cursos da área da saúde.

No ano seguinte, precisei, então, ingressar no cursinho preparatório. Foi um período muito difícil. Além do enfrentamento da minha saída do colégio, do autoenfretamento na questão de não ter sido aprovado, a necessidade de passar no vestibular no final do ano me fazia estudar cerca de doze horas por dia, inclusive aos sábados e domingos. Foi um ano no qual me dediquei inteiramente aos estudos.

No final desse ano, pairou uma dúvida na escolha profissional: eu não sabia se decidia pela medicina ou pela Odontologia. Optei por prestar o curso de Odontologia, no qual fui aprovado na Universidade Estadual Paulista (UNESP), em Araraquara.

Mudei-me para Araraquara em 1996. Foram quatro anos de muito aprendizado, vivências e decepções. Após terminar o curso, trabalhei nas cidades de Ribeirão Preto e Rio de Janeiro. Nesse período, casei-me e, logo depois, mudei-me para Bragança, onde começaria um novo ciclo e uma nova descoberta.

Iniciei meu trabalho aqui em Bragança com meu irmão mais velho, também dentista, num consultório no centro da cidade no início do ano de 2002. Com isso, iniciei minha jornada de estudos e comecei a prestar concursos públicos regionais, conseguindo ser aprovado em Extrema, no estado de Minas Gerais. Fui chamado para assumir o cargo de cirurgião dentista em setembro de 2002 para atuar em Saúde da Família nas regiões rurais do município.

Esse momento marcou o início do meu processo de escolha profissional. Foi o período em que comecei a conhecer a vida das pessoas, as subjetividades e os modos de vida que me colocavam a pensar. Em 2003, com o início da presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, com a ampliação dos programas de saúde de família e com o fortalecimento do controle social, fui convidado a ser coordenador de atenção básica do município e representante do Conselho Municipal de Saúde na paridade de trabalhador da saúde, num primeiro momento, e gestor, num segundo momento, representando o município, o estado de Minas Gerais e, conseqüentemente, o país nas conferências municipal, estadual e nacional de saúde.

Esse foi o início do meu descobrimento profissional. Descobri que não era a odontologia em si que me mobilizava, mas sim o trabalho na saúde pública, com as pessoas e para as pessoas. Eu estava diante da possibilidade de trabalhar políticas públicas inclusivas, de aprimorar o acesso à saúde com qualidade e, principalmente, de um processo inicial do meu trabalho com a educação popular.

Em 2004, a convite da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, fui convidado a participar dos Polos de Educação Permanente do Ministério da Saúde na área do Programa DST/AIDS. Comecei minha qualificação na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com certificação pela Universidade de Brasília (UNB), onde formei-me, inicialmente, como facilitador e, posteriormente, como Tutor dos Polos para o Sul de Minas Gerais, dentre os quais estava a cidade de Extrema. Naquele período, aprofundei-me na área da educação popular com base nos estudos de Paulo Freire, passando a compreender o processo de educação como algo que se dava na troca de saberes, numa relação humana e dialógica.

Como Tutor, eu tinha a missão de preparar facilitadores municipais para o desenvolvimento da temática nos municípios que faziam parte daquela região de saúde, desmitificando o HIV/AIDS, treinando profissionais para a atenção humanizada, investindo na construção de protocolos e ampliação do acesso desses pacientes para a atenção básica. Aquele período rendeu-me um leque de atividades fora do Programa de Educação Permanente, pois comecei a ministrar alguns cursos em associações de classe, universidades e setores populares (principalmente Agentes Comunitários de Saúde), sempre sobre a estratégia da problematização.

No ano de 2007, resolvi participar de um processo seletivo para um curso de especialização interdisciplinar em saúde pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde consegui uma das 70 vagas oferecidas para todos os tipos de formação profissional. O curso tinha a proposta de formar sanitaristas que tivessem atuação direta em serviços públicos, pois almejava-se que a formação sanitária pudesse ser revertida

na prática dentro dos serviços municipais. Como eu ocupava o cargo de coordenação, era concursado e tinha muito interesse, o que fazia parte dos requisitos do curso para admissão, obtive a vaga.

Durante esse período, exerci meu cargo na coordenação e era liberado para cursar a especialização, a qual conclui no final de 2008, com o título “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Recordo-me de que providenciei três cópias encadernadas e entreguei-as uma para a Câmara Legislativa, da qual recebi um projeto de moção de reconhecimento, outra para o prefeito da época e outra para o secretário de saúde, pois minha jornada neste cargo estava chegando ao fim.

Minha jornada como Gestor na cidade de Extrema e como Tutor dos Polos durou até final de 2008, coincidindo com a troca de prefeitos da cidade. Com isso, perdi meu cargo na coordenação e voltei, por alguns meses, para a assistência. Mas logo fui convidado a assumir a coordenação da Saúde da Família em Bragança Paulista, local onde eu residia e, também, tinha meus laços familiares e de amizade.

Em 2009, assumindo a coordenação, pedi licença por dois anos do cargo concursado em Extrema e lancei-me em mais um desafio ousado: implementar as políticas de atenção básica no município e fazer a gestão dos serviços de saúde na cidade de Bragança Paulista – que é cinco vezes maior que Extrema – coordenando mais de 400 profissionais de saúde de todas as áreas, pessoal técnico e, principalmente, aprendendo ainda mais, na prática, a ter conhecimento de liderança.

Lembro, por diversas vezes, de fazer reuniões com os moradores dos bairros onde estavam localizadas as unidades de Saúde da Família credenciadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de entender quais políticas públicas seriam viáveis naquela situação, naquela realidade e naquele momento. Com essas oportunidades, pude tomar ciência sobre como cada pessoa e cada família entendia seu processo de saúde, de doença e, conseqüentemente, qual seria o cuidado delas de maneira singular. Agindo desse modo, consegui compreender que cada pessoa, cada família, cada bairro apresentava sua singularidade com várias fragilidades, bem como muitas potencialidades.

Nesse período, pelas condições descritas, precisei abandonar a odontologia privada, pois não dispunha mais de horários para o atendimento individualizado em consultório. Minha carga horária passou a ser de 40 horas semanais na gestão, sem contar com as participações, como representante do município, em várias reuniões, viagens e congressos; era exigida de mim dedicação exclusiva a este cargo.

Durante minha passagem nessa coordenação, participei do Projeto Pro-Saúde, uma parceria entre a Prefeitura de Bragança Paulista e a Universidade São Francisco, que consistia em um processo de (re) orientação da formação profissional voltada para a realidade brasileira e direcionada para uma formação integral e generalista, com foco de atuação na atenção básica.

O Projeto Pró-Saúde possibilitou-me conhecer e familiarizar com os atores da universidade. Em outras palavras, permitiu-me o acesso às trocas de saberes, notadamente, os relacionados aos conhecimentos populares, ao sanitário da saúde pública e aos de ensino, pesquisa e extensão universitária. Nosso projeto – chamo-o assim por fazer parte de sua integração –, dividia-se em três núcleos, os quais eram compostos por professores de Saúde Coletiva (NESC), profissionais de saúde, gestores municipais e Conselho Municipal de Saúde.

Com esse projeto, elaboramos um outro, intitulado PET-saúde (Programa para Educação do Trabalho em saúde), do qual participei como coautor. Este tinha como proposta levantar os determinantes sociais com forte impacto para o processo saúde-doença, com maior especificidade para as doenças crônicas. Com ele, conseguimos articular mais um trabalho para a (re) orientação profissional, com treinamento em serviço na realidade dos territórios que tinham atenção básica com unidades de saúde da família.

Frente a esses dois projetos, aprofundei-me nos estudos da educação, os quais me fizeram (re) pensar toda a minha trajetória como aluno de Odontologia, como cirurgião dentista e, mais ainda, como profissional de saúde. Tal aprofundamento, impulsionou-me a, em meados de 2010, candidatar-me a uma vaga num processo seletivo para docente pela Universidade São Francisco, para o cargo de professor auxiliar na vaga de Saúde Coletiva do curso de Odontologia.

Num primeiro momento, questionei-me, por diversas vezes, se seria possível a conciliação dos cargos de gestor da atenção básica e também de docente universitário. Decidi, então, encarar, e consegui a vaga oferecida pela universidade. Lembro-me que havia oito candidatos, e a seleção dava-se em três fases. A primeira consistia em análise de currículo, a segunda em entrevista e a terceira em uma aula de vinte minutos com um tema a ser escolhido pela banca. Na ocasião, a banca escolheu o tema Promoção da Saúde, o qual eu tinha notável afeição, assim como domínio do assunto.

Foi dessa forma que comecei a exercer o cargo de professor universitário no ano de 2010, como professor auxiliar especialista. Inicialmente, comecei na disciplina de Saúde Pública para o curso de Odontologia e, posteriormente, assumi também Epidemiologia para os

cursos de Farmácia, Enfermagem, Biomedicina e Fisioterapia, além de Odontologia Preventiva para o curso de Odontologia. A partir daí, iniciei minha carreira acadêmica.

Muitas coisas aconteceram nesse período, dentre elas, meu processo psicoterapêutico na abordagem da psicanálise lacaniana, a qual ocorria semanalmente, o que resultou em oito anos de um doloroso, mas importante processo de autoconhecimento. Juntamente com o processo analítico, comecei também a estudar psicanálise e matriculei-me numa escola freudiana para aprender e ter uma formação na área. A princípio, eu achava que o processo de estudo poderia ajudar no meu processo analítico. Também percebi que tinha um interesse e aptidão pelas ciências humanas e que aquilo significava também desbravar um caminho antes não percorrido, pois, ao mesmo tempo em que o processo analítico desdobrava-se, a atenção por outras áreas ganhava peso e significância.

Nesse período, li muitas obras de Freud como Psicopatologia da vida cotidiana, Teoria da sexualidade, Homem dos ratos, Homem dos Lobos, entre outros. Fui me descobrindo durante esse período até chegar em Lacan e toda a sua primeira e segunda clínicas (Clínica do real). Foi então que descobri que a escolha da Odontologia não tinha sido para mim e sim para um outro; que a vida adulta sempre é mais dura do que a da infância, que não precisamos seguir os “mandatos familiares”.

Nesse tempo como docente, participei de diversos eventos, congressos e simpósios de educação e saúde. Concomitantemente, saí da gestão de Bragança Paulista, voltando a assumir meu concurso como cirurgião dentista em saúde da família, de 2011 a 2012, retornando novamente à gestão em Bragança em 2012, assumindo, na ocasião, a chefia da Divisão de Assistência Médica Sanitária (DAMS). Nesse período, participei da Gestão do Mais Médicos no município, do desenvolvimento do Programa de Segurança Alimentar e Nutricional, da Gestão do Programa Saúde na Escola, do Programa para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), da elaboração do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2013-2016, das Conferências de Saúde e o fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde e de projetos do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Fiquei somente dois anos no cargo de chefe da DAMS e, novamente, (re) assumi meu cargo de cirurgião dentista no bairro mais vulnerável da cidade de Extrema.

A partir daí, vivenciando a Saúde da Família e a minha docência nos diversos cursos da área da saúde, comecei a perceber a importância da *práxis*, percepção fruto da relação entre a teoria e as práticas exercidas durante esses anos com os mais diversos atores sociais, sejam eles usuários, trabalhadores, gestores, prestadores de serviço, alunos, professores e todo cenário acadêmico e dos serviços.

Em seguida, surgiram algumas questões importantes referentes à maneira de trabalhar com a saúde pública, à maneira de como o aluno poderia enxergar a realidade brasileira a partir de uma formação mais humana, crítica e ética para com o próximo. E, também, como aqueles ensinamentos de Paulo Freire e da Educação Permanente poderiam contribuir para a formação no ambiente universitário na perspectiva da dialogicidade e da troca de saberes.

Após esse período, minhas atribuições ficaram somente nessas duas áreas, até eu assistir a uma reunião de colegiado de curso, em 2017, em que o professor Frei Nilo Agostini proferiu uma palestra de acolhida aos professores daquele semestre. A palestra do Frei pautou-se na formação humana e ética, bem como no valor da espiritualidade em nossa vida, os quais, segundo ele, formavam um dos pilares que possibilitavam enxergar o indivíduo como um ser integral. Fui tocado por essa abordagem, principalmente, porque, na época, eu estava vivenciando uma nova etapa de descobertas orientadas pelo processo analítico.

Frente às proposições do palestrante, a ideia de iniciar um mestrado veio à tona na medida em várias questões começaram a surgir: como o ensino universitário poderia formar um profissional de saúde daquela maneira? Mais ainda, como deveria ocorrer a formação para uma educação popular, tendo em vista que a relação entre profissionais de saúde e pacientes acontecem ou devem acontecer numa relação dialógica e ética? Também me perguntava como o ensino médico preparava seus alunos, através dos professores, em qual abordagem o faziam e como eles aplicavam essa educação? Além disso, queria saber como o ensino médico, dentro do saber técnico, valorizava a formação de um sujeito ético?

Nesse período, fui convidado pelo coordenador de Saúde Pública do Curso de medicina, professor Edson Masera Terra, sanitarista pela Escola Paulista de Medicina, para ministrar a disciplina de Prática Médica e Sociedade I com alunos do primeiro semestre. Nesse módulo, trabalhamos os aspectos conceituais da Saúde Pública e da Epidemiologia referentes às políticas de atenção básica, tendo como foco as práticas realizadas na comunidade, mais precisamente, no território de Saúde da Família do município de Bragança Paulista.

Foi então que procurei o Frei Nilo para falar-lhe dos meus questionamentos, tendo em vista a viabilidade de uma pesquisa em nível de mestrado. Percebi, assim, que seria necessário conciliar minha carreira de professor universitário da área de saúde pública, com o trabalho na comunidade e com a linha de pesquisa presente no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Educação, ou seja, a linha Educação e processos formativos, sob a orientação do Professor

Doutor Frei Nilo, que também ministrava a disciplina de Bioética e Ética Médica I no Curso de Medicina da Universidade São Francisco em Bragança Paulista.

Frei Nilo acolheu-me com toda a sua atenção e dedicação e orientou-me a me matricular como aluno especial do programa. Depois de cursar uma disciplina como aluno especial, elaborei meu projeto de pesquisa e prestei o processo seletivo para admissão como aluno regular no grupo de pesquisa sobre Teoria Crítica e Teorias Críticas Latino Americanas e Educação (TCTCLAE).

Estar num programa das ciências humanas e estudar autores dessa linha fez-me sair da minha zona de conforto, mas, também, fez-me caminhar ao encontro do meu processo analítico. Desbravar o tema da educação popular permitiu-me estudar também toda uma trajetória deste movimento, sua entrada para a área da saúde e os desdobramentos dessa educação para a formação de alunos das áreas da saúde, em específico, do curso de Medicina da Universidade São Francisco. Durante o desenvolvimento de minha pesquisa (2019), tive a oportunidade de me inscrever, ser aprovado e participar do Programa PET - Saúde, interprofissionalidade e trabalho colaborativo - como tutor coordenador do Projeto em Bragança e que tem como proposta uma (re) orientação da formação profissional.

Para pensar e refletir sobre o trabalho em saúde, é imprescindível discutir sobre a formação, com o objetivo de compreender os pontos de confluência e divergência dessas duas realidades, identificando as necessidades de (re) construção do processo formativo com foco nas reais demandas de saúde da população. (ALMEIDA et al, 2019, p. 99)

Segundo Silva et al (2018) o PET - Saúde/Interprofissionalidade - atende ao chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS) para implementar a Educação Inter-Profissional como ferramenta essencial para o desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos, contribuindo para a redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo.

Coordeno, atualmente, o Grupo de Apoio Tutorial (GAT 1) destinado ao ciclo de vida de saúde da mulher, o qual tem como proposta desenvolver um ensino interprofissional com prática colaborativa que interliga os diversos cursos da área da saúde na Universidade São Francisco, com a rede de serviços de saúde da atenção primária em saúde no município de Bragança Paulista, bem como com o controle social municipal (Conselho Municipal de Saúde).

Este projeto impulsionou-me ainda mais a pensar sobre o processo de formação na área da saúde com um olhar macro, meso e microestrutural, sendo a formação médica de suma importância dentro desse processo.

Portanto, esta dissertação de mestrado é um pouco o retrato de minha história de vida e de minha história profissional. É, igualmente, o resultado da busca de uma educação popular através da perspectiva de Paulo Freire, de sua proposta de uma educação libertária e dialógica, secundado pelos estudos de Frei Nilo sobre educação, bioética e cidadania, bem como pelos de Ricardo Burg Ceccim na educação popular na área da saúde.

Minha pesquisa baseia-se em uma análise qualitativa e descritiva de documentos referentes a Projetos de (re)orientação da formação médica (1997), Programas e Projetos Pedagógicos da disciplina de Prática Médica e Sociedade no curso de medicina da Universidade São Francisco, buscando analisar, dentro dessas disciplinas, como se dá, na prática, a formação desse profissional de saúde para os cuidados em saúde, tendo em conta os processos de educação popular através de uma relação ética. Entendemos que esses princípios devam estar contidos nos Planos de Ensino por se tratar de um processo de sensibilização, de aprendizado, enfim, de conscientização.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivos gerais analisar, nas orientações curriculares da disciplina de “Práticas Médicas e Sociedade” (doravante PMS) do curso de medicina da Universidade São Francisco (doravante USF), propostas de formação de profissionais médicos éticos e modificadores da realidade, bem como compreender em tais propostas há influências da perspectiva da educação popular.

As discussões aqui propostas estão em consonância com a linha de pesquisa Educação, Sociedade e Processos Formativos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (PPGSS) em Educação da USF e articula-se ao Grupo de Pesquisa TCTCLAE (Teoria Crítica e Teoria Crítica Latino-Americana e Educação) ¹.

A seleção de nossa intencionalidade investigativa é justificada pelas minhas experiências privadas e profissionais, as quais me levaram a compreender o importante papel da educação de cunho popular quando planejadas e implementadas políticas públicas de saúde, bem como quando pensadas estratégias de ensino para a formação de um profissional ético, crítico, sensível, responsável, engajado à realidade em que ele venha a atuar e comprometido com sua transformação.

Atuei como profissional de saúde em funções, inclusive, de liderança de importantes programadas governamentais, os quais tinham a intenção de planejar e implementar políticas públicas a nível local e nacional. Foi o caso, por exemplo, da atuação como Coordenador de Atenção Básica no município de Extrema, sul do estado de Minas Gerais, no ano de 2008, momento em que trabalhou com os Polos de Educação Permanente do Ministério da Saúde², através dos Polos de Educação Permanente pelo Programa DST/AIDS.

¹Esse grupo de pesquisa tem como objetivo investigar a contribuição para a Educação da Teoria Crítica da Sociedade e das Teorias Críticas Latino-Americanas, numa convergência de abordagens culturais, filosóficas, históricas e de ciências sociais e jurídicas, elaborada pelos teóricos: W. Benjamin, T. W. Adorno; E. Bloch, P. Freire, E. Dussel, A. Quijano, W. Mignolo, Boaventura Santos, G. Agamben, M. Foucault, L. Boff, Z. Bauman, C. Türcke, N. Sevcenko, A. Gruschka, J.-M. Gagnebin, N. Chomsky, N. Bobbio, P.-J. Proudhon. O grupo busca refletir sobre experiências formativas, estéticas e educativas, da formação superior e da educação na infância numa relação com a arte, a poesia, a filosofia e a racionalidade na atual sociedade; flagrar possíveis conexões entre corpos, educação e experiências urbanas num franco diálogo com as contribuições teóricas de Walter Benjamin; investigar a vida e a obra de Paulo Freire e mapear categorias, conceitos e concepções relevantes para a educação numa convergência com o pensamento de Walter Benjamin; perscrutar sobre o papel da Educação contemporânea e a contribuição das Teorias Críticas Latino-Americanas para a descolonialidade do pensamento latino-americano na perspectiva das culturas, políticas, epistemologias, filosofias e histórias. O TCTCLAE estabelece conexão interdisciplinar com os grupos individuais:

Tem como docentes coordenadores

- GP Estética, Formação Superior e Infância (USF/CNPq) – Líder: Luzia Batista de Oliveira Silva
- GP Rastros: História, memória e educação (USF/CNPq) – Líder: Maria de Fátima Guimarães

² José Gomes Temporão era o ministro da Saúde no período, e ficou durante boa parte do segundo mandato do governo Lula, empossado em março de 2007 e sucedido em 1 de janeiro de 2011 por Alexandre Padilha.

Os Polos de Educação Permanente foram criados em 2004, no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, vinculados ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). Eles são responsáveis: i. pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; ii. pela capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, incluindo aqueles pertencentes aos movimentos sociais e à população, com a finalidade de favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde, e ainda iii. pela interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Na época como coordenador da Atenção Básica, a formação nesses Polos era inspirada pelos estudos de Paulo Freire sobre a educação popular e, por isso, tinha como alvo o envolvimento, a participação e o respeito aos saberes de diferentes ordens, o que viabilizava a co-construção, por diferentes agentes sociais (especialistas e não especialistas), de propostas, as quais, muitas vezes, divergiam daquelas defendidas e difundidas nas universidades, conseguindo, assim, atender, de fato, as populações excluídas de seus direitos sociais.

Todo esse processo de implicação profissional fez emergir interrogações sobre os processos de formação pelos quais os sujeitos passam ao longo de suas vidas, desde a educação básica até a universidade; em outras palavras, os modos como os conhecimentos são propostos para o ensino, quais são os saberes selecionados, com quais proposições, visando qual tipo de sujeito e de sociedade, bem como qual o tipo de engajamento social.

Essas questões foram ainda mais acentuadas na minha experiência como docente universitário da USF, quando passei a ministrar disciplinas nos diferentes cursos da área da saúde, momento em que a observação crítica quanto à relação profissional de saúde e paciente ganhou destaque em suas preocupações.

Com relação à educação popular a qual nós nos referimos em nosso objetivo de pesquisa, ela consiste naquela defendida por Paulo Freire; em outros termos, no ponto de vista de que a educação tem a missão de formar sujeitos éticos, reconhecendo a necessidade de uma formação integral do ser humano para o enfrentamento de questões sociais, mobilizando, para isso, práticas emancipatórias.

A educação popular corresponde a uma concepção teórica, a qual defende a vivência prática como modo de codificar e decodificar os temas geradores das lutas populares. Ela colabora com os movimentos sociais e com todo o movimento de jovens e adultos que expressam essas lutas. A preocupação de tal proposição teórica é com a diminuição do impacto da crise social na pobreza e com a criação de oportunidades que permitam dar voz à

indignação e ao desespero moral do pobre, do negro, do indígena, do camponês, da mulher, do trabalhador rural, do industrial, do trabalhador de um modo geral, pela emancipação humana.

Nesse sentido, entendemos a educação popular como estratégia de educação para todos os grupos de trabalho nos cursos da área da saúde, tendo em vista que este modelo de educação visa à formação de sujeitos com conhecimento e consciência cidadã e à organização política para afirmação do sujeito. É também uma estratégia educacional que promove a construção da participação popular para o redirecionamento da vida social, objetivando trabalhar com as necessidades da população.

Os pressupostos teórico-metodológicos assumidos nesta pesquisa, tendo em vista a aspiração por discussões que fomentem a educação popular na área da saúde, consistem, portanto, naqueles pertencentes à teoria crítica e à teoria crítica latino-americana, mais especificamente, aos estudos ligados a Paulo Freire (FREIRE, 1980, 1982, 1983, 1987, 1992, 1997, 2003; FREIRE; NOGUEIRA, 2004), a sua proposta de educação libertária; às contribuições teóricas de Nilo Agostini (AGOSTINI, 2017, 2018) sobre o lugar da ética na formação humana, e à concepção de experiência de Walter Benjamim (2012, 2013).

Diante dos objetivos gerais, das justificativas e dos pressupostos teórico-metodológicos assumidos, os objetivos específicos consistem em:

I. identificar as potencialidades para a formação ética e transformadora do profissional da saúde da disciplina PMS, no que corresponde às estratégias de ensino assumidas nos documentos normativos do curso em questão.

II. Analisar, a partir do contexto histórico do curso de da USF, a contribuição da educação popular na formação médica sob a perspectiva de uma educação ética e libertária.

Para o alcance do primeiro objetivo específico, selecionamos como objetos de nossas análises: os planos de estudo da disciplina de PMS e o material produzido pelos professores do curso de medicina como proposta de reforma curricular do ano de 1997.

No que tange ao segundo objetivo específico, uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos que abordam a história do curso de medicina da USF foi realizada, bem como uma pesquisa em ampla base de documentos institucionais da USF. Ainda no que concerne a esta intencionalidade, foram também analisados os documentos públicos, a legislação pertinente ao tema (Diretrizes curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde, PROMED, VER-SUS, PITS, Pólos de Educação Permanente, Pró-SAÚDE), e um arquivo privado que pertence à Prof^a Dr^a

Estela Marcia Flores Giancesla³.

A pesquisa documental a qual nós nos propusemos teve como características a apreciação e a valorização de documentos, intentando à ampliação do entendimento dos objetos de estudo, cuja compreensão necessitou de contextualização, fosse ela histórica ou sociocultural.

O documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2008, p. 295).

Outro ponto importante a ser considerado quando a análise documental é a selecionada para pesquisas na área das ciências humanas é a possibilidade de acrescentar à dimensão do tempo a compreensão do social. Ademais, esse tipo de pesquisa permite observarmos o processo de desenvolvimento dos indivíduos, dos grupos, dos conceitos, dos comportamentos, das práticas, das mentalidades, das linhas de atuação, dentre outros elementos importantes.

Também é possível, nesse tipo de pesquisa, de modo complementar, a exploração bibliográfica; em nosso caso, por exemplo, contamos com o material de apoio como livros, artigos, planos, ementas de disciplinas curriculares que regem a estrutura das práticas do curso de medicina da USF, minutas documentais, teses e dissertações, pois acreditamos que “Uma pessoa que deseja empreender uma pesquisa documental deve, com o objetivo de constituir um corpus satisfatório, esgotar todas as partes capazes de lhe fornecer informações interessantes.” (CELLARD, 2008, p. 298).

Entretanto, é válido esclarecer que há diferenças importantes entre uma pesquisa documental e uma pesquisa bibliográfica. A segunda dedica-se às fontes secundárias, em outros termos, os dados selecionados já sofreram análises e contribuições de diferentes

³ Médica graduada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (1981), Residência Médica em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1984) e mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1998). Especialização em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia em 1988. É docente de disciplinas da área de Saúde Coletiva do Campus de Bragança Paulista da Universidade São Francisco/USF desde 1987. Leciona nos Cursos de Medicina, Psicologia e Biomedicina, tendo já lecionado nos Cursos de Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e na Pós-Graduação em Saúde Mental da USF. É Docente do eixo transversal de Vigilância em Saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde NeoNatal da USF. Grande experiência em integração ensino e serviço e em estratégias ativas de aprendizagem. Médica sanitária da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo desde 1984, exerceu funções de gerência de serviço de saúde no município de Bragança Paulista e de assessoria em nível regional. A partir da municipalização da sua função em 1996, atuou como médica sanitária na Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista, inclusive na gestão como Chefe da Divisão de Vigilância Sanitária (2006-2010), Secretária Municipal de Saúde (2013-2014) e Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica (2014-2015).

autores sobre o tema. Já a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, eles são fontes primárias e, por essa razão, a análise precisa ser mais cuidadosa, tendo em vista que os documentos ainda não provocaram nenhum critério analítico. A análise documental, portanto, é uma das técnicas decisivas para trabalhar a pesquisa nas ciências sociais e humanas; daí da importância dessa metodologia em investigações educacionais.

Um trabalho de pesquisa documental busca extrair dos documentos selecionados as informações concernentes aos objetivos declarados, através de técnicas apropriadas de manuseio e análise. Para isso, precisa seguir etapas e procedimentos na intenção de compreender seu conteúdo de uma maneira mais fidedigna possível. Posteriormente, as informações são organizadas para viabilizar as análises e, por último, a síntese. Em outros termos:

Para pesquisar precisamos de métodos e técnicas que nos levem criteriosamente a resolver problemas. É pertinente que a pesquisa científica esteja alicerçada pelo método, o que significa elucidar a capacidade de observar, selecionar e organizar cientificamente os caminhos que devem ser percorridos para que a investigação se concretize (GAIO; CARVALHO; SIMÕES, 2008, p. 148).

Le Goff (2003), a esse respeito, afirma que o documento é monumento. Em outras palavras, um monumento é, em primeiro lugar, uma roupagem, uma aparência enganadora, uma montagem. É necessário, portanto, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos-monumentos.

Diante dos elementos expostos sobre o método, a técnica, a análise e a pesquisa, nota-se que o papel da metodologia nas pesquisas em ciências sociais imprime um enfoque plural para a questão, pois “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2008, p.22).

Para a análise documental é necessário, desse modo, avaliar o contexto histórico no qual o documento foi produzido, o modo como foi produzido, quais os autores, qual foi o propósito de sua construção, conhecendo, de maneira satisfatória, a conjuntura social, econômica, cultural e política que proporcionaram a construção do documento. Assim, o pesquisador analisa o contexto e as condições de produção para, com isso, compreender as particularidades da forma de organização do documento, evitando interpretar o conteúdo em função de valores modernos e atualizados.

No que corresponde ao campo da educação, a pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo, pois a maior parte das fontes escritas é a base do trabalho de investigação. Ela se apresenta como uma metodologia interessante de escolha, verificação e análise de dados, visando ao acesso a fontes pertinentes. Esse tipo de pesquisa, portanto, propõe-se a construir novos conhecimentos, criar novas formas de entendimento dos fenômenos e fornecer saberes de como determinado tema tem sido desenvolvido até a atualidade.

No caso desta dissertação, a partir da metodologia documental empenhada, buscamos coletar elementos no plano de ensino das disciplinas de PMS do curso de medicina da USF que possibilitassem identificar indícios de articulação com os autores da teoria crítica. A disciplina de PMS, até o ano de 2019, era ofertada do primeiro ao oitavo semestre da grade curricular do curso de medicina da USF. O expressivo tempo de oferta da disciplina de PMS era justificado com o pressuposto de que a educação é elaborada e constituída ao longo da história, por meio da ação-reflexão-ação (*práxis*), num confronto constante entre prática e teoria, visando a uma compreensão da interdependência existencial entre elas.

Prática e teoria, na vivência educativa, são determinantes para a concretização de uma *práxis*⁴ pedagógica, conforme nos explica Freire (1980):

A educação crítica considera os homens como seres em devir, como seres inacabados, incompletos em uma realidade igualmente inacabada e juntamente com ela. [...] o caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade exigem que a educação seja uma atividade continuada. A educação é, deste modo, continuamente refeita pela *práxis*. Para ser, deve chegar a ser (FREIRE, 1980, p. 81).

Nossas análises dos documentos normativos da disciplina de PMS perseguiram, dessa forma, a identificação de pistas que nos levassem a tecer considerações sobre o tipo de formação médica pretendida, de modo a permitir a reflexão sobre o lugar da educação e da ética na formação no curso de medicina da USF.

Diante dessas considerações, organizamos a presente dissertação da seguinte forma: o primeiro capítulo discorrerá sobre a interface educação/saúde e a educação como processo de conscientização, ética e cidadania, com foco específico na formação médica. Também neste momento, nós nos dedicaremos às discussões concernentes à história da educação popular no Brasil, ao caminho percorrido por Paulo Freire e por outros educadores do movimento de

⁴ Para Freire, *práxis* significa que, ao mesmo tempo, o sujeito age/reflete e ao refletir age, ou, se desejarmos, o sujeito da teoria vai para a prática e da sua prática chega à nova teoria; sendo assim, teoria e prática se fazem juntas, perpetuam-se na *práxis*.

educação popular. Também abordaremos a importância da educação para os direitos humanos na vertente da educação freireana.

O segundo capítulo se ocupará da educação popular no contexto da área da saúde e dos movimentos de inserção das práticas educativas populares nas políticas de formação de profissionais de saúde denominadas “Educação Permanente” (política pública estabelecida pela parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação na formação de profissionais de saúde).

O terceiro capítulo versará sobre a metodologia e os instrumentos utilizados para as análises, sobre o contexto histórico do curso de medicina da USF, a partir dos Freis Franciscanos, sobre a proposta de mudança curricular do curso de medicina em 1997 bem como sobre as discussões dos resultados obtidos com as análises dos planos de ensino da disciplina de PMS ofertada nos oito semestres do curso de medicina da USF.

Por fim, apresentaremos nossas considerações finais, na intenção de uma investigação futura, apontando para outros elementos constituintes do processo formativo do profissional médico, na perspectiva da educação popular em saúde e na formação de sujeitos éticos.

CAPÍTULO 1. A EDUCAÇÃO COMO PROCESSO DE CONSCIENTIZAÇÃO, ÉTICA E CIDADANIA

Neste primeiro capítulo, a proposta é a tessitura de algumas considerações sobre o princípio fundamental da educação enquanto processo de conscientização, focado na formação de sujeitos éticos para o curso de nível superior.

No primeiro tópico, são trazidas as considerações de Paulo Freire referentes ao papel da educação no processo de conscientização e de compromisso com o mundo. Para Freire (1980), a conscientização é o aprofundamento da consciência crítica que é, ao mesmo tempo, ação/reflexão/ação para a superação da realidade opressora, sendo, em virtude disso, um apelo à ação. A conscientização, nesse ponto de vista, é o processo de desenvolvimento de saberes a respeito das condições materiais, nas quais os indivíduos encontram-se no seu papel, no modo de produção, na sua situação de classe. A conscientização é, nesse sentido, um compromisso histórico, um modo de inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito, podendo, dessa forma, transformar o mundo.

No segundo tópico, encontra-se a discussão sobre a formação de sujeitos éticos-críticos no contexto da formação humana. Esse tipo de formação, no enfoque adotado neste capítulo, é considerado indispensável para o desenvolvimento da consciência, a qual possibilita ao ser humano ser o produtor das condições de reprodução de sua própria vida.

Partindo desse prisma, entendemos que a educação cumpre o papel maior de ser um espaço para a mais legítima formação da sociedade moderna, principalmente, a de adultos e de jovens universitários. Sendo assim, será trabalhada a premissa de que o exercício de ser cidadão e de exercer sua cidadania, como função social, torna-se legítimo a partir da ação educativa, uma vez que a educação “desenvolve a criticidade, aguça a curiosidade e alimenta a criatividade em vista da ação transformadora, fazendo frente às situações-limite, entrevendo o inédito-viável das práticas transformadoras.” (AGOSTINI, 2018, p. 204).

Na terceira parte deste capítulo, abordaremos a história da educação popular partindo da perspectiva de homens e mulheres vocacionados a serem mais, enaltecendo a capacidade intelectual do indivíduo humano como potência a ser valorizada e desenvolvida. Nessa relação, há o propósito de romper a barreira da desigualdade social e da estrutura econômica que massifica e se faz presente na situação educacional e de saúde.

Já na quarta parte, trataremos da relação da educação popular como garantia dos

direitos humanos, inserida na dimensão política, orientada pelos princípios da autonomia e da emancipação. Conforme as discussões desenvolvidas neste tópico, é possível chegarmos à conclusão de que a formação para os direitos humanos qualifica-nos para a construção de uma sociedade mais democrática e participativa.

1.1 A educação como ferramenta para a conscientização e formação do sujeito ético

Sob o ponto de vista da dialética, da relação ser humano/mundo, ambos processos inacabados, Freire (1982) desenvolveu os estudos sobre a “Educação como Prática de Liberdade”. Nessa obra, o autor considera que, nós, seres humanos, na constante busca de sermos mais, transformamos a realidade objetiva e a nós mesmos.

Segundo Freire (1982), tal transformação é possível por meio da construção de uma consciência crítica sobre a realidade em que estamos inseridos, pois a consequência da conscientização é o compromisso dos seres humanos com o mundo, já que, criticamente conscientes de nossa realidade de opressão, seremos capazes de realizar uma ação que vise a sua superação.

Nesse sentido, podemos considerar que, não se trata apenas de conhecer o mundo, de poder descrevê-lo, de conhecer as leis gerais de seu funcionamento e o modo particular como cada fenômeno opera na totalidade da realidade objetiva; mas trata-se de conhecer o mundo para, de acordo com as necessidades e interesses da classe oprimida, poder modificá-lo.

Assim, conforme Freire (1982), podemos reconhecer que, a partir da *práxis* humana, o processo de conscientização pode se dar na ação e na reflexão dos acontecimentos do cotidiano, do entorno, do mundo, abandonando o tipo de consciência ingênua ou fatalista – que entrega os acontecimentos ao acaso –, e adotando uma postura crítica frente à realidade (conscientização), a qual é precedida ou acompanhada de uma tomada de consciência da realidade e dos mecanismos que as sustentam e as reproduzem. Em outros termos:

A apreensão da realidade deixa de ser feita na esfera espontânea para galgar uma esfera crítica, na qual a realidade se dá no ato de ação-reflexão, ou seja, na *práxis*. Não estamos apenas diante da realidade, qual aproximação espontânea ou primária; a analisamos, a penetramos na sua essência fenomênica, qual objetivo cognoscível captado pela via epistemológica. Este é o início da conscientização, segundo a qual o ser humano desdobra um modo de ser que revela toda a sua capacidade de transformar o mundo. Criam-se novas atitudes, novas práticas, superando uma postura puramente individual para abraçar a vida em comunidade, numa organização solidária (AGOSTINI; SILVEIRA, 2018, p. 160).

Conforme o exposto, reside na consciência humana a real possibilidade de transformar os fenômenos materiais (objetos, fenômenos, processos) em proveito próprio, quando se responde às necessidades reais do povo. A transformação a qual nós nos referimos é tanto dos objetos materiais, os quais servirão à satisfação das necessidades imediatas do ser humano, como do modo particular de organização das diferentes instâncias da vida.

A sociedade, desse modo, é o produto da ação humana enquanto um fenômeno material, o qual é constituído pelo complexo de relações que o ser humano desenvolve no processo de produção da vida, da mesma forma que o faz com os próprios objetos necessários à vida. Ela, assim, sofre o desenvolvimento necessário à satisfação das necessidades do humano, à sua humanização.

Paulo Freire (1982) considera a conscientização, ainda, como compromisso histórico, pois, segundo ele, ela implica nosso compromisso com o mundo e, conseqüentemente, conosco mesmos, como sujeitos que fazem e refazem o mundo e, assim, sua própria história. A conscientização, nessa compreensão, não se encontra mais somente na relação consciência/mundo, mas transcende, convidando-nos a assumir uma posição utópica frente ao mundo.

Consoante Freire (1997), o processo de produção das condições materiais necessárias à vida – o trabalho – é a prática social que permite ao ser humano conhecer o mundo, produzir os saberes que lhe serão necessários na produção do próprio mundo da vida. A ação humana é, portanto, trabalho. Entretanto, a possibilidade de produção de certos resultados – razoavelmente previsíveis, a partir de determinadas práticas – reside na consciência das relações causais de sua própria prática. A consciência, desse modo, segundo o autor, oferece ao ser humano a possibilidade de programar sua ação, de criar instrumentos com os quais melhor atue sobre o objeto, de ter finalidades, de antecipar resultados.

Conforme Freire (1997), no que corresponde à liberdade, esta é a finalidade de toda revolução cultural. Consoante o pedagogo, ela é uma conquista, exige uma busca permanente e existe apenas no ato responsável de quem a faz. A liberdade é, desse modo, a condição indispensável ao movimento de encontro em que estão inscritas as pessoas como seres inacabados.

Para Freire (1987, p. 35), na obra “Pedagogia do Oprimido”, “a libertação é um parto doloroso”, e que “pedagogia do oprimido” é, no fundo, “a pedagogia dos homens empenhando-se na luta pela libertação.” (FREIRE, 1987, p. 55). Desse modo, não existe educação sem liberdade de criar, de propor o que e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo aos

seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura.

Cabe-nos, desse modo, saber, em conformidade com os pensamentos freireanos, que não apenas estamos no mundo, mas com o mundo e também pelo mundo. Segundo essa interpretação, nós somos seres condicionados e não determinados, portanto, nossa possibilidade de transformar a realidade, a qual nos oprime e nos explora, é a mesma possibilidade dialética que rege a história da humanidade e nos permite produzir novas formas de viver em sociedade. Saber, portanto, que sonhar o sonho coletivo é um sonho acordado, real, passa pelo desejo de uma forma justa, fraterna e humana de viver em sociedade; este, segundo Freire (1987), é o primeiro passo para a transformação social: saber que a utopia é possível.

Uma consciência crítica, assim, pressupõe um método de conhecimento da realidade onde nós nos encontramos, levando-nos a mudanças radicais. Mas o que é, então, conscientização? Ratificamos: a conscientização é o aprofundamento da consciência crítica que é, ao mesmo tempo, ação/reflexão/ação para a superação da realidade opressora, sendo, em virtude disso, um apelo à ação.

A partir do discutido até o momento, a escolha do tema educação em saúde nesta pesquisa é justificada pela perspectiva da conscientização. Em outras palavras, defendemos não só o aprofundamento da consciência crítica ligada a temas específicos do cuidado em saúde frente às realidades observadas; mas também, o estabelecimento de uma noção crítica frente à vida e a seus determinantes, bem como uma reflexão de superação da realidade. Trata-se, dessa maneira, de buscar uma educação em que grupos oprimidos pela desigualdade possam superar essa condição e busquem mais do que protegerem-se frente aos problemas de saúde, investindo, notadamente, no exercício do controle social e de cidadania com o objetivo da busca de uma vida digna.

A conscientização, no modo como a compreendemos, é o processo de desenvolvimento de saberes verdadeiros a respeito das condições materiais nas quais os indivíduos encontram seu papel no modo de produção, na sua situação de classe. O movimento de transformação – mudança radical da forma – da prática social dos indivíduos requer, primeiro, uma mudança tal em sua compreensão de mundo que suas ideias devam se dar no sentido do desenvolvimento de práticas condizentes com a vocação ontológica do ser humano, que é superar sua condição desumanizadora que lhe impõem o atual modo de produção (FREIRE, 1980, p. 51).

A conscientização, consoante tal premissa, é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito, podendo transformar o mundo. É o desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

É um ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e se assume uma posição epistemológica procurando conhecer [...] é tomar posse da realidade; e, por esta razão, e por causa da radicação utópica que a informa, é um afastamento da realidade (FREIRE, 1980, p. 52).

O desenvolvimento de tal nível de consciência acerca das relações sociais de produção que compõem a realidade objetiva é, nesse sentido, a arma de luta dos oprimidos para vencerem a opressão. À vista disso, o desenvolvimento da consciência de classe do proletariado é a condição para que se possa organizar o conjunto das relações sociais em torno da produção, para que o resultado necessário seja a realização do vir-a-ser humano, sua humanização (LUKÁCS, 2003).

Apesar de tal necessidade de consciência, os saberes hegemônicos que nossa sociedade desenvolve são saberes que dissimulam a existência das relações opressivas nas quais está ancorado o modo de produção das condições materiais de reprodução da própria sociedade capitalista. Tendo em vista tais asserções, na obra “Educação como Prática de Liberdade”, Freire (1982a) nos apresenta a possibilidade de um movimento contra-hegemônico de produção de saberes, denunciando a opressão existente que pronuncia o mundo, propondo modos de interferir na lógica opressora a partir da consciência sobre as relações que o oprimem. As contribuições de Freire (1982a) estão no sentido de promover a ideia de que nós nos reconheçamos como seres transformadores da realidade através do trabalho criador.

Na concepção freireana, a luta de classes é, não exclusivamente, mas sobretudo, uma luta pela consciência da existência do movimento histórico da burguesia sobre a classe trabalhadora pelo proletariado das classes populares. Sendo assim, quanto mais o oprimido conhecer sobre a sua situação, tanto mais lhe será possível desenvolver práticas sociais cuja consequência materializar-se-á na forma de que um outro mundo é possível e necessário.

Os homens, pelo contrário, ao terem consciência de sua atividade e do mundo em que estão, ao atuarem em função da finalidade que propõem e se propõem, ao terem o ponto de decisão de sua busca em si e suas relações com o mundo, e com os outros, ao impregnarem o mundo de sua presença criadora através da transformação que realizam nele, na medida em que dele podem separar-se e separando-se podem com ele ficar, os homens, ao contrário do animal, não somente vivem mas existem, e sua existência é histórica (FREIRE, 1987, p. 54).

Pelo exposto, é possível compreender que somente nós, seres humanos, somos capazes de agir conscientemente sobre a realidade objetivada, pelo poder da ideação, que consiste em conseguirmos projetar em nosso cérebro o resultado daquilo que faremos, o que nos difere dos animais, cuja prática é fruto de instintos, por se tratar de seres de puro contato e não de relações como nós. Por esta condição de seres de relações, de seres sociais que fazem a própria história, está nas mãos da humanidade a possibilidade de romper com as relações opressivas de produção que se apresentam como um empecilho à humanização do humano.

Desenvolvemos nosso conhecimento no exercício de nossa *práxis* (ação/reflexão/ação sobre o mundo) e somos os únicos seres capazes de nos distanciarmos do mundo para admirá-lo. Assim, é que, num primeiro momento, a realidade não se apresenta para nós como objeto cognoscível, já que, numa aproximação espontânea homem/mundo, estamos frente à realidade apenas em nível de percepção, o que Freire (1987) chama de posição ingênua. Manter a grande massa oprimida nesta situação é o objetivo da classe hegemônica, pois, se vencido o estado de ingenuidade, a classe oprimida fugirá ao seu controle, e as próprias relações sociais que passarão a se desenvolver culminarão em uma mudança estrutural da sociedade.

A conscientização, assim, consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou seja, ela exige “que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica” (FREIRE, 1980, p. 26).

Para penetrar na realidade aparentemente impenetrável, é preciso, pois, utilizarmos-nos da abstração, da decodificação do real aparente, isto é, que se passe do abstrato ao concreto (da parte ao todo) para voltar às partes. Neste momento, a abstração passa a ser percepção crítica do concreto, que deixou de ser uma realidade impenetrável.

Logo, o processo de conscientização será mais desenvolvido quanto mais conseguirmos penetrar no âmago e na dinâmica dos fenômenos materiais, mas esta posição de desvelamento da realidade precisa ser permanente. Precisamos estar sempre explorando as situações-limite, de modo a alcançarmos o inédito viável. Paulo Freire (1980) chama atenção para as situações-limite, dizendo que, quando as percebemos como as fronteiras entre ser e não ser, “começamos a atuar de maneira mais e mais crítica para alcançar o possível não experimentado contido nesta percepção” (FREIRE, 1980, p. 30).

Assim é que cada relação dos seres humanos com a realidade apresenta-se como um desafio que precisa ser respondido de maneira original. Não há modelo típico de resposta, senão tantas respostas quantos são os desafios. Logo, a resposta que cada um de nós (sempre

na relação com o outro) dá a um desafio não transforma apenas a realidade com a qual nos confrontamos, mas a nós mesmos, cada vez mais e sempre de modo diferente.

Portanto, a formação ética que esta pesquisa adota e defende para o alcance dos objetivos declarados, consiste na disponibilização de situações, meios e ferramentas que permitam aos sujeitos enxergar o ser humano em sua integralidade, alimentando, assim, uma consciência crítica, que leve ao empoderamento, à emancipação e à responsabilidade, intentando o engajamento nas transformações necessárias para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

1.2 A formação de sujeitos ético-críticos

Conforme Rodrigues (2001), a educação, como processo escolar institucionalizado, diretamente relacionado à formação humana, pressupõe que cada ser humano, ao nascer, necessite receber uma nova condição para existir no mundo da cultura. Para isso, é indispensável o desenvolvimento da consciência, a qual é produzida pelo próprio ser humano nas condições de reprodução de sua vida, não sendo ele, portanto, meramente espectador, fadado a aceitar passivamente as propostas fatalistas.

Desse modo, concomitantemente ao despertar da consciência, o ser humano torna-se organizador de formas sociais, orientadas pela solidariedade, pelo reconhecimento do outro enquanto ser diferente e singular, respeitando as diferenças; é igualmente capaz de disciplinar as vontades.

Na esteira do que foi reafirmado sobre os fins da educação, podemos reconhecer que a ação educativa é um processo regular desenvolvido em todas as sociedades humanas, que tem por objetivos preparar os indivíduos em crescimento (crianças e adolescentes) para assumirem papéis sociais relacionados à vida coletiva, à reprodução das condições de existência (trabalho), ao comportamento justo na vida pública e ao uso adequado e responsável de conhecimentos e habilidades disponíveis no tempo e nos espaços onde a vida dos indivíduos se realiza. Ao redor desses aspectos se desdobra o conjunto das ações educativas a serem desempenhadas pelos sujeitos educadores, entre eles a escola (RODRIGUES, 2001, p. 235).

Diante do exposto por Rodrigues (2001), entendemos que a educação cumpre um papel maior de ser um espaço para a mais legítima formação da sociedade moderna, principalmente, de crianças e dos jovens universitários. Com isso, a proposta educacional

deveria ser a de transformar, na intenção de responder à missão que lhe cabe. Uma função, portanto, frente a uma injunção social.

A função das instituições de ensino passa a ser, então, não somente a de espaços de escolarização ou de formação tecnicista e biologicista, no caso na área da saúde; mas, sobretudo, de uma formação humana pautada na construção de um sujeito ético-crítico.

A aquisição de conhecimentos e a sua utilização prática na forma de habilidades tornaram-se, ao longo dos últimos dois séculos, nos fins e meios para todas as atividades educacionais nas sociedades modernas e constituem em instrumentos fundamentais a serem possuídos por cada indivíduo na sociedade. O modo de aquisição e de distribuição desses conhecimentos e habilidades se constituiu em paradigma que organiza todos os processos educativos, e estabelece o grau de responsabilidade para sua implementação por parte do poder público ou da iniciativa privada, nos planos individuais e coletivos, particulares e universais. No interior desse paradigma, as idéias de Educação e de Educação Escolar se fundem e estabelecem limites conceituais sobre os quais se constroem os discursos reflexivos sobre os conteúdos da Educação, bem como sobre os objetivos e os meios das políticas educacionais (RODRIGUES, 2001, p. 235).

Rodrigues (2001) complementa que o exercício de ser cidadão e de exercer sua cidadania, como função social (compreendido na relação com a vida social), recebe sua legitimidade a partir da ação educativa. Ser cidadão, nesse caso, implica capacidade de optar por um modelo de sociedade, de organização social, de identidades históricas e de projetos de futuro, para os quais devemos considerar as diversas formas de organização. O autor esclarece que este conjunto de opções, de propostas pela ação educativa racionais, fundamentadas em vontades e princípios, vai definindo um modelo de cidadão e dando real sentido ao “exercício da cidadania”.

Para essa formação, segundo Rodrigues (2001), seria necessária ainda a indicação das condições de liberdade e de autonomia – princípios constitutivos – as quais manifestam-se na cidadania. Por tal razão é que o ato educativo precisaria acionar os meios intelectuais de cada educando para que ele seja capaz de assumir o pleno uso de suas potencialidades físicas, intelectuais e morais de modo a conduzir a continuidade de sua própria formação.

O ser nascente, não homem, necessita, pois, receber uma formação completa para poder existir junto aos outros homens como um ser igual e completo. Nesse sentido, se diz da Educação que ela é uma totalidade, pois sua ação formativa abarca tanto a dimensão física quanto a intelectual, tanto o crescimento da competência de cada educando para se auto-governar quanto a formação moral que o leve a um adequado relacionamento com os outros homens (RODRIGUES, 2001, p. 242).

Para Agostini (2018) o ato de educar, por si só, é um processo conscientizador, de valorização do humano, da *práxis* humana – ação-reflexão-ação sobre o mundo – para uma maneira de agir consciente como potência para a transformação de sua realidade objetiva. A partir da apreensão da realidade e da consciência, o ser humano torna-se protagonista de sua história, não como sujeito determinado, mas em sua vocação de ser mais. Consciente de sua posição num processo humanizador e crítico (como ser de *práxis*), vai constituindo, por consequência, o objetivo fundamental de todo processo educativo.

A ação educativa permite aos homens e às mulheres, ao refletirem sobre seu mundo, sobre sua situação, tomar consciência da necessidade de um compromisso com sua realidade e emergir. “Emergindo, descruzam os braços, renunciam a ser simples espectadores e exigem participação” (FREIRE, 2007, p. 66). Inserem-se criticamente no seu próprio processo histórico, transformando a ingenuidade em criticidade, o que os leva a criar, optar e decidir, capazes até de transgressão ética. É deles que nascem a esperança de que mudar é possível, mesmo que seja difícil, e a decisão de recusar qualquer posição fatalista alimentada por um poder condicionante e manipulador que prefere a ingenuidade e a passividade dos subalternos (AGOSTINI; SILVEIRA, 2018, p. 195).

Consoante Agostini e Silveira (2018), o processo educativo – conscientizador – requer uma tomada de consciência crítica da realidade, problematizando o presente e olhando para o futuro a fim de construir um entorno ético, com mais sabedoria, mais humano e cidadão. A nosso ver, esse tipo de formação faz-se necessário no ambiente universitário, ainda mais em tempos de ameaças à seguridade social, de exclusão, de descaso, de individualização da vida, lançando o desafio de “se fazer história”, de “ser história”, estando junto às vítimas que exigem ética de cuidado e de vida.

O contrário disso e de modo redutor, quando olhamos a educação sob a perspectiva exclusiva do desenvolvimento de habilidades e competências, estamos formando e habilitando profissionais especialistas para atender somente ao mercado. Quando esquecemos os valores humanos, bem como a visão ampliada de mundo e do entorno, do coletivo, de uma sociedade em constante transformação, estamos formando profissionais para uma realidade material, fria, sem perspectivas de mudanças, com uma racionalidade econômica, sustentada por um modelo de exclusão.

A educação, portanto, não é isenta, neutra e, do ponto de vista adotado nesta pesquisa, ela precisa ocupar um papel de destaque na formação do ser humano, na identificação de um sujeito ético-crítico, capaz de decidir e romper com toda essa estrutura, fruto de uma sociedade industrial capitalista. A capacidade de uma autorreflexão crítica, numa relação de alteridade com o outro é, assim, imprescindível. A educação “desenvolve a criticidade, aguça

a curiosidade e alimenta a criatividade em vista da ação transformadora, fazendo frente às situações-limite, entrevedo o inédito-viável das práticas transformadoras” (AGOSTINI, 2018, p. 204). Segundo Freire (1987), o processo de humanização implica a relação com o outro e a responsabilidade pelo outro, mesmo no interior de situações-limite.

Segundo Freire (2003), tanto a prática docente quanto a construção curricular carregam por si só uma perspectiva educacional humanizadora, intrínseca a toda prática cultural, a partir de uma construção ético-crítica. Nesta lógica, a *práxis* curricular dá-se num processo de conscientização.

Gostaria, por outro lado, de sublinhar a nós mesmos, professores e professoras, a nossa responsabilidade ética no exercício de nossa tarefa docente. [...] Educadores e educandos não podemos, na verdade, escapar à rigorosidade ética. Mas, é preciso deixar claro que a ética de que falo não é a ética menor, restrita, do mercado, que se curva obediente aos interesses do lucro. [...] Não falo, obviamente, desta ética. Falo, pelo contrário, da ética universal do ser humano. Da ética que condena [...] a exploração da força de trabalho do ser humano, [...] falsear a verdade, iludir o incauto, golpear o fraco e indefeso, soterrar o sonho e a utopia, prometer sabendo que não cumprirá a promessa, testemunhar mentirosamente. [...]. A ética de que falo é a que se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe. É por esta ética inseparável da prática educativa, não importa se trabalhamos com crianças, jovens ou com adultos, que devemos lutar (FREIRE, 2003, p. 17-18).

Portanto, do nosso ponto de vista, eis o grande desafio de todo educador/profissional de saúde integral (unificadas as dimensões somática, psico-afetiva, sociopolítica e espiritual), numa perspectiva ético-crítica. Para este educador/profissional de saúde, não basta uma formação profissional para o mercado, ou ainda, para o consumo. Ao contrário, ele investe na capacidade plena de agir e (re)agir conscientemente sobre a realidade objetivada, num processo de conscientização em que a *práxis* (ação e reflexão sobre o mundo para transformá-lo) ocorre perspassada pelo processo de conscientização

A educação funcional e técnica não pode ser o centro da obra educativa da pessoa humana. Uma educação voltada à pessoa é completamente diferenciada em relação à educação livresca que confunde cultura com acumulação de saber. Para a educação personalista, esta tem que se firmar através da expressão da vida, da aprendizagem da liberdade e a escola não pode ignorá-la. O saber dissociado da realidade transforma-se num saber abstrato, num formalismo que abafa a criatividade e não pode ser mais um dentre tantos outros instrumentos contra a pessoa (AGOSTINI, 2017, p. 204).

Diante desses aspectos, abordaremos o contexto da educação popular proposta como estratégia para o desenvolvimento na formação de sujeitos éticos.

1.3 A educação popular como a história de homens e mulheres

Iniciaremos este tópico focalizando o processo histórico da educação de jovens e adultos e da educação popular no Brasil. Este modelo de educação era concebido conjuntamente com a educação de base (formal)⁵ para todos, principalmente para as pessoas que habitavam as regiões periféricas das cidades e da zona rural.

A educação de base era entendida como o processo educativo destinado a proporcionar a cada indivíduo os instrumentos indispensáveis ao domínio da cultura de seu tempo, em técnicas que facilitassem o acesso a essa cultura – como a leitura, a escrita, a aritmética elementar, noções de ciências, de vida social, de civismo, de higiene – e com as quais, segundo suas capacidades, cada homem pudesse desenvolver-se e procurar melhor ajustamento social (BEISIEGEL, 1989, p. 14).

É válido consideramos que a educação de jovens e adultos não acontece somente no ambiente oficial (formal), no ambiente escolar, mas também em várias esferas educacionais, como em organizações não governamentais (ONG's) e sistemas privados, por exemplo, cuja finalidade é contribuir com a diminuição do déficit educacional relacionado aos adultos.

Esse modelo sempre trabalhou com o dever de formar cidadãos para o mercado de trabalho, buscando suprir uma necessidade do sistema de capital. Os adultos contemplados com essas investidas, geralmente, são pessoas que vieram de outros estados, possuindo na sua bagagem cultural conhecimentos do mundo, de vida; por isso, a educação voltada a esse público tende a trabalhar com uma metodologia que valoriza a experiência desse faixa etária num processo de troca de conhecimentos.

Para Pinto (2010, p. 12), a educação é [...] “a formação do homem pela sociedade em que está inserida, ou seja, é o processo onde a sociedade integra o indivíduo em seu modo de ser social, buscando sua aceitação para atuar em fins coletivos e não individuais”. Nessa perspectiva ainda, a educação é [...] “o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses.” (PINTO, 2010, p. 12).

Na sociedade, a educação apresenta-se como um meio de reprodução da cultura. “A educação é a transmissão integrada da cultura em todos os seus aspectos, segundo os moldes e pelos meios que a própria cultura existente possibilita” (PINTO, 2010, p 14). Sendo assim, no ato educativo, são transmitidos os valores sociais, normas e deveres que o indivíduo deve seguir durante toda sua vida social. Nesse sentido, “o saber é o conjunto dos dados da cultura

⁵ A educação com reconhecimento oficial, oferecida nas escolas em cursos com níveis, graus, programas, currículos e diplomas, costuma ser chamada de *educação formal*.

que se tem tornado socialmente conscientes e que a sociedade é capaz de expressar pela linguagem.” (PINTO, 2010, p. 14).

Os termos ‘educação de adultos’, ‘educação popular’, ‘educação não formal’ e ‘educação comunitária’ não são sinônimos. Os termos ‘educação de adultos’ e ‘educação não formal’ referem-se à mesma área disciplinar teórica e prática da educação.

A UNESCO utiliza a denominação Educação de Adultos para referir-se a uma área especializada da educação, o que é correto em partes, mas não deve ser dissociada da educação global.

Já o termo ‘educação não formal’, que vem sendo utilizado, principalmente, pelos Estados Unidos para referir-se à educação de adultos que se desenvolve nos países do terceiro mundo, é geralmente vinculado aos projetos de educação comunitária.

Os alunos da Educação de Jovens e Adultos (doravante EJA), por sua vez, são aqueles que, por diversas razões, não concluíram os estudos no tempo e idade considerados regulares. Em alguns casos, com essa modalidade de ensino, eles buscam inserir-se em um ideal de sociedade, denominada “falsa erudita”, na qual o mercado capital busca cada vez mais pessoas com elevados graus de um letramento também ideal.

A falsa caridade, da qual decorre a mão estendida do “demitido da vida”, medroso e inseguro, esmagado e vencido. Mão estendida e trêmula dos esfarrapados do mundo, dos “condenados da terra”. A grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, estas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos em gestos de súplica. Súplicas de Humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas que trabalhem e transformem o mundo (FREIRE, 1987, p.42).

Tal asserção de Paulo Freire (1987) refere-se, justamente, ao sofrimento passado e presente do educando, a vivência deste em uma sociedade onde ele precisa, todos os dias, curvar-se àqueles que são os seus opressores. Por isso, o conceito de educação libertadora proposto por Freire (1987) visa à construção de uma percepção educacional de jovens e adultos, na qual os conhecimentos adquiridos por todos os educandos precisam ser sempre considerados, pois, segundo o autor, somente se conhece o que é bom quando se conhece o que é ruim.

O estudante da EJA é um ser já com vida praticamente conclusa; o que lhe falta é apenas a liberdade; liberdade essa que o professor precisa buscar construir de modo colaborativo com seus alunos, através da troca de múltiplos conhecimentos. O primeiro documento legislativo relacionado à EJA é o Parecer CEB 11/2000, o qual a define e a determina a partir de sua homologação.

É importante reiterar, desde o início, que este parecer se dirige aos sistemas de ensino e seus respectivos estabelecimentos que venham a se ocupar da educação de jovens e adultos sob a forma presencial e semi-presencial de cursos e tenham como objetivo o fornecimento de certificados de conclusão de etapas da educação básica. Para tais estabelecimentos, as diretrizes aqui expostas são obrigatórias bem como será obrigatória uma formação docente que lhes seja conseqüente (CEB 11/2000, p. 4).

Esse documento tinha como propósito diminuir a falta de oportunidade de acesso à educação, buscando sua reparação ao longo prazo. Com o passar do tempo, as sociedades modificaram-se e adaptaram-se às novas realidades educacionais pertinentes às suas épocas, sempre com a vontade de ter mais, de conseguir mais direitos, principalmente, o direito à educação de qualidade. Então, para suprir tal demanda, viu-se necessária uma regulamentação da tão utilizada educação popular no país, garantindo assim os direitos universais a todos os seres sociais.

Desse modo, a EJA, modalidade estratégica do esforço da nação em prol de uma igualdade de acesso à educação como bem social, participa deste princípio e sob esta luz deve ser considerada.

O art. 208 da Constituição Federal (1988) dispõe claramente:

“O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria” (BRASIL, 1988).

A própria Constituição Federal (1988), no artigo citado acima, informa que existe uma importância na alfabetização dos jovens e adultos que vivem no país, os quais não concluíram seus estudos em idade correta ou sequer chegaram a estudar. Cabe, portanto, ao Estado, unidade federativa, ofertar uma educação adequada para todos os estudantes. Isto inclui a EJA, por ser ela necessária à existência da integração social desses indivíduos. Isso é o que chamamos de igualdade de acesso.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/1996, a LDB, indica, de certa forma, que o primeiro, o segundo e o terceiro setores podem ofertar a EJA com a finalidade de erradicar o analfabetismo e a evasão de estudantes dentro do ambiente escolar. Torna-se muito importante a oferta desta modalidade educacional da Educação Básica em ambientes, principalmente, não escolares, pois, desse modo, podemos diminuir significativamente os altos índices de analfabetismo que temos no país.

O §1º do artigo 37 da LDB assume que:

Os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos jovens e aos adultos, que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames.

Em outros termos, este dispositivo legal assevera que é dever do Estado viabilizar uma educação que qualifique para o mercado de trabalho, mas que não seja uma educação voltada para o sistema de capital, ou seja, que não deva ser uma educação que forme somente para o mercado de trabalho.

Essa descrição deve-se ao fato de os alunos da EJA, em sua maioria, já estarem inseridos no mercado de trabalho, faltando, portanto, uma formação acadêmica. A educação ofertada, desse modo, precisa contemplar os princípios de autonomia e de criticidade. A nosso ver, a articulação de tais eixos fortalece o ato educativo.

A Lei nº11.741, de 16 de julho de 2008, sancionada pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, fez alterações e propôs complementos importantes na LDB 9394/96 no que corresponde à EJA. Na nova prescrição, a EJA passa a ter um olhar, já presente de certa forma pela LDB, profissional. Em outras palavras, seu objetivo passou a ser o de formar o cidadão não alfabetizado ou que não concluiu os estudos no tempo certo, para o mercado de trabalho. Sendo assim, o campo da educação profissional e da EJA deverão estar em diálogo constante, sempre integrados, construindo um currículo voltado para a aprendizagem necessária, para que o indivíduo possa ingressar mais facilmente o mercado de trabalho, afastando-se, desse modo, de um processo de formação voltado ao exercício de cidadania.

A Resolução CEB nº 1, de 05 de julho de 2000, é de suma importância para o estabelecimento das diretrizes nacionais voltadas para a EJA. A resolução vem nortear o currículo a ser implementado nos mais diversos ambientes escolares, indicando que, a partir da publicação da resolução, existirá uma diretriz curricular que ficará a cargo dos órgãos federais competentes. Isto quer dizer que o currículo da EJA será único, não sendo recortado e interpretado, ou, até mesmo, utilizado de formas diferentes por cada sistema de ensino que atuem com a EJA. Além disso, a resolução informa que o currículo deve respeitar as normas contidas na LDB 9394/96, não fazendo a dissociação da mesma com a educação profissional, como alterado na lei 11.741/2008.

Por fim, há as CONFINTEAs (Conferência Internacional de Educação de Adultos) as quais têm como propósito discutir cada vez mais a educação de adultos como tema de perspectiva plural. A CONFINTEA, que acontece há mais de 60 anos em vários continentes do mundo, trabalha na linha de discussões na perspectiva de que a educação é capaz de

transformar as pessoas, e as pessoas juntas transformarem o mundo, e de que ninguém consegue fazer nada sozinho, nem mesmo educar. A partir do documento contido no livro Educação de Jovens e Adultos: uma memória contemporânea (1996-2004,) publicado pelo MEC em 2007:

Nós, participantes da V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos, reunidos na cidade de Hamburgo, reafirmamos que apenas o desenvolvimento centrado no ser humano e a existência de uma sociedade participativa, baseada no respeito integral aos direitos humanos, levarão a um desenvolvimento justo e sustentável. A efetiva participação de homens e mulheres em cada esfera da vida é requisito fundamental para a humanidade sobreviver e enfrentar os desafios do futuro.

A educação de adultos, dentro desse contexto, torna-se mais que um direito: é a chave para o século XXI; é tanta consequência do exercício da cidadania como condição para uma plena participação na sociedade. Além do mais, é um poderoso argumento em favor do desenvolvimento ecológico sustentável, da democracia, da justiça, da igualdade entre os sexos, do desenvolvimento socioeconômico e científico, além de ser um requisito fundamental para a construção de um mundo onde a violência cede lugar ao diálogo e à cultura de paz baseada na justiça. A educação de adultos pode modelar a identidade do cidadão e dar um significado à sua vida. A educação ao longo da vida implica repensar o conteúdo que reflita certos fatores, como idade, igualdade entre os sexos, necessidades especiais, idioma, cultura e disparidades econômicas (MEC, 2007, p. 36).

Na citação acima, entendemos a preocupação da V Conferência com a EJA e a ressignificação do desenvolvimento humano. O documento preocupa-se em trazer o papel da educação para a paz mundial por meio da justiça e, especialmente, da democracia. Entende-se que é necessário que seja respeitado e repensado o ser humano como um todo quando declara, por exemplo, ser necessária a participação de homens e mulheres nas mais variadas esferas da vida para enfrentar todos os desafios existentes no meio social, contribuindo para a formação de um sujeito ético/crítico.

Paulo Freire (1983) também relata a história da educação popular como a história de homens e mulheres na busca de serem mais, de assumirem suas capacidades intelectuais, de serem protagonistas da história e da cultura

A história – história no seu sentido pleno do termo, a história de todo o povo e não somente de exércitos e dos governos – não é outra coisa que as respostas dadas aos homens à natureza, aos demais, às estruturas sociais. Não é outra coisa que a procura do homem, sua intenção de ser mais e mais homem, respondendo e relacionando-se (FREIRE, 1983, p. 44).

Com o fim da segunda guerra mundial e o início da ascensão dos ideais democráticos, iniciam-se no mundo várias mobilizações e movimentos pela educação em massa. Nesse período, era preciso pensar em uma forma de desenvolvimento econômico e social segundo a

qual as prioridades fossem as políticas de educação de base que, para além da alfabetização, pudessem ser acessadas pela população para o início de um processo de “ajuste social”. Essas políticas buscavam incluir os chamados “desfavorecidos” nesse processo de desenvolvimento, pensando, principalmente, no homem do campo, para que ele tivesse noções básicas de leitura, escrita, convivência etc. Conjuntamente a esse processo, na área da saúde, iniciam-se também os primeiros modelos higienistas de práticas em saúde. Com isso, a ideia principal é a de tornar esse homem do campo apto à vida contemporânea marcada pelo processo produtivo e defensor da nação.

No Brasil, nessa mesma época, pós segunda guerra mundial, começávamos ainda a engatinhar para a democracia e para o populismo; este último utilizado como uma das estratégias de controle pelas classes dominantes. Surge, nesse período, o direito formal de participação popular. A educação voltada para jovens e adultos, por sua vez, começava a ser questionada sobre a tese de ser uma transmissora de conteúdos. Iniciou-se, então, o movimento para o rompimento de tais condições pré-estabelecidas, buscando uma educação para a formação de pessoas críticas e conscientes.

Paulo Freire, juntamente com outros educadores, sugeriu: a revisão dos transplantes que agiram sobre o nosso sistema educativo, a organização de cursos que correspondessem à realidade existencial dos alunos, o desenvolvimento de um trabalho educativo com o Homem e não para o Homem, a criação de um grupo de estudo e de ação dentro do espírito de autogoverno, o desenvolvimento de uma mentalidade nova no educador, que deveria passar a sentir-se participante do trabalho de surgimento do país; e, finalmente, a renovação dos métodos e processos educativos com a rejeição daqueles exclusivamente auditivos, substituindo o discurso pela discussão e utilizando as modernas técnicas de educação de grupos com a ajuda de recursos audiovisuais (PAIVA, 1987, p. 210).

Nesse período, há ainda um encontro entre marxistas e cristãos em prol das mobilizações para a educação popular, intentando à superação das concepções preconceituosas sobre o analfabeto como um ser menor e incapaz, juntamente com a luta pelo seu direito ao voto. A influência do educador Paulo Freire é notória nesse processo de articulatório, a qual corrobora para o surgimento de questões como: a serviço de quem educamos? O que ensinamos? E como ensinamos?

Com esses questionamentos, surge a crítica da “educação bancária” (FREIRE, 1987) como ferramenta de transmissão de conhecimento e reprodução das relações de poder instituídas pelo capitalismo. Para Freire (1987), a educação devia manter o propósito de ser uma ação capaz de libertação e emancipação das pessoas, uma prática cultural capaz de ser libertadora e de envolver um trabalho intelectual de reelaboração dos elementos ideológicos

de tradição popular e respeito às competências culturais.

Na primeira metade da década de 1960, últimos anos do governo de Juscelino Kubitschek, começaram a surgir no Brasil movimentos de mobilização para promoção da cultura popular com a intenção de levar a todas as pessoas a cultura produzida pelo povo, como, por exemplo, o Movimento de Cultura Popular do Recife (MCP). Esse movimento pretendia resgatar nas pessoas o potencial de produzir cultura na relação com o outro e com o mundo, na dinâmica de resgate de seu potencial de criação, na liberdade de expressão, preocupando-se com a promoção das massas e o processo de tomada de consciência.

Este “movimento” reuniu professores e artistas. Ele não existia só nas escolas e nem era um trabalho só da educação [...] as pessoas que faziam o MCP queriam que tudo o que é bom, e está nas palavras, nas cantigas, e nas idéias que as pessoas criam, fosse levado para a gente pobre também. (BRANDÃO, 2001, p. 35)

A intenção era a construção de um projeto político que tivesse o propósito de superar a dominação do capital sobre o trabalho e, assim, permitir essa reformulação em relação a esse domínio. Freire (1982), nesse período, inicia sua experiência em alfabetizar adultos na cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, em 1962.

Há mais de 15 anos vínhamos acumulando experiências no campo da educação de adultos, em áreas proletárias e subproletárias, urbanas e rurais. [...] Sempre confiávamos no povo. Sempre rejeitávamos fórmulas doadas. Sempre acreditávamos que tínhamos algo a permutar com ele, nunca exclusivamente a oferecer-lhe. Experimentamos métodos, técnicas, processos de comunicação. Superamos procedimentos. Nunca, porém, abandonamos a convicção que sempre tivemos de que só nas bases populares, e com elas, poderemos realizar algo sério e autêntico para elas. (FREIRE, 1982, p. 102).

Pensando na importância do papel político da educação e temendo que o trabalho de jovens e adultos se transformasse em um processo de invasão cultural, Paulo Freire iniciou um processo de educação que visava à reflexão, ao debate em torno do potencial criador dos educadores, bem como dos educandos: uma “Educação para a liberdade” (FREIRE, 1998). A partir da participação no “círculo de cultura”, as pessoas podiam se redescobrir como produtoras dessa cultura, inseridas nela, em sua relação com a natureza e, assim, ter meios para transformar o mundo com o seu próprio potencial de criação.

Nessa concepção, a educação faz parte desse processo de criação e não é algo distante da vida, podendo então buscar uma vida melhor. Freire (1987) propunha uma formação educativa com o propósito da conscientização e não meramente da transmissão ou memorização de letras, procurando superar a “educação domesticadora” (1987). A educação

popular é pensada, portanto, como o espaço onde o homem possa superar sua situação de homem-objeto para ser o homem sujeito histórico de transformação, superando a dominação do capital sobre o trabalho e criando uma nova forma de organização da sociedade.

Diversos grupos lançam-se ao campo da atuação educativa com objetivos políticos claros e mesmo convergentes, embora cada um deles enfocasse o problema à sua maneira e mesmo lutassem entre si. Pretendiam todos a transformação das estruturas sociais, econômicas e políticas do país, sua recomposição fora dos supostos da ordem vigente; buscavam criar a oportunidade de construção de uma sociedade mais justa e mais humana. Além disso, fortemente influídos pelo nacionalismo, pretendiam o rompimento dos laços de dependência do país com o exterior e a valorização da cultura autenticamente nacional, a cultura do povo. (PAIVA, 1987, p. 230)

O regime militar, entretanto, é instaurado no ano de 1964, articulando e tensionando politicamente interesses econômicos internos e externos, os quais eram comprometidos com os interesses do capital externo e com o respaldo de parte da sociedade, inibindo qualquer tipo de participação popular.

[...] a instauração da ditadura militar em 1964 e seu aprofundamento em 1968, culminado com o Ato Institucional nº 5 (AI-5), leva ao distanciamento total da população do poder, inibindo qualquer tipo de participação popular nele. Os artigos 2º, 3º, 4º e 10º do AI-5 são particularmente muito expressivos em relação ao autoritarismo que se instalou no Brasil e ao fechamento do regime a qualquer possibilidade de participação popular. No artigo 2º lê-se que “O Presidente da República poderá decretar o recesso do Congresso Nacional, das Assembléias Legislativas e das Câmaras Municipais” (*Diário Oficial da União*, 13 de dezembro de 1968, apud SILVA, 1992, p. 298). No 3º, temos que “O Presidente da República ... poderá decretar a intervenção nos Estados e Municípios” (Idem). No artigo 4º, apresenta-se a possibilidade de “suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos ... e cassar mandatos eletivos Federais, Estaduais e Municipais” (Idem, p. 299), e no 10º decreta-se que “Fica suspensa a garantia de *habeas-corpus*”. (PEREIRA, 2006, p. 10)

Para os militares, as ideias e os programas de educação popular poderiam se tornar um processo político incontrolado e, por essa razão, passam a ser ameaçados, sendo rotulados de subversivos. A repressão atinge todos os movimentos comprometidos pelas causas populares, com intervenções em sindicatos e universidades. Após o golpe militar, os movimentos de educação popular perdem a sua força e começam a desaparecer. Com isso, o governo militar cria o Movimento Brasil de Alfabetização (MOBRAL), de 1967 a 1985, propondo a alfabetização de jovens e adultos que abandonaram a escola, com a finalidade de conduzir a pessoa a adquirir a leitura, escrita e cálculo matemático na intenção de formar hábitos e atitudes positivas para o mercado de trabalho.

Com o MOBRAL, verificamos o silenciamento dos movimentos populares, já que ele

fazia restrições claras à concepção político-ideológica de Paulo Freire. Esse movimento incentivava o individualismo, a adaptação à vida moderna, valorizando a responsabilidade pessoal pelo sucesso ou fracasso, tentando afastar qualquer possibilidade de resistência desses grupos. O MOBREAL durou quinze anos e foi extinto pelo Presidente José Sarney, transformando-se no maior fracasso educacional da história do Brasil com poucos diplomados e baixo impacto no analfabetismo brasileiro.

Muitas fissuras políticas, sociais e institucionais começam a surgir, mesmo sob forte esquema de perseguições, torturas e mortes. Assim, os movimentos populares, aproveitando-se dessa fissura, começam a recompor suas forças, a fazerem-se presente em formas de guerrilha armada, de organizações clandestinas e uma série de iniciativas políticas, sociais, culturais e até mesmo religiosas. Articulam-se também os setores populares, refugiando-se em organizações não governamentais (ONGs), ou, até mesmo, em trabalhos desenvolvidos com entidades religiosas, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

Matrizes vão dar origem ao movimento social na década de 70, a Igreja Católica, os remanescentes das organizações de esquerda e o novo sindicalismo. [...] a prática social da militância das pastorais e comunidades e a “educação popular” por ela desenvolvida era o paradigma do período, influenciando e acolhendo os militantes dispersos que só aí encontravam possibilidades de contato e trabalho político com setores populares. (PEREIRA, 2006, p. 31)

A década de 1980 é marcada como a “década perdida”, devido às perdas econômicas em boa parte dos países da América Latina, embora tenha sido de enorme crescimento para as organizações populares e suas experiências de participação política na sociedade.

[...] sob o ponto de vista da organização do campo educacional, a década de 80 é uma das mais fecundas de nossa história, pois a mobilização desses anos orientou-se pela bandeira de transformar a Educação e a escola em instrumentos de reapropriação do saber por parte dos trabalhadores; saber este que viria, mais tarde, a contribuir para uma maior participação na sociedade. (SAVIANI, 1995, p. 52)

Com a crise da econômica, as forças populares intensificam-se, iniciando, em 1978, a greve da Scania (empresa e fábrica) e perdurando, até o impeachment do presidente Fernando Collor de Mello, em 1992. Esse período é marcado pela implantação de um governo neoliberal levado adiante através de seu representante Fernando Henrique Cardoso. Nesse momento, o país começa também a desenvolver, de maneira clara e mais forte, os movimentos de organização e participação popular, sendo que, em 1980, nasce o Partido dos trabalhadores (PT); em 1983, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Movimento dos Sem Terra (MST) em 1985. Com o avanço dos movimentos populares no campo da política,

vários movimentos e organizações de luta social surgem e consolidam-se, reivindicando melhores condições de disputa de poder na sociedade, na tentativa de enfrentamento dos interesses frente à classe dominante e à elite política e econômica do país.

Na educação, “[...] a década de 80 se inicia com a construção de entidades destinadas a congregar educadores e de associações de caráter sindical que vão se aglutinando em âmbito nacional” (SAVIANI, 1995, p. 52). Nesse momento histórico, a organização dos educadores preocupa-se com o caráter político e social da educação.

Dois grandes movimentos marcam a década de 1980 em meio ao processo de democratização, época em que há novas manifestações que enchem praças e ruas. Em 1984, a luta pelas eleições diretas atrai milhares de pessoas para o maior movimento de massa popular no Brasil, e o forte impacto resultou, em 1988, na nova Constituição Federal, conhecida como “Constituição Cidadã” por ter como marco forte a conquista do movimento da classe trabalhadora brasileira. Em seu bojo de conquistas, encontramos o direito ao voto do analfabeto, a obrigatoriedade do ensino fundamental, independentemente da idade, e a garantia da saúde dentro da pasta da Seguridade Social, tornando saúde e educação direitos universais do cidadão brasileiro.

A definição da noção de cidadania, empreendida pelos movimentos sociais e por outros setores sociais na década de 80, aponta na direção de uma sociedade mais igualitária em todos os seus níveis, baseada no reconhecimento dos seus membros como *sujeitos portadores de direitos*, inclusive aquele de participar efetivamente da gestão da sociedade. (DAGNINO, 2002, p. 10)

Em 1989, o Brasil experimenta, como um dos marcos da conquista da mobilização popular (Diretas Já), a eleição do primeiro presidente eleito pelo voto direto após passar por um longo período de ditadura militar.

Esta eleição ‘marca uma disputa muito acirrada pela hegemonia da sociedade, materializando-se pela oposição entre dois projetos políticos claros e distintos: o Projeto Neoliberal e o Projeto Democrático Popular. O Projeto Neoliberal, proposta das elites dominantes, traz como objetivo principal a chamada política de modernização da economia, construída sobre os pilares da privatização e desregulamentação. O Projeto Democrático Popular, proposta dos setores organizados do povo brasileiro, traz fundamentalmente o fim da submissão aos interesses externos (FMI), a justa distribuição das riquezas produzidas, a garantia da igualdade de oportunidades e a elaboração de políticas sociais capazes de responder às demandas das camadas populares, gerando melhorias concretas em suas condições de vida (MEB, 1993, p. 17).

O neoliberalismo instala-se no Brasil nos anos de 1990 pelo governo de Fernando Collor de Melo, dando origem a uma política de privatizações, aumento do desemprego,

terceirizações de serviços essenciais, como sucateamento dos serviços públicos nas áreas sociais, moradia, saúde e educação, gerando um quadro fortemente marcado pela expansão da exclusão social.

“[...] uma crise moral e ética, alimentada pela corrupção, pelos desvios de recursos que não excluem nem mesmo a Presidência da República. [...] O impedimento a Collor foi um grande protesto ético da sociedade brasileira contra a corrupção, a impunidade e o aproveitamento de recursos públicos para enriquecimento particular” (MEB, 1993, p. 21).

Muitos grupos populares unem-se (representantes de partidos, organizações, sindicatos e outros) e voltam às ruas abraçando uma luta pela dignidade, mobilizando-se para o movimento de democratização do país, dando um grande exemplo de cidadania através do impeachment de Collor. Nesse momento, assume Itamar Franco, dando sequência ao processo de avanço das políticas neoliberais.

Em 1994, vence as eleições Fernando Henrique Cardoso, um governo totalmente articulado com a ideologia e a política neoliberal, portanto, uma sólida ponte para o capital internacional. Nesse período, conhecemos a fase mais perversa do capitalismo e a progressiva segregação e exclusão social.

Com a implementação e o avanço das políticas neoliberais, presenciamos o enfraquecimento dos movimentos sociais sem o enfrentamento direto e armado. Esses movimentos acabam por enfraquecer também a educação popular. Muitos educadores populares passam a questionar a viabilidade de transformar a sociedade, sendo que muitos são “capturados” pela lógica do mercado, já que essa “onda neoliberal” tem como característica a ideia de que a história já terminou e acaba com a esperança de que um outro mundo é possível.

A ideologia fatalista, imobilizante, que anima o discurso neoliberal, anda solta no mundo. Com ares de pós-modernidade, insiste em convencer-nos de que nada podemos contra a realidade social, que de histórica e cultural, passa a ser ou virar “quase natural”. Frases como “a realidade é assim mesmo, o que podemos fazer?” ou “o desemprego no mundo é uma fatalidade do fim do século” expressam bem o fatalismo desta ideologia e sua indiscutível vontade imobilizadora (FREIRE, 2003, p. 21-22).

Entretanto, conforme Freire (2003), cair na desesperança, no sentimento de impotência, é o mesmo que se entregar ao fatalismo, e nele “não é possível juntar forças indispensáveis para o embate recriador do mundo” (FREIRE, 2003, p. 10). O autor ainda acrescenta que esse sentimento de impotência é reflexo da forma como as forças de poder atuam em nossas subjetividades.

Esse modelo de racionalidade, que atua sobre nós de maneira hegemônica, produzindo um sentimento de impotência, é o que denomina-se como “modelo de racionalidade ocidental”, chamado por Santos (1996) de “razão indolente”. Esta razão tem como propósito contrair o presente e expadir o futuro. A contração do presente é ocasionada por uma peculiar concepção de totalidade, que transforma o presente em um instante fugidio, “entrincheirado” entre o passado e o futuro. Dessa forma, ao contrair o presente, essa razão procura transformar as experiências sociais do mundo como inexistentes, insignificantes, localizadas, produzindo nas subjetividades o sentimento de não existência, dando a sensação de um futuro já definido com reforço de uma imagem de que nada está acontecendo ou vai acontecer. Com isso, nascem um sentimento de descrença e a falta de interesse, apatia, reforçando uma sensação fatalista de que isso é um processo natural da história e que não podemos intervir.

A verdade é que a repetição do presente é a repetição da fome e da miséria para uma parte cada vez mais importante da população mundial, é a repetição de novos fascismos transnacionais, públicos e privados, que, sob a capa de uma democracia sem condições democráticas, estão a criar um *apartheid* global; é, finalmente, a repetição do agravamento dos desequilíbrios ecológicos, da destruição maciça da biodiversidade, da degradação de recursos que até agora garantiram a qualidade de vida na Terra (SANTOS, 1996, p. 16).

Uma das questões mais importantes que passa a ocupar o debate social, nesse momento, correspondem aos modos possíveis de analisar os rumos em direção ao processo de globalização, tendo em vista que, nesse período da história, começam a ser definidas as diretrizes das políticas de saúde e educacionais no país. Concomitantemente, os movimentos contra-hegemônicos, representados pelos movimentos sociais, ONGs progressistas, com forte articulação nos Fóruns Sociais Mundiais, apontam para duas formas distintas de enxergar a realidade: uma forma vê o processo de globalização como inexorável; a outra aponta um caminho de caráter anticapitalista, sendo a educação popular a esperança para a construção de um outro mundo possível.

É nesse contexto histórico que os desafios dos movimentos sociais e da educação popular, com caráter emancipatório, tornam-se triviais para o desenvolvimento de um trabalho que olhe para o combate ao sofrimento humano. A educação popular torna-se um projeto de memória, denúncia e anúncio com a missão de recuperar a capacidade de espanto e de indignação, orientando a formação de subjetividades inconformistas e rebeldes. Entretanto, podemos reafirmar, a partir de Freire (1982), que essa concepção de educação e metodologia ainda tem muito a contribuir para a resistência das classes populares, no jogo de disputas de forças, às vezes invisíveis, que sustentam o capitalismo neoliberal.

Mesmo diante das diversas formas e ações na tentativa de desmobilizar e desmontar os movimentos sociais, a educação popular sobreviveu, estando presente nas suas mais diversas formas de resistência. Apesar de tudo, ela permaneceu atuante, permitindo aos educadores levar o aprendizado e a militância política aos movimentos sociais e sindicais, principalmente, a partir dos anos de 1980. Foi através dos governos democráticos e populares, em 1989, que Paulo Freire assume a Secretaria Municipal de Educação em São Paulo, comprometendo-se a construir uma educação popular, tendo como característica a Educação como Prática de Liberdade.

Freire buscou desconstruir a ideia de poder centralizado e hierarquizado, descentralizando a administração da SME. Também, através da reinvenção das relações de poder, propôs trabalhos coletivos e envolvimento com toda a comunidade escolar. Todo um trabalho humano se fez necessário para que a “cara” da escola pudesse se transformar (PEREIRA, 2006, p. 58).

A educação popular, portanto, é um campo de resistência, de denúncia, inesgotável pela história, visto que:

Nenhuma realidade é porque tem que ser. A realidade pode e deve ser mutável, deve ser transformável. Mas, para justificar os interesses que obstaculizam a mudança, é preciso dizer que “é assim mesmo”. O discurso da impossibilidade é, portanto, um discurso ideológico e reacionário. Para confrontar o discurso ideológico da impossibilidade de mudar, tem-se de fazer um discurso também ideológico de que tudo pode mudar. Eu não aceito, eu recuso completamente essa afirmação, profundamente pessimista, de que não é possível mudar (FREIRE, 2001, p. 169).

Falar de educação popular, a nosso ver, é falar de sonhos e, ao mesmo tempo, de sofrimento humano. É apontar para uma perspectiva, cujo ponto de partida é a realidade social. É reacender a chamada esperança e acreditar que um mundo novo é possível por novas formas de participação social, rumo a uma sociedade mais justa e mais humana. A educação popular, desde o seu nascimento, não concebe o educando como um recipiente vazio, mas como um ser pensante, curioso e criativo (FREIRE, 1997).

A educação popular tem como pressuposto construir uma relação de diálogo entre educador e educando, os quais são capazes de compartilhar narrativas e recuperar a memória. Através do diálogo, constrói-se uma relação de vínculos verdadeiros entre os pares. O educador problematiza a situação em questão, estimulando o educando a observar pontos não percebidos, os diversos olhares sobre o tema, comparando situações semelhantes ou divergentes. O educador não é somente um transmissor de conhecimento e o educando não é apenas receptor. O que deve existir entre eles é uma troca de saberes, valorizando os saberes presentes na comunidade, sendo reconhecidos e validados. Nisso, as experiências locais vão

se fortalecendo e “um outro possível” vai se configurando na medida em que novos espaços de experimentação vão dando o arcabouço para a criação de projetos voltados para a formação de uma sociedade justa e igualitária, com ênfase na solidariedade.

Os espaços de participação e educação popular permitem cultivar esperança, e ter esperança implica uma permanente busca impaciente paciente.

Sem um mínimo de esperança, não podemos sequer começar o embate, mas, sem o embate, a esperança, como necessidade ontológica, se desarvora, se “desendereça”, e se torna desesperança que, às vezes, se alonga em trágico desespero. Daí a necessidade de uma certa educação da esperança. [...] Enquanto necessidade ontológica, a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica. É por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã (FREIRE, 1992, p. 11).

No momento em que vivemos sob o avanço das políticas neoliberais, com a perda de direitos (reforma da Previdência, Reforma Trabalhista, reforma Ministerial com extinção do Ministério do trabalho, reforma sindical, liberdade econômica, novas regras para o saque do FGTS, revisão dos benefícios previdenciários) e a crescente globalização, assistimos ao aumento da exclusão social e à desvalorização das experiências locais, das subjetividades e da própria vida. Pautar o ensino sob a perspectiva da educação popular torna-se, portanto, uma potente ferramenta de luta contra o desperdício dessas experiências populares. Ao reconhecermos os valores presentes nos diversos saberes e nas experiências de educação popular, estamos percorrendo um caminho de resistência à lógica do mercado, estamos reafirmando que a história não chegou ao final e que

[...] o futuro não é, por exemplo, a pura repetição de um presente de insatisfações. O futuro é algo que vai ‘se dando’, significa que o futuro existe na medida em que eu ou nós mudamos o presente. E é mudando o presente que a gente fabrica o futuro; por isso, então a história é possibilidade e não determinação (FREIRE, 2003, p. 90).

A educação popular permite, desse modo, vivermos novas experiências no sentido de reinventarmos o mundo a partir de relações humanas mais verdadeiras, estimulando a produção do conhecimento para uma vida melhor. Quando pautamos o conhecimento com base na emancipação humana, ele nos ajuda a romper com a lógica capitalista. Colocar a vida para fazer sentido não é fazer discursos disciplinantes, mas reinventar um mundo para que a sociedade possa ser mais justa e mais humana.

1.4 A educação popular e os direitos humanos

Quando nos referimos à educação popular, entendemos esta enquanto concebida ao longo da história, por meio do processo da ação-reflexão-ação, como *práxis*. Com isso, compreendemos que não foi a teoria que criou a prática, tampouco a prática que criou a teoria. Ambas foram determinantes em conjunto para a efetivação a partir de uma “vivência educativa”, de uma chamada “*práxis* pedagógica”.

Essa *práxis* foi originada e constituída pelo povo, com o povo e para o povo, sendo ela o arcabouço original do nascimento dos movimentos sociais populares e, por consequência, da ocupação dos espaços institucionais. Nesse sentido, a educação popular não se afasta do contexto geral de educação e, muito menos, do objetivo de atender às populações “menos favorecidas”, empobrecidas, bem como da chamada “educação não formal”. Ela, portanto, tem a missão de ser para todos. Tal concepção é a que consta no Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova, como afirma Ercília de Paula.

A educação popular nasceu no Brasil desde a década de 20 com o Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova no qual os intelectuais brasileiros pregavam uma educação popular para todos. Todavia, somente na década de 60, devido ao processo de industrialização e urbanização, é que o Brasil começou a se preocupar com os altos índices de analfabetismo de jovens e adultos das classes populares em função da necessidade de mão de obra qualificada para o trabalho. Os movimentos migratórios das pessoas em busca de melhores condições de vida eram constantes e este aspecto fez com que o Estado repensasse as políticas educacionais para as classes populares (PAULA, 2009, p. 6136).

Estamos, desse modo, falando de uma educação popular emancipatória e libertária, a qual originou-se das aspirações dos movimentos anarco-sindicaes, de 1920 e, também, nos anos de 1980, da forte participação de sindicatos, de associações de moradores em bairros e dos mais variados conselhos, os quais, sobretudo, eram ligados às áreas sociais que se articulavam na defesa de uma abertura política diferente daquela vivida em 1964 durante o regime militar.

É importante esclarecermos que há diferença entre a concepção de “educação não formal” e a “educação popular” conforme ocorreu na América Latina. Elas não são vistas contidas uma na outra, conforme consta no capítulo que retrata a “educação não formal” no Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH) (BRASIL, 2006), sendo esse o único capítulo, portanto, que menciona a expressão “educação popular”.

Acreditamos que, para a efetivação da educação popular como política pública, é necessário compreendê-la como uma área pertencente aos direitos humanos, os quais servem de substrato para a elaboração delas, assim como de outras.

Os direitos humanos, contudo, representam uma área muito abrangente, complexa e interconexa e, por isso, o cumprimento deles precisa ser constantemente vigiado para que não venham a ser violados. Essa, por exemplo, tem sido a função dos chamados “advocacy groups”.

Os “advocacy groups” são grupos que se articulam para um exercício de cidadania, envolvem realizações de iniciativas que visam à defesa de uma causa ou de uma proposta de interesse público, por meio de diversas ferramentas (mobilizações, passeatas, documentários, abaixo-assinados, reuniões). O objetivo principal é o de intervir em políticas públicas e estratégias governamentais influenciando, inclusive, na elaboração de projetos de lei, e, de forma mais direta, nas tomadas de decisão com forte mobilização social, conseguindo apoio da opinião pública para pressão contra os tomadores de decisão a favor da causa decidida.

As políticas públicas, sejam elas de educação, de saúde ou sociais, são intersetoriais e transversais. Nesse caso, os direitos humanos interconectam-se às áreas e agita a todos, dada a sua indivisibilidade. Ademais, a própria Constituição Federal de 1988 determina que parte da seguridade social seja integrada. Isso significa que, no Brasil, deve haver cooperação, parceria, ação conjunta, interação, participação, gestão compartilhada, trabalho integrado, numa lógica de colaboração e cooperação entre os entes federativos, quando planejadas, implementadas e avaliadas tais políticas.

Apesar de tais ideais articulatórios entre as políticas públicas e os direitos humanos serem os almejados, na história, isso não ocorreu de forma tranquila, como podemos constatar quando retomamos os movimentos sociais no Brasil desde sua origem; como as organizações dos indígenas e as dos negros escravizados. Os negros, por exemplo, organizaram-se contra os senhores de engenho, o que fez surgir os quilombos, a capoeira, a Revolta dos Malês, a Revolta da Chibata, a Balaiada, os abolicionistas etc.

Se observarmos ainda a história brasileira mais recente, entre os anos de 1961 e de 1964, diversos movimentos ligados à organização dos trabalhadores rurais surgiram, com destaque importante para as Ligas dos Camponeses do Nordeste, para o Movimento dos Agricultores Sem Terra (MASTER) e, também, para o já mencionado MEB, entre tantos outros. Já na década de 1970, houve a organização das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), lideradas por Dom Paulo Evaristo Arns, as quais contribuíram para a organização de entidades e movimentos, cujas reivindicações estavam pautadas em temas como saúde,

emprego, moradia, educação, entre outros. Dentre esses movimentos, ainda merecem destaque a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

A partir da década de 1980, diversos movimentos de trabalhadores emergiram para a denúncia das injustiças causadas pelas desigualdades. Tem destaque o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto (MTST), a União dos Movimentos de Moradia (UMM), a Associação Nacional dos Movimentos por Moradia (ANMM), a Confederação Nacional de Associações de Moradores (CONAM), o Movimento dos Trabalhadores Desempregados (MTD), entre outros. Podemos, igualmente, acrescentar a essa lista o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), organização que teve os jovens como protagonistas, atuando na defesa dos direitos das crianças e adolescentes das classes populares.

Na década de 1990, constata-se o esvaziamento dos movimentos tradicionais, surgindo outros movimentos ligados a grupos como os da juventude, mulheres, LGBTQI+ e da cultura. O hip hop ganha força nos movimentos que têm o grafite com expressão de desenhos artísticos, geralmente com tinta látex e spray e com forte conotação para a crítica social, além do break (como dança) e do rap (na música). Mais recentemente, a partir de 2005, temos o Movimento de Passe Livre (MPL) que tinha como característica ser um movimento social de caráter autônomo, apartidário, independente e horizontal, cujo lema era a luta pelo transporte público de qualidade e gratuito para o conjunto da população e para fora da iniciativa privada, conforme sua denominação.

Partindo de uma perspectiva que extrapolava a intervenção direcionada unicamente aos direitos denominados civis e políticos, surge o Movimento Nacional de Defesa dos Direitos Humanos (MNDH). Vários grupos e entidades que lutaram pelos direitos humanos surgiram nesse tempo. Com perfil semelhante de reivindicação, no período da Ditadura Militar de 1964, as comissões de justiça e paz, a Organização dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e órgãos internacionais fizeram a defesa dos presos, torturados e exilados políticos. Nos anos 1970, tivemos o movimento pela Anistia contra a Lei de Segurança Nacional. Nesse período, surgiram várias lutas pelos direitos à moradia, à saúde, à educação, aos salários, ao transporte etc. Esse contexto contribuiu para a organização dos Centros de Defesa de Direitos Humanos (CDDHs).

Diante desse breve levantamento dos movimentos sociais de diferentes ordens, consideramos como fundamentais a continuidade e a contribuição dos processos de organização social para a formulação de políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988, os documentos normativos, as leis, os planos, entre outros, não existem por si só. Foram necessários anos de luta e de organização dos movimentos sociais para fazer prevalecer os direitos em lei. Mas essa luta ainda não teve fim, mesmo considerando que muito se avançou historicamente no que diz respeito às conquistas sociais para garantir o acesso universal aos direitos humanos, os quais, hoje, tornam-se ameaçados diante dos ataques à seguridade social.

Defender e promover direitos é também, a nosso ver, formar pessoas para que reconheçam os outros e a si próprios, como sujeitos de direitos. Por justificativa semelhante, uma nova dimensão dos direitos humanos foi pensada respaldando-se na proposta de educação popular: a Educação em Direitos Humanos (doravante EDH) propriamente dita. A EDH tem como propósito fortalecer as estratégias dos movimentos sociais e a dimensão da práxis transformadora, de modo horizontal, coletivo e popular.

A EDH tem como proposta uma educação horizontal, dialógica, humanizadora que respeita os saberes dos educandos e tem como premissa a ética, a transformação social e a solidariedade, ela é, portanto, o eixo estruturante dos movimentos sociais. Nessa perspectiva, ao mesmo tempo em que se luta, educa-se, forma-se um novo sujeito, sujeito de direitos, ético, que se posiciona sobre todas as formas de opressão e violação, e defende a efetivação dos direitos humanos fundamentais num processo participativo, de construção coletiva e popular.

Embora esse seja um cenário ideal para uma educação comprometida com seu tempo, bem como para a vivência e cumprimento dos direitos humanos, sem contar com as importantes conquistas dos últimos anos, quando nos referimos às políticas públicas, constata-se, em nosso país, a existência de múltiplas manifestações de preconceito e discriminação de diversas ordens.

Na mídia comercial, nas redes sociais, nas escolas, nas ruas, nas praças públicas etc, nós nos deparamos com inúmeras notícias de discriminação de gênero, de raça, de origem regional ou nacional, de orientação afetivo-sexual, de deficiências, de religião, dentre outras. Essa realidade remete-nos à necessidade urgente de praticarmos a EDH voltada para todas essas questões, indistintamente. Um importante desafio é, por exemplo, pensarmos em como tratar a questão da diversidade e da heterogeneidade nesse processo educativo.

Segundo Eduardo Bittar (2007), a EDH implica, dentre outros fatores, “desenvolver o indivíduo de forma integral, como forma de humanização e de sensibilização; capacitar para o diálogo e a interação social construtiva, plural e democrática” (BITTAR, 2007, p. 331). Nesse sentido, para que não tenhamos a irracionalidade e a barbárie instauradas, para que a

participação social seja efetivamente crítica e criativa, marcada pelo exercício de uma “cidadania ativa”, urge refletirmos acerca de como educar para os direitos humanos, principalmente, na formação universitária, numa época de extremo individualismo e de intolerância não apenas com os diferentes, mas também com os que pensam de forma diferente.

Tal repensar, a nosso ver, poderia ser orientado pela abordagem da educação popular em direitos humanos, baseando-se nos referenciais teórico-metodológicos freireanos, os quais têm uma proposta de fomentar uma pedagogia que se fundamenta na educação como prática humanizadora, como processo de diálogo, como caminho para a busca partilhada nas decisões da vida pública, objetivando a construção de realidades justas e sustentáveis. A educação libertadora proposta pelo pedagogo só se sustenta, entretanto, com o reconhecimento dos direitos humanos e sua efetividade no cotidiano da vida social.

Há, contudo, diferentes formas de concepção de direitos humanos: umas priorizam os direitos individuais; outras, os direitos sociais. O desafio, dessa forma, é integrar essas concepções e articulá-las com vistas à superação das desigualdades e injustiças, na luta por igualdade e dignidade. Situando-nos historicamente, segundo Candau (2007), de um lado, temos os direitos humanos numa perspectiva neoliberal; do outro, numa perspectiva dialética, os contra-hegemônicos.

Segundo a autora, o receituário neoliberal pensa os direitos humanos como uma estratégia para o melhoramento do *status quo*, sem o questionar. A defesa dos direitos individuais, civis e políticos, além das questões de caráter ético inerentes à vida em sociedade, dá-se no limite do modelo vigente, almejando apenas a uma melhor acomodação das contradições inerentes ao sistema capitalista. Já na perspectiva dialética e contra-hegemônica, a luta em defesa dos direitos humanos está vinculada a um projeto alternativo de sociedade, e baseia-se na compreensão de que o acesso aos direitos civis e políticos pressupõe o pleno gozo dos direitos sociais e econômicos por parte da população.

A abordagem dos direitos humanos sob a perspectiva de um projeto político alternativo de sociedade decorre do fato de que “todos aqueles que têm uma atuação ou militância em torno dos direitos humanos o fazem já com certa identificação ideológica precedente com um determinado projeto de sociedade, seja ele liberal, social-democrata ou socialista” (PINTO, 2014, p. 316-317). Portanto, “assumir os direitos humanos enquanto projeto político de sociedade significa ressaltar seu potencial para a transformação e emancipação política” (PINTO, 2014, p. 322).

Do nosso ponto de vista, há uma relação direta, imediata, entre participação como criação de direitos e democracia. Estamos acostumados a aceitar a definição liberal de democracia como o regime da ordem, da lei, para garantir as liberdades individuais. A concepção liberal de política é incompatível com a de participação, porque reduz a democracia a uma forma de governo, restringindo-a à ação dos especialistas competentes. De fato, tal concepção está muito longe do que vem a ser a democracia.

Precisamos, portanto, de uma formação em direitos humanos, porque queremos qualificar nossa participação na construção de uma sociedade radicalmente democrática, que é aquela que respeita os direitos humanos e promove a criação de mais direitos. A participação legitima a democracia. Por isso, a democracia representativa deve ser complementada pela democracia participativa.

CAPÍTULO 2 - A EDUCAÇÃO E A SAÚDE PARA A/NA FORMAÇÃO HUMANA: O QUE NOS ENSINA PAULO FREIRE?

Neste capítulo, discorreremos sobre a história da educação popular no contexto brasileiro, na perspectiva da educação libertadora de Paulo Freire e da educação de jovens e adultos. Vários processos de educação ocorreram no Brasil com grande influência do educador Paulo Freire desde a década de 1940, em específico, na educação de jovens e adultos. Um dos marcos desse processo é a experiência de alfabetização em 45 dias na cidade de Angicos, no estado do Rio Grande do Norte, em 1962, juntamente com a teoria da transividade da sociedade. Com essa experiência, Paulo Freire nos ensinou que somente a partir de uma transividade crítica podemos chegar a uma educação dialogal com responsabilidade social e política, evitando deformações no processo de formação. Todavia, em 1964, os militares assumem o poder no Brasil e, a partir disso, a educação popular torna-se um campo de luta e resistência de homens e mulheres.

Na primeira parte deste capítulo, traremos a história da criação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS) como garantia de direito inserida na Constituição Federal de 1988, decorrente de um longo processo de exclusão social marcado pelo modelo de assistência médico-previdenciária. Essa conquista não veio como algo dado pelos políticos eleitos para elaborar a Constituição de 1988. Ela advém de uma sociedade civil, dos movimentos sociais que combateram a ditadura, que defenderam o direito humano à saúde vinculado à noção de cidadania, que propunha um sistema público de saúde sob responsabilidade do Estado.

Já na segunda parte, discorreremos sobre a Atenção Básica como processo de organização desse sistema de saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família (doravante ESF) como a estratégia prioritária nesse processo de organização. A ESF possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários (vínculo), independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde (longitudinalidade). O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. As ações e os serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização.

Na terceira parte, discorreremos sobre a história da educação popular e sobre suas contribuições conforme Freire (1987). Estabelecendo relações entre tal perspectiva educacional e a educação na área da saúde, discutiremos a necessidade da constituição de um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua

autonomia e a sua emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Na quarta parte deste capítulo, abordaremos a história da educação popular na área da saúde, cuja intenção é a de superar uma prática de transmissão de conhecimento, partindo do modelo da educação de jovens e adultos. Nessa percepção, os educandos não devem ser meramente recipientes dóceis de depósito de informações, mas investigadores críticos, estando sempre em diálogo com o educador. Neste momento, inspirados em tais pressupostos, buscaremos discutir a missão que a educação em saúde precisa assumir para despertar a criticidade das pessoas e a capacidade delas em perceber os sujeitos como protagonistas de seu processo histórico, de modo que possam ser capazes de reagir frente às desigualdades encontradas e de assumir uma postura de luta frente àquilo que é mais coerente para sua vida, tornando-se, assim, atores políticos e sociais comprometidos com as práticas libertadoras e transformadoras.

Por último, na quinta parte deste capítulo, trataremos as contribuições da Educação Permanente em Saúde (doravante EPS) como estratégia praticada na formação de profissionais de saúde para o SUS. A educação permanente, por intermédio de seu ensino problematizador, coloca-se contrária ao ensino mecânico, em outras palavras, aquele que considera a pertinência inerente dos conhecimentos, sem a necessária conexão com o cotidiano (*práxis*), propondo-se, assim, ao estabelecimento de ligações fortes e desafiantes para a união entre educação e trabalho em saúde.

2.1 A conquista do direito à saúde e o Sistema de Saúde Brasileiro (SUS)

Aqui faremos um breve relato do modelo de proteção social que se construiu no Brasil ao longo do século XX, do final da ditadura militar à promulgação da Carta Constitucional de 1988, momento que nós nos deparamos com um cenário de milhões de excluídos da atenção à saúde no Brasil. Com o surgimento do SUS, tenta-se mudar esse cenário e pensar a saúde como um direito de todos, garantido mediante políticas econômicas, sociais e de saúde.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Seus princípios baseiam-se em uma ideia-chave: saúde é um direito de todo cidadão. Foi concebido segundo a concepção de seguridade social, isto é, soma de serviços de saúde, previdência e assistência social, estando amparado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que garante acesso universal, gratuito e igualitário aos serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos indivíduos.

Como já visto, o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado (CARVALHO, 2013, p. 9).

Como sistema, o SUS é composto por profissionais de saúde e organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos. Hospitais públicos, unidades de pronto atendimento, postos de saúde, campanhas massivas de vacinação e produção de medicamentos e vacinas, controle sanitário, informação e comunicação visando à proteção da saúde e à prevenção de doenças e epidemias são pertencentes ao SUS.

Vários são os exemplos de experiências vividas no SUS, como os bancos de leite humano em todo o Brasil, os quais organizam a recepção e doação de leite para bebês prematuros a mães que não podem amamentar. A vigilância sanitária, que controla a qualidade dos alimentos comercializados e consumidos também pertencem ao SUS; ambulâncias do SAMU, que socorrem qualquer cidadão em emergências, seja ele brasileiro ou não, são SUS; doação e transplante de órgãos e medicamentos contra o HIV são serviços exclusivos do SUS. A lista é extensa e não para aí. Por toda a estrutura de redes e ações realizadas pelo sistema, podemos afirmar que todo cidadão brasileiro é usuário do SUS.

Em cada país, a proteção social varia segundo decisões e escolhas das sociedades. São condicionadas por fatores políticos, econômicos, culturais e ideológicos. Nos países onde adotam o modelo da seguridade, como Brasil, Inglaterra, Cuba e Suécia, entre outros, os serviços de saúde são gratuitos e é um direito de todo cidadão. Alemanha, França, Suíça baseiam a proteção no seguro social, ou seja, os serviços são garantidos para quem contribui com a previdência social. Já os Estados Unidos adotam o modelo liberal: há alguns atendimentos gratuitos para quem comprovar condição de pobreza. Os demais cidadãos recebem plano de saúde pelo empregador ou pagam pelo serviço do próprio bolso.

Os pilares centrais das políticas relativas ao chamado “Estado de Bem-Estar Social” são, em primeiro lugar, o compromisso formal do aparelho estatal em prover assistência e suporte para os indivíduos que possuem necessidades e riscos sociais típicos de uma sociedade de mercado, ou seja, uma noção de responsabilidade coletiva acerca das questões sociais e a noção da legitimidade das demandas coletivas feitas pelas associações de trabalhadores (OFFE, 1984, p. 67).

Tema amplamente analisado em inúmeras produções acadêmicas sobre políticas de saúde no Brasil, a história do SUS tem significado especial para a própria história do Brasil do século XX.

Segundo Jairnilson Paim (2009), a partir da Primeira República (1889-1930), os problemas de saúde da população que se urbanizava eram responsabilidade dos próprios indivíduos e da iniciativa privada. Para o autor, esse não-sistema, consolidado ao longo do século XX até a criação do SUS, teve como marca principal a separação entre ações de saúde pública – profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias – e de assistência médico-hospitalar.

Houve as campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Belisário Penna, entre outros. A grosso modo, a política estatal até os anos de 1930 foi conduzida da seguinte maneira: de um lado, ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade; do outro, o indivíduo. Tal contexto provocava uma situação perversa: os abastados eram atendidos por médicos particulares; os que não podiam pagar e os indigentes dependiam da caridade alheia ou eram assistidos pelas Santas Casas de filantropia e misericórdia.

Esse agrupamento se constrói em expressivo período da história da saúde no Brasil, entre finais séculos XIX e início do XX, justamente no momento em que um enorme conjunto de mudanças fomentou a construção de modelos sanitários para grandes cidades, como foi o caso de Rio de Janeiro e São Paulo, entre outras capitais do país e também da América Latina (SANTOS, 1993, p. 362).

Com o avanço da industrialização e com a promulgação da Lei Eloy Chaves de 1923, a qual instituiu as caixas de aposentadorias e pensões (doravante CAPs), começam a proliferar as “caixas” por categorias de trabalhadores vinculadas a grandes empresas públicas e privadas. Estas forneciam serviços de assistência médica e seguridade social aos funcionários e a seus dependentes, em troca de contribuições mensais.

A partir de 1930, as CAPs foram substituídas por Institutos de Aposentadorias e Pensões (doravante IAPs), seguindo o modelo do seguro social. A concepção de seguro social vigente nesse período (no governo do presidente Getúlio Vargas), portanto, incluía aposentadoria, pensão e alguns outros serviços. Somente com a Constituição Federal de 1946, pós-Vargas, foi fortalecida a relação entre previdência e acesso ao serviço de saúde.

As CAPs expandiram-se para outras categorias funcionais assalariadas, chegando a serem instaladas cerca de 180 caixas de aposentadorias no Brasil. A ordem de criação deste tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Assim, o fato de os trabalhadores de ferrovia terem inaugurado o sistema deve-se menos à importância, para a economia nacional das atividades que desenvolviam,

baseadas na exportação de produtos primários, do que à sua capacidade de mobilização para reivindicações de natureza trabalhista (BATICH, 2004, p. 34).

Em 1966, ocorreu uma mudança significativa no cenário da saúde pública no país: os IAPs são unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (doravante INPS), os quais ficaram incumbidos de conceder as aposentadorias, pensões, assistência médica, hospitalar e farmacêutica aos trabalhadores formais. Além da uniformização dos serviços, o INPS excluiu o modelo de gestão tripartite (União, empregadores, empregados) das CASPs, reduzindo a participação social, e priorizou a contratação de serviços privados para o atendimento a seus beneficiários através de Unidades de Serviços (doravante US).

Posteriormente, em 1977, as funções do INPS foram transferidas para duas novas instituições. A assistência médica, aos segurados que contribuíam para a previdência, foi atribuída ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (doravante INAMPS). A gestão financeira ficou a cargo do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (doravante Iapas). Ao INPS coube apenas a concessão de benefícios. O INAMPS foi extinto em 1993.

Em 1960, depois de 14 anos de discussão, o Congresso Nacional promulgou a Lei Orgânica da Previdência Social - Lops, instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado, por meio da unificação da legislação que regia os IAPs e da eliminação das disparidades quanto ao valor e tipos de benefícios existentes entre eles. Isto ocorreu, saliente-se, mesmo a despeito da resistência de certas categorias profissionais, que sofreram diminuição na quantidade e no valor dos benefícios previdenciários.

Em 1966, consolidou-se a unificação do sistema previdenciário, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, agregando todos os IAPs e deixando definitivamente de existir diferenças entre os segurados do setor privado da economia quanto à instituição previdenciária que os assistia. Lembra-se que, naquele ano, o país era dominado por uma ditadura militar, iniciada em 1964, quando foram suprimidos os direitos políticos e civis dos cidadãos, perdurando até 1985 (BATICH, 2004, p. 35).

No modelo de atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária, os serviços de saúde eram custeados pelo Estado com as “sobras” dos gastos com a previdência do ano anterior. A prioridade, de fato, era injetar as contribuições previdenciárias dos trabalhadores na economia. Essa foi a prática nas ditaduras (Vargas e militares) e também em governos democráticos.

Com recursos oriundos dos institutos IAPs, foram construídas a Companhia Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas e, na ditadura militar, a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu. Nos momentos de democracia, os recursos da

previdência foram utilizados na construção de Brasília (durante o governo do presidente Juscelino Kubitschek) e no pagamento de dívidas aos bancos. Entre dirigentes e burocratas dos IAPs, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde.

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (doravante OMS), a partir de 1948, definisse a saúde como direito de todo cidadão, no Brasil vigorou, de meados do século XX até 1988, a separação entre ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar. Portanto, da saúde pública distinguiram-se a saúde do trabalhador, como ação do Ministério do Trabalho (criado em 1930), a medicina previdenciária (INPS), a medicina liberal (privada, na forma de consultórios médicos autônomos), a empresarial, por meio de empresas e instituições públicas e privadas, a filantrópica, provida por Santas Casas e outros hospitais de ordens religiosas.

Em resumo, em detrimento de ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo, a política estatal de saúde – até a institucionalização do SUS – privilegiou os trabalhadores urbanos com carteira assinada e a prática médica individual, assistencialista e especializada, orientada para a lucratividade do setor saúde. Segundo Oliveira e Teixeira (1986),

foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características: Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p.207).

Foi justamente esse modelo que deu estímulo a um conjunto de projetos alternativos que viriam a constituir a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social, originando o movimento sanitário, de ampla reforma do sistema de saúde brasileiro. O desejo de democratizar o país e de fortalecer as organizações da sociedade civil alicerçou a transformação que estava por vir.

Em linhas gerais, o modelo de proteção social que foi construído no Brasil ao longo do século XX, até o final da ditadura militar e da promulgação da Constituição Federal de 1988, gerou um cenário de milhões de excluídos da atenção à saúde. Segundo Paiva e Teixeira (2014), no contexto de retorno ao estado democrático, a nova Carta Constitucional, promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando, profundamente, a organização da saúde pública no país.

Apesar dos avanços notórios quanto ao direito à saúde pública, faltavam, entretanto, quadros técnicos-científicos, serviços de qualidade para todos e sobravam anseios por um modelo mais unificado, igualitário, descentralizado e universal. Assim, na segunda metade de 1970, um movimento social formado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, parlamentares e profissionais da saúde de instituições recém-constituídas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (doravante SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (doravante CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (doravante ABRASCO) colocam em pauta a Reforma Sanitária Brasileira (doravante RSB) e a implantação do SUS.

Nas palavras do médico Sergio Arouca (1998, p. 2), um dos artífices da RSB, “a reforma deveria representar um processo civilizatório da sociedade brasileira”. Assim, o CEBES, presidido por Arouca, em 1979, propôs efetivamente o SUS, sistematizado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Dessa conferência participaram mais de cinco mil pessoas, as quais debateram estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento gerou o capítulo “Da Saúde” da Constituição Federal e originou leis orgânicas da saúde, as quais permitiram a implantação do SUS

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p.2).

Em linhas gerais, a RSB foi elaborada para democratizar a saúde. O objetivo era ampliar a consciência sobre seus determinantes (condições em que uma pessoa vive e trabalha as quais afetam-na e podem provocar doenças) e o reconhecimento do direito à saúde como inerente à cidadania, com garantia de acesso universal e igualitário ao sistema público. Para

ser viabilizada, contudo, dependeu de um pacto federativo, o qual assegurou a descentralização do processo decisório sobre políticas de saúde e fortaleceu o controle da sociedade sobre os governos.

Conforme apontam Paiva e Teixeira (2018, p. 17),

no lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam a participação social; no lugar de políticas de controle de doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e a qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal.

O SUS é um sistema firmado nos princípios da ‘equidade (priorizar aqueles que mais necessitam para alcançar a igualdade), integralidade (ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social) e universalidade (para todos, sem discriminação)’. Como rede, o SUS convive com operadoras de planos de saúde, consultórios, clínicas e laboratórios particulares, bem como hospitais privados, os quais são contratados e pagos pelo governo federal, seja por repasse direto, seja por meio de isenções fiscais.

Segundo Paiva e Teixeira (2018), as relações público-privadas, no que se refere ao financiamento da rede assistencial, são de dois tipos: em primeiro lugar, há a chamada rede conveniada, ou seja, as instituições de saúde, especialmente hospitalares, as quais, mediante o estabelecimento de convênios, inserem-se formalmente no SUS como prestadores de serviços e são, naturalmente, remuneradas por isso. Essa forma de inserção – mediante convênios – de alguma forma remonta à lógica dos IAPs, sobretudo, em seu período de expansão no pós-guerra.

Outra forma de financiamento do setor privado dá-se mediante a desoneração fiscal (IRPF). Neste caso, a instituição de saúde não se encontra necessariamente inserida no SUS. Um exemplo desse mecanismo: a pessoa é atendida em um consultório médico, paga por isso e, depois, com a famosa nota fiscal, terá abatimento no imposto devido. Isso, porque o Estado deixou de arrecadar, mas não significa que, formalmente, aquele prestador de serviço seja parte do SUS. O aparato institucional de saúde brasileiro dá conta de um sistema público (e privado conveniado) somado a um sistema suplementar (compostos por diversos prestadores sem qualquer vínculo formal com o SUS). Estes têm uma agência regulatória (a ANS) e uma legislação próprias. Em razão disso, e não à toa, muitas pessoas dizem que o sistema não é verdadeiramente ‘único’.

Em breves palavras, para ser financeiramente viabilizado, o SUS requer políticas econômicas, sociais e ambientais que reduzam danos à saúde das populações. Ou seja, depende de um pacto da sociedade, de cidadãos que não dispensam seu principal fim: a saúde

como direito de todos e dever do Estado e sua participação, ativa, na vida pública de seu entorno.

De fato, saúde não significa apenas ausência de doenças e acesso a serviços. Por isso, cabe ao SUS prover uma rede de atenção que inclui procedimentos médicos, internações hospitalares, consultas, partos, cirurgias, transplantes, hemodiálise, imunização, fisioterapia, órteses e próteses, atendimento odontológico, vigilância sanitária e exames, entre muitos outros serviços.

Por meio do Programa Saúde da Família (doravante PSF), por exemplo, o SUS realiza uma das propostas de atenção primária (atenção básica) mais abrangentes do mundo. O sistema também promove programas de controle de Aids e tabagismo, da prevenção ao tratamento, com distribuição de medicamentos. Proporciona assistência integral e gratuita à população, incluindo pacientes renais crônicos e com câncer. É um modelo gigantesco e desafiador para a gestão pública.

Para Paiva e Teixeira (2014), em termos formais, antes do SUS, havia o chamado Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, que era repleto de problemas e foi objeto de profundas críticas. Porém, representou um esforço de articulação “sistêmica” dos serviços de saúde então disponíveis. Em outros termos, antes do SUS havia uma ampla discussão e iniciativas de organização de “sistema de saúde”. Infelizmente, uma parte expressiva dos problemas do passado continua. Por tal motivo de herança, acredita-se existam ainda imensas dificuldades de o SUS comportar-se de forma “sistêmica” em nossos dias. A falta de articulação dos níveis de atenção, as dificuldades de composição da chamada Redes de Atenção à Saúde (RAS) são exemplos das dificuldades de se estabelecer, de fato, o primeiro “S” do SUS.

Apesar dos obstáculos, ratificamos a importância do SUS para a sociedade brasileira. Essa conquista não veio como algo dado pelos políticos eleitos para elaborar a Constituição de 1988. Ela se originou de uma sociedade civil, de movimentos sociais os quais combateram a ditadura, defenderam o direito humano à saúde vinculado à noção de cidadania e propuseram um sistema público de saúde sob responsabilidade do Estado. Daí a ideia de que, no contexto ampliado de saúde, esta se torna direito de todos e dever do Estado. Recentemente assistimos o protagonismo do Sistema Único de Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid no país. Esse profundo desamparo do povo brasileiro descortina o valor e a importância do modelo universal do SUS que, apesar de suas fragilidades históricas, agiganta-se diante do desafio e, com todo sacrifício, enfrenta a pandemia. As insuficiências e as dificuldades, que já eram visíveis pelo subfinanciamento crônico do Sistema, foram

brutalmente agravadas pela Emenda do Teto dos Gastos (EC-95), que congela por 20 anos o investimento em políticas sociais. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o SUS perdeu, somente em 2019, R\$ 20 bilhões com a EC 95⁶.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família como organizadora do Sistema de Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (doravante ESF) iniciou juntamente com o Programa Saúde da Família (doravante PSF), o qual foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então, é definida como uma estratégia prioritária para organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (doravante APS) no País. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar), os quais trabalham de forma articulada (interdisciplinar), e consideram as pessoas como um todo, em outros termos, levam em consideração suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

O PSF passou a ser reconhecido como estruturante, isto é, definido como “estratégia de saúde da família”. Com isso, em 28 de março de 2006, através da Portaria no GM/648, o Ministério da Saúde na gestão do então Ministro José Gomes Temporão, publicou aquilo que é considerado o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterando e revogando dezenas de Portarias existentes até então (PINTO; GIONANELLA, 2018, p. 1904).

O PSF surge no Brasil como uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS. Assim, o PSF apresentou-se

⁶ Em 1988 surge a Constituição Federal. Um grande pacto social é assinado em nome do bem-estar e proteção social. São reconhecidos como direitos sociais, entre outros, a educação, a saúde, a segurança, a previdência social, a assistência. Sendo o Estado o detentor e responsável pela sua aplicação. A emenda 95, conhecida como a PEC da Morte (PEC 241/2016, quando em tramitação na Câmara dos Deputados e PEC 55/2016, no Senado Federal), rompe esse pacto. Essa austeridade econômica defendida pelo governo, interrompe o que vinha sendo implantado. Enfraquece e limita os investimentos em políticas sociais, fragilizando toda a rede de proteção social.

Em 1988 surge a Constituição Federal. Um grande pacto social é assinado em nome do bem-estar e proteção social. São reconhecidos como direitos sociais, entre outros, a educação, a saúde, a segurança, a previdência social, a assistência. Sendo o Estado o detentor e responsável pela sua aplicação. A emenda 95, conhecida como a PEC da Morte (PEC 241/2016, quando em tramitação na Câmara dos Deputados e PEC 55/2016, no Senado Federal), rompe esse pacto. Essa austeridade econômica defendida pelo governo, interrompe o que vinha sendo implantado. Enfraquece e limita os investimentos em políticas sociais, fragilizando toda a rede de proteção social.

como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família, e não somente o indivíduo doente, como centro de atenção, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

E, para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares, a vida comunitária e a valorização de sua competência cultural, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

Embora rotulado como programa inicialmente, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa a atender o indivíduo e à família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seus ambientes físico e social. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 10), o PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”.

O PSF tem como objetivo geral: "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (MS, 2006, p. 12).

Conforme os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2000), as ESF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento resolutivo, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Portanto, a ESF, assim chamada atualmente, torna-se fundamental para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade.

A ESF possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários (vínculo), independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde (longitudinalidade). O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. As ações e os serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização. O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e caracteriza-se como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito. A ESF é o campo para a realização dos diversos estágios curriculares, dos variados cursos da saúde da USF, sendo ela o cenário de prática de todas as práticas médicas universitárias.

2.3 A educação Popular e as contribuições para a área da saúde

A educação na área da saúde, intitulada educação em saúde, tem sido, desde a Declaração de Ottawa (OMS, 1986), elemento imprescindível à promoção da saúde, constituindo um campo heterogêneo que, por isso, tem sofrido influência de diversas áreas afins como a antropologia, a biologia, a comunicação, a enfermagem, a epidemiologia, a estatística, a história, o marketing, a medicina, a pedagogia, a psicologia e a sociologia (ROCHON, 1996; RUSSEL, 1996). Esta Conferência Internacional de Ottawa (OMS, 1986) destaca, pois, a necessidade de uma educação em saúde centrada nas necessidades globais e ao mesmo tempo individuais, e a necessidade de capacitar os indivíduos para uma aprendizagem ao longo da vida, no sentido de controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde.

Em 2015, o Ministério da Saúde definiu o termo educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2015 p. 1).

Nesse aspecto, as práticas de educação em saúde envolvem, na maioria das vezes, três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde, para que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores, para que apoiem esses profissionais, e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individual e coletivos. Embora a definição do Ministério da Saúde apresente elementos que pressupõem uma possível interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância

entre a retórica e a prática.

A educação em saúde como processo político-pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e a sua emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade.

A educação em saúde deve envolver a compreensão de projetos de sociedades, bem como as visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde. As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas, muitas vezes, estão relegadas a um segundo plano no planejamento e na organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e no próprio ambiente de ensino universitário.

O termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX; para sua melhor compreensão, faz-se necessário o entendimento da história da saúde pública no Brasil.

Com a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, partindo da década de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (doravante ESP) apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. As ações do Estado davam-se por meio das chamadas campanhas sanitárias.

Outras formas de educação em saúde eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde. Um trabalho realizado por Alves e Aerts (2011) afirma:

[...] com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população (ALVES; AERTS, 2011, p.319).

O termo ‘educação e saúde’, utilizado ainda hoje como sinônimo de ‘educação em saúde’, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação, ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos, e a saúde, ocupando-se dos conhecimentos

científicos, capazes de intervir sobre as doenças.

O desenvolvimento da educação sanitária, iniciada nos Estados Unidos, deu-se de forma associada à saúde pública, tendo sido instrumento das ações de prevenção das doenças, caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil, a perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença. No Brasil, o termo foi e ainda é utilizado como sinônimo de educação em saúde, mantendo a conotação de práticas educativas verticalizadas.

“Educação para a saúde” também é outro termo usual ainda hoje nos serviços de saúde. A partir dela supõe-se uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, a qual remete ao que Paulo Freire (2003) chamou de “*educação bancária*”. Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva. Nesse contexto, entende-se que qualquer pessoa é uma tábula rasa de conhecimento e, por conseguinte, deve ser “ensinada”. Para Freire (2003), o modelo de educação focado na transmissão de informações prevê a ação educativa como um repassar de conhecimentos ao outro, e o educador é aquele que sabe e que deve dizer algo, enquanto o educando não possui conhecimentos e deve recebê-los passivamente.

Muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda são feitas com esta visão vertical, apesar de a participação comunitária estar presente na retórica de muitos gestores, professores, profissionais de saúde, educadores e preconizada nos princípios e diretrizes do SUS.

Movimentos sociais, tais como o Movimento de educação popular, protagonizado pelo educador Paulo Freire, na década de 1960, influenciaram o campo de práticas da educação em saúde, incorporando a participação e o saber popular à área, dando lugar a processos educativos mais democráticos.

Essa concepção também se faz mais próxima da proposta pedagógica de Paulo Freire, que orienta um projeto pedagógico por ele denominado de educação popular, no qual se deve buscar uma educação que seja capaz de mudar a sociedade, favorecer o diálogo com teorias e práticas de um 'ouvir o outro' para educa-lo e para educar-se com ele, de levar em conta as representações dos sujeitos, sua trajetória de vida, experiências, saberes e culturas (BRANDÃO, 2001, p. 128).

A educação popular em saúde é um movimento histórico de mudanças inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, as quais não atendiam às camadas mais necessitadas da população

brasileira. Vasconcelos (2001) considera que a educação popular em saúde passou a constituir-se como uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.

A educação popular em saúde tem uma concepção diferenciada da hegemônica educação em saúde. Elas se organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes “populares”, e na análise crítica da realidade.

A educação em saúde é, portanto, um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido na área da saúde, intermediado pelos profissionais, tem a intenção de atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p. 41).

A educação popular em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores, profissionais e professores na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como participação popular e participação social.

Os cenários de atuação dos alunos dos cursos da área da saúde são os mais diversos, devido ao rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Além de exigências diárias envolvendo inteligência emocional e relações interpessoais, urge necessário existir algo dentro dos cursos de graduação que possa tornar os alunos e futuros profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como futuros trabalhadores e dos usuários, a resolubilidade do sistema, a formação humana e a de um sujeito ético e comprometido com o coletivo.

Freire (1996) afirma fazer parte da tarefa do educador não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo, que consiste na ideia de aprofundar conhecimentos de prática, procurar descobrir e entender o que está escondido nas coisas, propiciando ao educando condições de superar o saber do senso comum.

Com esse processo de múltiplas determinações e relações, torna-se fundamental o papel das instituições de ensino, mais especificamente nas relações ensino-serviço, para o desenvolvimento das capacidades dos alunos, de maneira a contribuir para essa formação.

Nesse contexto, portanto, o traço original da educação deste século é a colocação do

indivíduo nos contextos social, político e ético-ideológico. A educação no século XX tornou-se permanente e social e a ideia, universalmente difundida, é a de que não há idade para se educar, de que a educação estende-se pela vida e ela não é neutra, mas engajada.

Faz-se essencial compreender o que traduz um modelo de atenção e, sobretudo, o que implica sua reorientação. O modelo de atenção caracteriza-se por ser “[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação” (PAIM, 2003, p. 567).

É possível perceber, voltando o olhar para o cenário atual, que há necessidade de complementação do atual modelo assistencialista, centrado na doença, excessivamente especializado e ainda prioritariamente hospitalar, por um modelo integral, que priorize a promoção da saúde (participação social, empoderamento e cidadania) e que utilize a educação popular em saúde de forma participativa e dialógica. Contudo, alterações no processo de formação profissional e reflexão sobre suas práticas podem auxiliar nessa mudança de paradigma.

É importante, então, a nosso ver, a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, tais como as utilizadas nas ações de educação popular em saúde, as quais, se inseridas nos currículos dos cursos da saúde e nas ações de educação permanente em saúde, devem objetivar uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade.

Pensando nos pressupostos acima, entendemos que, para promover a educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os discentes (futuros profissionais de saúde); fala-se, aqui, em educação na saúde.

O estudo da educação popular inserido nos cursos da área da saúde pode ser considerado uma estratégia política e pedagógica, pois, no âmbito institucional da universidade, permitiria o trabalho na perspectiva da integralidade de saberes e de práticas, uma vez que proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito do outro. Trabalhar com a educação popular em saúde qualifica, assim, a relação entre os cidadãos, os quais são definidos, constitucionalmente, como sujeitos do direito à saúde, pois pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos.

2.4 A História da educação popular na área da saúde

No campo da saúde, as práticas de educação adotadas sempre privilegiaram o modelo tradicional de educação, o qual tinha como pressuposto: transmitir à população o conhecimento científico. No decorrer das décadas de 1970 e de 1980, as práticas educativas tiveram forte influência das ideias do educador Paulo Freire sobre o foco da participação popular nesse processo, com adoção de uma prática dialógica dos conteúdos da área, apontando para novos rumos do cuidado em saúde, passando pela interação entre saberes técnico-científicos e popular.

Em consonância com um novo modelo de saúde preconizado pela atual SUS, a nosso ver, torna-se imprescindível adotar medidas que possam sensibilizar os profissionais de saúde a desenvolver ações de educação em saúde de forma mais dialógica, com participação de usuários no controle e planejamento das estratégias de sua comunidade.

Historicamente, sabemos que os seres humanos ensinam e aprendem mutuamente sua própria humanidade. Esse conhecer, denominado intuitivo, é dominado pelos indivíduos por crescerem numa mesma cultura e compartilharem uma mesma experiência. O conhecer surge de uma relação entre sujeitos, de modo que o conhecimento corresponde ao entendimento que tais sujeitos estabelecem sobre algo no mundo. Diante desse aspecto, muitas informações foram consideradas “desde sempre sabidas” e não era questionado que tipo de saber era esse.

A civilização ocidental, por sua vez, desenvolveu uma racionalidade técnica na maneira de pensar e agir, estando a ação educativa embasada, durante muito tempo, pela ideia de neutralidade, orientando um modelo de educação da escola tradicional, em que a transmissão de conhecimento e experiência do educador tinha importância suprema, principalmente, em relação ao conteúdo ensinado, esperando que os educandos absorvessem sem modificações do conteúdo pré-definido pelo educador. Esse modelo é definido por Paulo Freire (2003) como “educação bancária”, na qual o educador “enche” de conteúdos, “deposita” os conhecimentos que ele considera verdadeiros como uma conta bancária.

No que corresponde à educação em saúde, os métodos da escola tradicional estiveram presentes em sua origem, quando a intenção era a de promover a consciência dos cuidados sanitários para o controle das doenças transmissíveis e epidêmicas. Um exemplo desse é o ocorrido na Europa, na segunda metade do século XIX, época em que o continente foi acometido por grande quantidade de doenças desse tipo, as quais mataram grande quantidade de pessoas. Os sanitaristas da época, por sua vez, iniciaram diversas ações para o

disciplinamento das camadas mais pobres da sociedade, principalmente, com ações que estivessem associadas às condições de vida, difundindo regras de higiene, limpeza e de condutas morais, adotando, com isso, o modelo tradicional de educação.

Nos Estados Unidos, por sua vez, em 1919, cria-se um serviço para uma Educação Sanitária (Heath Education), propondo ações de higiene como medidas preventivas, adoção de métodos para imunizações em massa e cuidados individuais, com uma metodologia de orientação para mudança de comportamento.

Já no Brasil, seguindo a tendência da higiene, no mesmo período, do século XIX até meados do século XX, a lógica das ações e serviços também estava orientada para a adoção de um discurso higienista e de intervenções normalizadoras, principalmente, em virtude da necessidade de domínio das epidemias (varíola, peste, febre amarela, tuberculose e outras), presentes nos grandes centros urbanos. Com o desenvolvimento do processo de urbanização, a partir da década de 1920, os problemas de saúde começaram a se diversificar e agravaram-se. Havia, dessa forma, maior necessidade de intervenção do Estado sobre as populações, surgindo a denominada “Educação Sanitária”. Criou-se, nesse momento, inclusive, uma polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz. A partir disso, medidas preventivas foram adotadas, como a vacinação em massa de maneira compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres, com a finalidade de controlar a disseminação de doenças. O Estado, por seu turno, exercia, assim, uma função de civilização e moralização da massa da população para que ela obedecesse regras e normas pré-estabelecidas.

Nessa concepção de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, desfavorecendo-os de criar e de atuar. Os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador, comprometendo a qualidade do conhecimento. Os educandos são levados a enxergar a sua realidade com a ótica do educador e não com a sua, por meio da invasão cultural, que é, indiscutivelmente, alienante. Quanto mais alienados tornarem-se os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores (FREIRE, 2005).

Conquanto, mesmo com o passar dos anos, o que observamos na área da saúde é a valorização, nas práticas educativas, de intervenções com características curativas e biologicista do processo saúde-doença, pautadas no modelo higienista, segundo o qual as informações são passadas de maneira verticalizada, não ocorrendo uma dialogicidade entre educador e educando para a troca de saberes. Há, portanto, pouca ou nenhuma interação entre eles, numa relação assimétrica e paternalista. Os problemas de saúde já são definidos previamente pelos educadores, pois, para estes, a população apresenta uma “ignorância

absoluta”, e, portanto, diante disso, não há outra coisa a fazer senão ofertar as informações do tipo pré-estabelecidas, em outras palavras, ensinamentos já prontos (VASCONCELOS, 2010).

Para este método de educação, cria-se uma culpabilização, perde-se a subjetividade por parte do educando, sendo este considerado como o responsável pelos danos sanitários vividos. Este tipo de abordagem enfatiza a mudança de hábito ou de estilo de vida, isto é, a responsabilidade individual limitada à transmissão de informações (SEVALHO, 2018).

Há, entretanto, na história do Brasil, indícios que revelam investidas para a mudança da perspectiva educacional tradicional no que concerne à educação em saúde. Com a criação da Fundação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (doravante SESP), por exemplo, a partir de 1940, dá-se início a uma nova forma de pensar sobre o desenvolvimento da comunidade, a qual fomentava maior envolvimento dos indivíduos no processo educativo, da participação comunitária e da educação de grupos. Apesar disso, a doença ainda é percebida como um fenômeno individual, e as medidas de saúde pública de caráter sanitário ainda são apontadas como a solução para a resolução ou para prevenir doenças e ganhar saúde.

Em 1960, apesar do advento da medicina comunitária com o propósito de solucionar os problemas de saúde de ordem coletiva, os processos de educação em saúde envolvem a participação da comunidade; porém, ainda camuflando o discurso da culpabilidade, agora passando da individualidade para a coletividade.

Durante o período da Ditadura Militar, a partir de 1964, criam-se, de maneira contraditória, várias experiências de práticas educativas em saúde, em que pese o padrão de imposições de normas e comportamentos considerado inadequado pelas elites políticas e econômicas, recebendo o nome de Educação para a Saúde Pública, a qual, posteriormenete, passou a ser chamada de Educação para a Saúde.

Nas décadas de 1970 a 1980, o Brasil passa por um período de abertura política, e as ideias e concepções de Paulo Freire, por meio da participação da população no processo educativo e pela dialogicidade, começam a ganhar forma em consonância com os princípios do SUS, instituído na década de 1980, após vários movimentos de participação da sociedade através dos conselhos e conferências de saúde.

Observa-se que, após a abertura política no Brasil, o modelo de realização das práticas educativas no campo da saúde começa a delinear novos rumos, apresentando uma mudança do paradigma comportamental, o qual impunha informações, para o paradigma de uma prática educativa mais participativa. A mudança ocorreu devido à interação entre os saberes científico e popular refletidos no bojo das concepções da promoção da saúde, nas diversas

conferências realizadas em várias partes do mundo, e nos emergentes movimentos da educação popular em saúde, os quais buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre serviços de saúde e população.

Nesse contexto, em contraposição à concepção bancária de educação, a educação problematizadora de Paulo Freire começa a firmar-se a partir da dialogicidade, fazendo-se dialógica, proporcionando condições para uma construção criativa e reflexiva do conhecimento, uma vez que considera que aprender é uma atividade que acontece no educando, com auxílio do educador, sendo transformados durante esse processo.

A partir desses pressupostos, podemos ter em consideração que todo processo educativo em saúde não é conduzido apenas a partir de recomendações, ou, até mesmo, de sugestões de normas ou regras de como ter mais saúde e evitar doenças. Nesse processo, o educando pode ter a opção de escolher ou rejeitar novas informações, podendo ou não adotar novos comportamentos em relação aos problemas de saúde e seus condicionantes.

A proposta de Aristóteles (1991) é que se deva, primeiramente, considerar a experiência dos educandos e levá-los a refletir sobre essa experiência, uma vez que o conhecimento surge da relação entre os sujeitos, com o conhecimento correspondendo ao entendimento que os sujeitos estabelecem com algo no mundo. E isso é importante para compreender a formação ética em Aristóteles, que é a eudaimonia, felicidade ou bem-estar, como sendo o fim supremo de todo o trabalho que os homens intentam debaixo do sol.

... todo trabalho visa a algum bem, quais afirmamos ser os objetivos da ciência política e qual é o mais alto de todos os bens que se podem alcançar pela ação. Verbalmente, quase todos estão de acordo, pois tanto o vulgo como os homens de cultura superior dizem ser esse fim a felicidade e identificam o bem viver e o bem agir como o ser feliz (ARISTÓTELES, 1991, p.8).

Segundo Habermas (1989), para a promoção do agir comunicativo, devemos contribuir incentivando a participação e o respeito recíproco entre os profissionais (educadores) e os usuários (educandos). Todo e qualquer sujeito capaz de agir e de falar pode participar do discurso; todo e qualquer participante pode problematizar qualquer afirmação, introduzir novas afirmações no discurso, exprimir suas necessidades, desejos e convicções; nenhum interlocutor pode ser impedido, por forças internas ou externas ao discurso, de fazer uso pleno de seus direitos.

A educação, nessa lógica, não pode ser entendida como uma prática de transmissão de conhecimento, pois todo processo de aprendizagem é um processo inacabado, sendo sempre um objeto de crítica a qualquer prática de dominação. Os educandos, por sua vez, não são

meros recipientes dóceis de depósito de informações, mas investigadores críticos e sempre em diálogo com o educador.

A educação em saúde, tendo em vista tais pressupostos, precisa despertar a criticidade das pessoas, bem como sua capacidade de percepção de sujeitos protagonistas de seu processo histórico, de reagir frente às desigualdades encontradas e de assumir uma postura de luta frente àquilo que é mais coerente para sua vida, tornando-se atores políticos e sociais realmente comprometidos para que as práticas sejam libertadoras e transformadoras.

Em 1991, surge uma proposta de organização dos movimentos de educação em saúde por meio da articulação nacional dos diversos movimentos de educação popular em saúde. Esta articulação permite aprofundar diretrizes do movimento, e, em 2003, cria-se a denominada Articulação Nacional de Movimentos e Práticas Populares de Educação e Saúde (ANEPS).

Por parte do educador, surge o temor de perder o poder traduzido no domínio daquilo que ele aprendeu e do que ele sabe, de se abrir para uma relação com o educando pautada na ética e no diálogo, com o objetivo maior que é desenvolver um conhecimento crítico (FREIRE, 1992).

Com o movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a implementação de um Sistema Universal de Saúde, fortalece-se a crítica ao modelo de educação em saúde higienista, materializando, entre os anos de 2001 e 2002, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação dos cursos da área da saúde. Pressupõe-se, nesses documentos, que a formação deve contemplar a realidade do sistema de saúde para um olhar integral do ser humano. Nesse sentido, em consonância com a construção do SUS, novas práticas de trabalho em saúde são requeridas; como consequência, surgem novas demandas das instituições de ensino formadoras para um perfil profissional coerente com os princípios e diretrizes desse sistema, extrapolando a formação meramente tecnicista e colocando para as universidades um compromisso ético e político na formação de seus discentes.

Segundo Vasconcelos (2010), muitas iniciativas educacionais nas universidades, especialmente em projetos de extensão, tendo em vista as novas DCN e o atendimento ao SUS, vêm sendo orientadas pela educação popular, as quais são oportunidades onde são viabilizadas descobertas sobre possíveis caminhos metodológicos para a atuação em um novo contexto.

Estudos de autores, como o de Santorum (2011), mostram que essas experiências de extensão, ancoradas na Educação Popular em Saúde (EPS), têm possibilitado, aos futuros profissionais de saúde, a construção de um pensamento crítico e reflexivo sobre os problemas

de saúde, o desenvolvimento de competências que permitam a aproximação com a realidade de vida e saúde da população e o compromisso com a transformação dessa realidade, orientada pela defesa dos interesses públicos de saúde.

O Ministério da Saúde, por sua vez, a partir de 2003, propôs uma educação em saúde de uma maneira permanente, como uma estratégia de transformação em vários segmentos institucionais das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde.

A educação em saúde proposta, a nosso ver, oportuniza a aprendizagem no trabalho, já que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando as experiências que as pessoas já possuem, a fim de produzir mudanças tanto das práticas de saúde, quanto das ações de educação em saúde, utilizando o modelo dialógico de educação.

Tal concepção nos leva a compreender que a formação e o desenvolvimento precisam ocorrer de maneira ascendente, transdisciplinar, descentralizada e devem ser construídos pelos diversos atores responsáveis, tais como trabalhadores, estudantes, usuários com envolvimento dos dirigentes de forma locorregional e intersetorial.

2.5 Contribuições da Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de formação na área da saúde

O termo “Educação Permanente” aparece pela primeira vez na França, em 1955, e foi oficializado no ano seguinte em um documento do Ministério da Educação, como um prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público.

O conceito de Educação Permanente em Saúde, deriva-se do conceito pedagógico de “Educação Permanente” (EP), que aparece pela primeira vez, em 1955, na França, através de um projeto de reforma educacional, elaborado pela Liga Francesa de Ensino, o qual dispunha sobre a importância de se assegurar a manutenção da instrução dos cidadãos mesmo após a escola, afim de que se possa prolongar, completar, renovar ou readaptar a formação profissional e intelectual dos indivíduos (GADOTTI; FREIRE, 1987, p. 5).

No final da década de 1960 e início da década de 1970, esse termo passa a ser difundido pela UNESCO, fundamentada na teoria do capital humano, que compreende a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país.

No Relatório Faure (UNESCO, 1972), o conceito de Educação Permanente (EP) diz respeito a todo o processo educativo, compreendendo todas as suas formas, expressões e momentos, de maneira a garantir a educação global das crianças e jovens e a preparar os adultos para exercerem melhor a sua autonomia e liberdade. A EP é entendida como um projecto educativo que inter-relaciona a dimensão individual e social da educação, veiculando um sistema humanista de valores colectivos. Logo, esta visão da EP contém opções políticas e representa um projecto de cariz ideológico, uma utopia (Edgar Faure, coord.). Deste modo, a perspectiva da EP implica uma nova visão e interpretação, quer para o processo educativo, quer para a própria percepção do destino da humanidade (Paul Lengrand) (BARROS, 2011, p.110-111).

No setor saúde, o termo Educação Permanente em Saúde (doravante EPS) surge em meados da década de 1980, tendo sido disseminado pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (doravante OPAS). A EPS cria uma diferenciação entre os termos ‘educação permanente’ e ‘educação continuada’, considerando a última mais reducionista. Haddad et al. (1994) admite que a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço.

A Educação Permanente (doravante EP) possui como diretriz o atendimento às necessidades sociais que emergem das constantes mudanças ocorridas no mundo, para, assim, preparar o homem em suas potencialidades individuais para os desafios contemporâneos (SMAHA; CARLOTO, 2010).

No Brasil, com o SUS e os novos desafios assumidos, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. No artigo 200 da Constituição Federal, fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

Em 2003, no governo de Lula, é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a qual tinha a responsabilidade de trabalhar na formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

A partir disso, com a Portaria 198 GM/MS de 2004, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, buscando a modificação das práticas de atenção, gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde

Dessa forma, o espaço central da política de EP é ocupado pela população que contribui para uma atenção à saúde de qualidade, estimulando o desenvolvimento para o exercício de autonomia e consciência crítica, a participação popular e o controle social das

políticas públicas em saúde, estando em consonância com o novo modelo de saúde preconizado pelo SUS. Do nosso ponto de vista, diante de tais mudanças significativas para a formação em saúde, torna-se imprescindível repensar as medidas que sensibilizem os profissionais de saúde a desenvolver ações de educação em saúde de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e no planejamento da saúde da comunidade.

A EP, em vigor no Brasil desde 2004, sinaliza para uma prática que vai além do processo de aprendizagem tecnicista da área da saúde. Ela constitui-se como uma nova forma de concebermos saberes e fazeres, os quais não são mais vistos de maneira dicotomizada, mas atrelados ao processo de trabalho, de ensino, de gestão, de cuidado e de controle social, caminhando em conjunto com as instituições de ensino para uma formação voltada para o desenvolvimento do SUS.

Este modelo de educação inicia-se partindo de demandas da comunidade e do próprio serviço, permitindo desenvolver profissionais de saúde e melhorar a capacidade resolutiva dos serviços, auxiliando no processo de gestão compartilhada com a comunidade sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos no cotidiano... insere-se em uma necessária construção de relações que vão do interior das equipes em atuação conjunta - implicando seus agentes, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor saúde- e as práticas interinstitucionais e ou intersetoriais – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2004b, p. 1410).

O processo educativo, dessa maneira, concebido pela EP, advém de metodologias de problematização⁷ do trabalho e equacionam as necessidades existentes nos serviços, em outros termos, as necessidades da população e o desenvolvimento dos trabalhadores numa intensidade na qual estes são sensibilizados e transformados por ela.

A Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia,

⁷ A metodologia de problematização é considerada ativa, aplicável em várias áreas do conhecimento desde o ensino superior a educação básica. Pressupõe um estudante ativo, autônomo, capaz de aprender por si mesmo. O professor assume um papel de orientador, uma postura importante na condução metodológica do processo, e não mais como fonte central de informação

entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes (BERBEL, 1998. p.144).

Por isso, não se pode negar a similaridade que a EP apresenta com os pressupostos do educador Paulo Freire, tendo em vista que esse processo educativo é concebido originando-se de processos de intervenção que buscam transformar o conhecimento ingênuo em libertário, adotando uma postura de consciência crítica dos fatos e da realidade. Esse processo permite reconstruir a realidade por meio de ações contextualizadas, as quais Paulo Freire (1980) denominou de ação-reflexão-ação, superando a prática por meio da criticidade e da ação.

Por estas questões, podemos considerar que a EP é libertária, visto que ela pressupõe ir além da formação técnica, ancorada numa formação ética, humana e sociocultural, pautada na responsabilidade social, na cidadania, com a promoção da saúde e a visão integral do ser humano. Ela, assim, refuta a intervenção profissional do tipo alienada, a qual baseia-se numa reprodução de fazer sem consciência crítica, oposta à libertação. É libertária, pois exige uma atitude de compromisso com o outro, pensada e repensada para o contexto atual e do novo inacabado.

A premissa da EP é não permitir dicotomias que possam surgir entre profissional/usuário, serviço/comunidade, gestão/cuidado. De modo semelhante, Paulo Freire (1987) defende que os atores educam-se no contexto pelo diálogo autêntico, ou seja, ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens educam-se mediatizados pelo mundo.

A pedagogia de Paulo Freire serviu como referencial teórico do programa educativo por sua estreita relação com a Política Nacional de EPS, que propõe a formação permanente de profissionais a partir da problematização da sua realidade cotidiana (SÁ; FLORINDO, 2012, p. 294).

Dessa forma, compreendemos que as pessoas despem-se de suas certezas e buscam saberes que possam transformar a si mesmos, os outros e, conseqüentemente, a realidade que as circundam. As práticas de educação em saúde instituídas na formação profissional precisam, assim, ser críticas e incisivamente revistas, possibilitando que a relação serviço/profissional de saúde/estudantes alcance um papel importante nesse cruzamento de experiências entre os saberes técnicos profissionais e os saberes dos operadores da realidade. Viabiliza-se, nesse contexto, uma autoanálise e uma autogestão dos coletivos da realidade, em que os atores do cotidiano são os protagonistas da mudança dessa realidade desejada pelas práticas educacionais.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), ao mesmo tempo em que disputa a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes

teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, científicos e tecnológicos disponíveis insere –se em uma necessária construção de relações e processos que vão no interior das equipes em atuação conjunta, implicando em seus agentes, às práticas organizacionais, implicando nas instituições e/ou setor da saúde e as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando nas políticas nas quais se inscrevem os atos em saúde (CECCIM, 2004a, p. 61).

Um dos pontos importantes da EPS é a possibilidade de mudança da realidade e das ações dos serviços de saúde através de uma (re)orientação da formação de perfil profissional e também dos serviços. A introdução de mecanismos, temas e espaços que possam gerar autoanálise, autogestão, mudança institucional, implicação e, principalmente, mudança de paradigmas (disruptura com o instituído, fórmulas e modelos) e experimentação (em contextos, em afeto – sendo afetado pela realidade/afecção) são estratégias dessa (re)orientação formativa.

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1400).

Sobre essa perspectiva, podemos dizer que, em termos de educação, a EPS segue os pressupostos da EP ou da educação de jovens e adultos pelos princípios desenvolvidos pelo educador Paulo Freire em suas obras Educação como Prática de Liberdade, Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação, resultando no contexto da aprendizagem significativa. Para outros educadores, ela assemelha-se aos desdobramentos do Movimento Institucionalista em Educação que trouxe a noção de coletivo, o qual reúne e discute, com profundidade, a gestão de recursos humanos e a psicologia organizacional.

Entretanto, insistimos na existência de influências nítidas dos princípios freireanos na proposta de EPS, visto que é defendido em seus ideias o saber ouvir, o qual é responsável por desconstruir a visão mágica de aprender a estar com o outro, dentro de suas subjetividades, bem como a viver pacientemente impaciente. Além disso, há a defesa, na EPS, de que tais práticas não apresentam soluções fechadas, com esquemas já formados, mas são construídas

pela realidade dos sujeitos, vislumbrando possibilidades de transformar/criar horizontes sustentáveis de trabalho.

A EPS constitui também um importante instrumento para a construção de cidadania, contribuindo na formação de uma consciência sanitária voltada para o desenvolvimento de políticas públicas, principalmente, para os menos favorecidos, sendo importante para a formação dos cursos da área da saúde.

No mesmo sentido, a educação popular busca valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos sujeitos envolvidos no processo educativo e o diálogo entre o saber popular e o saber científico (BRANDÃO, 1985).

A base conceitual da EP está pautada no chamado “quadrilátero da formação profissional”, composto por quatro grandes áreas de atuação para a formação na área da saúde: o ensino, a gestão, a atenção e o controle social (FREIRE, 2003). O ensino, desse modo, envolve não só a formação universitária ligada às Instituições de Ensino Superior, mas também o ensino técnico e profissionalizante da área da saúde. O quadrilátero permite fazer uma análise crítica do modelo de educação instituído no setor saúde e, com isso, propor medidas desafiadoras pautadas na educação popular.

Segundo Lopes et al. (2007), a mudança da lógica de formação para a saúde deu-se devido a constatação de que para que as ações e serviços de saúde sejam melhores e mais efetivas em relação às necessidades da população, é preciso que haja: interação entre os atores sociais envolvidos no sistema de saúde (formação, gestão, atenção e participação popular); construção coletiva das diretrizes para a formação e desenvolvimento dos profissionais, bem como ações e iniciativas para trabalhar juntamente com a população.

A EPS parece, em muitas vertentes brasileiras, com a educação popular em saúde, compartilhando muito de seus princípios e conceitos, porém, o que as diferenciam é que, enquanto a EP tem em vista a cidadania, a EPS olha para a emancipação. Esta apoia-se no conceito de “ensino problematizador” (inserido na realidade de maneira crítica e não na superioridade do educador frente ao educando), é interessada nas experiências e na vivência das pessoas, dos alunos, sempre desafiantes do desejo de aprender mais (aprendizagem significativa).

A EPS apresenta-se contrariamente ao ensino-aprendizado mecânico, em que os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano (*práxis*), numa ligação forte e desafiante para a união entre educação e trabalho em saúde. Ela coloca em questão a relevância social e a articulação de formação, as dimensões éticas da vida, do

trabalho, do homem, da educação, da saúde e das relações.

Entendemos, portanto, que o trabalho de educação popular praticado na área da saúde formou-se como uma fonte potencial para a Política de Educação Permanente em Saúde (doravante PEPS), fornecendo a ela um ponto de vista sobre o processo cada mais vez mais coletivo, participativo e desafiador das realidades, o qual as considera como não dadas e sim produzidas por nós mesmos, por nossas sensibilidades diante daquilo que observamos.

Com isso, acreditamos que tal colaboração da educação popular para com as PEPS viabiliza a organização de espaços de debates; a problematização das realidades; a coleta de informações, de modo a cruzá-las, interrogando-as no sentido de não repará-las e excluí-las em territórios estreitos e inertes. Com esse olhar integrador, a organização das informações em redes de intercâmbio pode permitir ainda a acessibilidade e a transferência das mesmas, estabelecendo um intercâmbio, e fortalecendo a própria democracia. Por último e não menos importante, devido ao contato interativo propiciado pela dinâmica dialógica da educação popular, torna-se inevitável a produção de novos saberes de valores inventivos e afetivos relacionados às exigências do trabalho de saúde.

Ao colocar o trabalho da educação em saúde sob as lentes da EPS, podemos confrontar e evidenciar informações de cunho tecno-científico, administrativo intersetorial, sociocultural, entre outros, através dos chamados “encontros rizomáticos”, os quais ocorrem entre ensino universitário, trabalho, gestão e controle social. Esses encontros carregam consigo o contato e a permeabilidade às (ou das) redes sociais, as quais tornam os atos de saúde mais humanos e promotores de cidadania. Esse modelo tem como proposta basilar a construção e o desenvolvimento de competências fundamentais do trabalhador em saúde – enquanto sujeito ético, crítico, produtor de cuidado, em sua constituição individual e coletiva – bem como a transformação de seu lugar de atuação (territorialização). Uma proposta, portanto, de busca pelos modos tangíveis de implicação ética e política, de produção do mundo e produção de si, os quais são processos importantes na formação profissional para a área da saúde.

CAPÍTULO 3 - A DISCIPLINA PRÁTICAS MÉDICAS E SOCIEDADE DO CURSO DE MEDICINA DA USF

Este capítulo tem como proposta apresentar o método empregado para a análise dos dados produzidos nesta pesquisa, bem como discutir acerca da disciplina de PMS do curso de medicina da USF, uma instituição franciscana, a qual apresenta uma missão e visão bem definidas dentro dos preceitos de São Francisco de Assis e de sua vocação para a educação.

Relembramos que nossos objetivos mais gerais são os de identificar, nas orientações curriculares da disciplina de PMS, as propostas de formação de profissionais médicos éticos e modificadores da realidade, bem como compreender se há influências da perspectiva da educação popular em tais proposições. Quanto aos nossos objetivos específicos consistem em:

- i. identificar as potencialidades para a formação ética e transformadora do profissional da saúde da disciplina PMS, no que corresponde às estratégias de ensino assumidas nos documentos normativos do curso em questão, e analisar, a partir do contexto histórico do curso de medicina da USF, a contribuição da educação popular na formação médica sob a perspectiva de uma educação ética e libertária.

Tendo em vista tais finalidades, foi escolhida a investigação documental para a análise da trajetória da USF, desde quando Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina, passando por Faculdades Franciscanas até se transformar em Universidade São Francisco. Além disso, analisaremos o documento referente à proposta de mudança curricular do curso de medicina da USF, considerando as mudanças constitucionais e o surgimento do SUS.

Por fim, faremos uma análise dos planos de ensino elaborados com o objetivo de serem matrizes norteadoras das atividades, além de suas ementas e objetivos, os quais são definidos em cada semestre do curso de medicina (do primeiro ao oitavo semestre) através da grade “Prática Médica e Sociedade”.

É importante esclarecer que, na referida grade, há uma diversidade de propostas de intervenção correspondentes aos diversos campos de atuação nos serviços de saúde do município de Bragança Paulista, como escolas, creches e instituições de longa permanência; ela ainda aborda temas importantes no trabalho de educação em saúde. Diante disso, verificaremos a propositura do desenvolvimento da disciplina e quais métodos “práticos” de ensino são almejados e implementados nos diversos semestres, na perspectiva de se observar o trabalho da educação popular e a formação do sujeito ético.

3.1 Trajetória do curso de medicina, do Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina (IESRB) às Faculdades Franciscanas até a Universidade São Francisco

Trarei, neste momento, algumas considerações a respeito da Faculdade de Ciências Médicas da USF (doravante FCM-USF), visando à discussão do percurso histórico institucional do curso de medicina no que corresponde à presença franciscana em Bragança Paulista, a suas intencionalidades, às relações de poder e disputas, à vocação e à missão franciscana na região.

Com tais intenções, utilizamos como material de referência duas dissertações de mestrado produzidas no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da USF, cujos títulos são: ‘A Educação na Constituição Federal de 1988, das Escolas Comunitárias às Instituições Comunitárias de Ensino Superior – ICES (1998-2014)’, escrita por Rodrigo Ribeiro de Paiva, defendida em 2019, e ‘Faculdades Franciscanas: entrecruzando histórias e memórias do ensino superior na região Bragantina (1970-1980)’, escrita por Frei Thiago Alexandre Hayakawa, vice-reitor na Universidade São Francisco (2017). Outras fontes utilizadas para esses propósitos correspondem às contribuições de autores da teologia da libertação e da educação libertária como Paulo Freire (2010) e Leonardo Boff (1980)

O curso de medicina apresenta uma longa trajetória no município de Bragança Paulista e região, a qual foi marcada por diversas transformações administrativas, de gestão e de direcionamento devido ao momento político e aos interesses que mobilizaram o país desde a década de 1970.

Antes do Golpe Militar de 1964, encontramos, no Brasil vários movimentos para uma reforma educacional, principalmente para combate ao analfabetismo no país. Nessa vertente, temos os escritos de Paulo Freire no livro “Educação como Prática de Liberdade”. Nesse período, Freire (2000) cria a teoria da transitividade, alertando-nos sobre nossa imaturidade democrática e sobre a difícil e necessária transição, a partir da conscientização, pela qual devemos passar para nos tornarmos sujeitos críticos. Para Freire (2000), sobre a transitividade crítica, somente chegaremos a uma educação dialogal quando houver a responsabilidade social e política, evitando deformações (verdadeira democracia) através de um trabalho crítico (FREIRE, 2000, p. 59).

Segundo Hayakawa (2017),

próximo ao golpe militar de 1964, a temática da reforma universitária foi agregada às ‘Reformas de Base’ – as quais pressupunham bandeiras em torno de questões sociais consideradas cruciais para o desenvolvimento do país: a Reforma Educacional preconizava a valorização do magistério e do ensino

público nos diferentes níveis educacionais, a luta contra o analfabetismo a partir do Método Paulo Freire e o fim da cátedra vitalícia nas universidades (HAYAKAWA, 2017, p. 35).

Com os militares no poder, houve a abertura para a ampliação de instituições privadas de ensino superior no Brasil, marcando uma intenção privatista e acelerando o crescimento dessas instituições, decisões que contrariaram a Lei n. 5.540/68.

A Lei 5.540/68, ou a Lei da Reforma Universitária, tomou a universidade como instituição de referência para o ensino superior, por conseguinte a condição de instituição isolada (faculdade, instituto, associação etc.) foi considerada como transitória e excepcional. Mas “[...] a proximidade dos militares e os dirigentes das instituições privadas do ensino superior fizeram com que o Conselho Federal de Educação assumisse uma feição crescentemente privatista [...] o CFE já se empenhava em propiciar a aceleração do crescimento dos estabelecimentos privados, a grande maioria isolados, contrariando a lei ... (CUNHA, 2000, p. 180, apud HAYAKAWA, 2017, p. 39)

Na Reforma de 1968, prevaleceu “[...] o conteúdo técnico em vez do político” (MOROSINI, 2005, p. 315), já que

Ela legislava para o ensino superior com base nas universidades, instituindo a ampliação de suas funções para o ensino, pesquisa e extensão, e criando os departamentos aliados a um complexo sistema organizacional, caracterizado, de um lado, pelo sistema administrativo e, de outro, pelo acadêmico (MOROSINI, 2005, p. 315).

Uma outra característica durante esse período é a divisão de ideologias no interior das instituições católicas, as quais eram ora favor dos militares, por atitudes conservadoras, ora engajadas na luta por uma sociedade mais justa e solidária, com a propagação dos ideais da teologia da libertação.

Diante do autoritarismo crescente no país, diferentes segmentos da sociedade civil foram se organizando e se articulando entre si, alguns a favor dos militares, outros contrários. Era possível flagrar, dentre os religiosos da Igreja Católica, tensões e dissonâncias. Naquele contexto, não se pode ingenuamente outorgar a tal instituição o atributo de conservadora. Se parte de seus membros havia se solidarizado com os militares, outra parte sensibilizara-se com a luta contra a violência; muitos religiosos estavam familiarizados com as ideias da teologia da libertação (HAYAKAWA, 2017, p. 40).

“Durante o Governo Geisel (1974-1979), o Conselho Federal de Educação, por meio da Resolução CFE 29/74, determina que uma instituição de ensino superior poderia passar à universidade” (HAYAKAWA, 2017, p. 44) se:

[...] oferecer pelo menos quatro cursos de graduação relacionados com cada uma das áreas fundamentais das Ciências Exatas e Naturais, das Ciências Humanas e das Letras e dois cursos de caráter técnico-profissional. Além

dessa exigência, a resolução estabelecia outras, entre as quais a proporção de professores com pós-graduação e tempo integral, assim como a necessidade de comprovação por parte da entidade mantenedora da universidade de patrimônio próprio e de condições financeiras que assegurassem o bom funcionamento das atividades universitárias. As condições das instalações físicas eram longamente enumeradas... (CUNHA, 2000, p. 180).

Tais alterações no ensino superior vieram acompanhadas pela paroquialização do ensino no setor privado, a qual efetuou-se através da implantação de faculdades isoladas, multiplicadas em cidades do interior dos estados, expandidas na periferia dos grandes centros urbanos, oferecendo cursos de graduação sem levar em consideração o padrão acadêmico. Assim, a partir da Reforma Universitária de 1968, a indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão, a estrutura departamental, o desenvolvimento da pós-graduação, a matrícula por disciplinas e a gestão da racionalidade eficientista tornam-se modelares, embora não predominantes, nas instituições de Educação Superior no Brasil (CUNHA, 2000).

Já na década de 1980, as universidades foram protagonistas no processo de redemocratização do país. Tivemos, por exemplo, o movimento da reforma sanitária brasileira, marcada pelo entrecruzamento da história da educação superior e do SUS, o qual aprofundaremos no capítulo posterior.

Nessa época, o curso de medicina da USF é marcado pelas transições institucionais: o “Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina” passa a ter o estatuto de “Faculdades Franciscanas”, as quais, em 1985, são transformadas, enfim, em “Universidade São Francisco”. Tais mudanças, conforme Paiva (2019) e Hayakawa (2017), devem-se ao contexto, aos interesses e à disputa políticos-educacionais daquele período, os quais motivaram a transferência da administração do Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina (doravante IESRB) para os franciscanos, dando origem às Faculdades Franciscanas; além da adoção da perspectiva da teologia da libertação para os propósitos educativos.

Segundo Hayakawa (2017), as informações acerca dos motivos pelos quais levaram a Ordem dos Frades Menores (OFM), os franciscanos, a assumirem a administração de uma instituição de ensino superior localizada em uma região do estado de São Paulo, até então pouco afeita à presença dos franciscanos, em plena vigência da ditadura militar, podem ser obtidas através dos arquivos da Província Franciscana da Imaculada Conceição do Brasil.

Na época, as faculdades mantidas pelo IESRB enfrentavam diversos problemas e passavam pela intervenção do Ministério da Educação e Cultura do governo militar ditatorial. Atuavam, nessa situação interventiva, o Ministro da Educação e Cultura, o militar Ney Braga

e o Projeto Sócio-Educacional para a Paz dos franciscanos. Estes, no Ensino Superior, numa *práxis* educacional em franco diálogo com o contexto sociocultural da época, junto ao núcleo residencial Nosso Teto, do município de Bragança Paulista, criaram, naquele momento, o Instituto Franciscano de Antropologia (IFAN), marcando a *práxis* educacional das Faculdades Franciscanas, alinhadas pela temática da teologia da libertação.

Leonardo Boff⁸ assim define a *praxis*:

Sobre a *práxis*: É a realidade humana fontal. Na *práxis* existe unidade de fazer e saber. Vida já é *práxis*, e por isso na *práxis* se dá, como em forma condensada, toda a realidade. A tematização teórica é explicitação daquilo que já estava presente, de maneira difusa e atemática, na *práxis* (BOFF, 1980, p. 43).

Em relação à temática da teologia da libertação, Boff (1980) afirma:

Para implementar o processo libertador, a teologia da libertação deve considerar a racionalidade própria de cada passo, fazer juízos prudenciais sobre a viabilidade de seus projectos e levar em conta o regime geral de cativeiro no qual estão mergulhados quase todos os países do continente, o que impõe à *práxis* de fé novas tarefas: tarefa de semear, de sustentar a esperança, de lutar com meios mais simples e menos espetaculares, preparar uma conscientização profunda para o momento de organizar a libertação-acto (BOFF, 1980, p. 44).

Marcadamente, partindo da teologia da libertação, a proposta educacional dos franciscanos, principalmente no ensino superior, é provocada a estar atenta à conjuntura social, política, cultural e, principalmente, econômica, correndo-se o risco de se tornar mais uma na cadeia produtiva de profissionais úteis, produtos para o mercado consumista segundo (HAYAKAWA, 2017).

A proposta educacional franciscana, alinhavada pelo teólogo Alberto Moreira (1992), pretendia uma educação que respeitasse as singularidades de cada sujeito; que deixasse ser atravessada pela utopia, pelo sonho, pelo desejo de humanização; que promovesse a sensibilidade, através da cultura e da arte, possibilitando o entrecruzamento da cientificidade com a bondade, a solidariedade e a compaixão; enfim, uma educação que provocasse a indignação e possibilitasse a autonomia do sujeito.

⁸ Leonardo Boff é doutor em teologia pela Universidade de Munique, na Alemanha. Foi professor de teologia sistemática e ecumênica com os Franciscanos em Petrópolis e depois professor de ética, filosofia da religião e de ecologia filosófica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Referência no campo da Teologia, é um dos fundadores da Teologia da Libertação. Em 1985, foi condenado a um ano de silêncio obsequioso pelo ex-Santo Ofício, por suas teses no livro Igreja: carisma e poder (Record). A partir da década de 1980, dedicou-se à questão ecológica como prolongamento da Teologia da Libertação. Foi membro da Ordem dos Frades Menores (franciscanos) até 1992, quando pediu seu desligamento da congregação e do sacerdócio, dedicando-se exclusivamente aos estudos teológicos

Os propósitos educacionais da teologia da libertação adotados pelos franciscanos, a nosso ver, coincidem com o objetivo desta pesquisa, que é o de identificar, nas estratégias de ensino declaradas nos documentos normativos que regem a disciplina PMS, a proposta de formação de um profissional de saúde ético, engajado e comprometido com sua realidade.

Pelo fato de existir, do nosso ponto de vista, uma equivalência entre as finalidades da teologia da libertação adotada pelos franciscanos e, conseqüentemente, pela USF, e o objetivo desta pesquisa, discorreremos adiante sobre os elementos que maracaram a presença franciscana na região bragantina, conforme destacaram Paiva (2019) e Hayakawa (2017), bem como sobre seus reflexões no curso de medicina da USF.

Na década de 1960, especificamente no ano de 1967, ocorre a criação do Fundação Municipal de Ensino Superior (FESB); em 1969, funda-se o IESRB, cujos cursos constituíram, posteriormente, as Faculdades Franciscanas, e, em 1985, a Universidade São Francisco (HAYAKAWA, 2017). Tanto a criação da Fundação Municipal quanto a do IESRB acontecem no rastro da reforma do ensino implementada pelas Leis n. 5.539 e 5.540. As Faculdades Franciscanas, em 1976, contavam com 21 cursos.

Segundo Ribeiro (2019), a Província Franciscana da Imaculada Conceição do Brasil assumiu, em 1 de março de 1976, os direitos de manutenção desse conjunto de faculdades, passando a denominar-se Faculdades Franciscanas (FF). Com isso, associa-se à manutenção do Hospital Universitário, dando suporte ao Curso de medicina, passando então a denominar-se Hospital Universitário São Francisco.

Em uma pesquisa realizada em Bragança Paulista e publicada em 1973, constatou-se que os níveis de contaminação em algumas áreas da cidade eram elevadíssimos. O primeiro caso foi no bairro do Cruzeiro, onde 81,4% dos moradores eram portadores de enteroparasitos, 36,7% apresentavam infecções por protozoários e 79,9% por helmintos. Outro bairro analisado foi o Matadouro: entre os moradores, 60,3% eram portadores de enteroparasitos, 38,7%, de protozoários e 54,1%, de helmintos, dentre outras doenças, além de outros bairros computados (PEREZ; ARTIGAS; LOLLO, 1973).

O Jornal de Bragança, em 10 de maio de 1975, noticiava a quantidade de mortes de crianças: “mais de 40% das mortes de crianças de 0 a 4 anos em consequência de desidratação, doença diretamente relacionada à falta de cuidados básicos de higiene e nutrição” (JORNAL DE BRAGANÇA, 10/5/75, n. 3.746, p. 1), o que nos leva a concluir que o município, entre as décadas de 1970 a 1980, convivia com problemas sociais preocupantes.

Ademais, conforme os dados levantados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE), da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento, as taxas de

natalidade e mortalidade locais eram preocupantes no final dos oitenta e início dos anos noventa. Em fins de 1980 e no início da década de 1990, é registrada uma taxa de mortalidade superior à de natalidade. No município, esta era de 22,82%; a taxa de natimortalidade era 12,73%; a de mortalidade geral, 7,88% e a de mortalidade infantil, 29,7%, o que colocava o município em uma péssima posição na área da saúde no ranking estadual (COMISSÃO TEMPORÁRIA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS LEGISLATURA, 1996).

O IESRB foi criado no auge da Ditadura Militar, em 1967, sendo o mantenedor das Faculdades de Bragança Paulista (SOUZA, 2012 apud HAYAKAWA, 2017). Nesse momento, muitas são as tensões entre os estudantes e a direção do IESRB. Diante das manifestações de descontentamento e denúncias divulgadas, o MEC decidiu agir através de uma intervenção junto ao curso de Medicina, pois os estudantes reivindicavam melhorias estruturais e a minoração dos custos referentes à mensalidade

Tudo começou em dezembro último quando estudantes bastantes descontentes com várias irregularidades constatadas no funcionamento da Faculdade apesar das altas mensalidades cobradas. Entre essas irregularidades denunciadas por estudantes estão o baixo nível do ensino, ineficiência do corpo docente, falta de aulas práticas, na ocasião o Hospital Escola não tinha nem sido ainda construído [...] Estas dificuldades entre outras, principalmente a falta de estágios em hospital para alunos já no quarto ano de Medicina, foram as causas da assembleia que realizaram no mês de dezembro e que levou a denunciar a Faculdade às autoridades Federais na área da Educação Superior (BRAGANÇA JORNAL, 3/5/75, n. 3.744, p. 12).

O ministro da Educação e Cultura, Ney Braga, então, e como já mencionado, convoca uma intervenção no Instituto

Imediatamente após denúncia e tomada de conhecimentos da situação reinante na Faculdade o MEC nomeou Comissão de Inquérito que esteve em visita à Faculdade averiguando as irregularidades. Agora, o ministro Ney Braga acaba de nomear interventor numa demonstração que a Comissão achou razões nas denúncias dos estudantes e comprovando a situação que exige a ação da intervenção federal na faculdade considerada a mais cara do Brasil (BRAGANÇA JORNAL, 3/5/75, n. 3.744, p. 12).

Pelas informações acima, observamos que severas críticas e denúncias foram feitas contra a Faculdade Bandeirante de medicina, mantida pelo IESRB. Mesmo assim, diante de uma possível intervenção federal, a direção do Instituto buscou alternativas para driblar ou dificultar tal ação ministerial:

A direção da Faculdade de medicina procurou impedir a concretização da intervenção federal na Escola através de duas medidas principais. Procurou construir e inaugurar em tempo record um Hospital Escola que atendesse as necessidades de seus alunos, e entrou com recurso junto ao Ministério da Educação, contrariando parecer do Conselho Federal de Educação, CFE, que

pedia intervenção, mostrando que a maior exigência dos alunos era o Hospital e ela estava cumprida. Todavia tal recurso não veio a ser considerado e foi decretada e consolidada a intervenção. Agora resta esperar para ver como vão ficar as coisas (BRAGANÇA JORNAL, 3/5/75, n. 3.744, p. 12).

Para além da formação de mão de obra especializada (formação médica), a presença de um curso superior de medicina na região destacava-se pela carência (social) e pelo atraso assistencial na área, algo a ser defendido, porque pressupunha a abertura de um hospital universitário que serviria de referência na região.

Para realizar tal empreitada e assumir o Instituto, os franciscanos fazem valer as relações com o então Ministro da Educação e Cultura do governo militar, Ney Braga, ou seja, a atuação dos franciscanos na educação dialoga com o poder tomado mediante golpe, por parte dos militares, e, ao mesmo tempo, tece um Projeto Sócio-Educacional atravessado por temáticas sensibilizadas pela teologia da libertação (HAYAKAWA, 2017).

Frei Caetano, na revista *Vida Franciscana*, da Província Franciscana (2010, p. 118), faz referência à “tarefa sumamente difícil e espinhosa” de frei Fábio Panini: dar destino ao patrimônio da Casa de Nossa Senhora da Paz – Ação Social Franciscana. Foi o próprio Frei Fábio que, em carta datada de 13 de fevereiro de 1976, apresentou ao Provincial, Frei Antônio Alexandre Nader, à Província Franciscana da Imaculada Conceição do Brasil, a “[...] oferta de transferência, para a Província, do INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DA REGIÃO BRAGANTINA, prestes a ser reconhecido como Universidade” (HAYAKAWA, 2017, p. 118)

O periódico *Vida Franciscana* (PFICB, 2010) refere-se a frei Fábio Panini com as seguintes palavras: “Aí vem o estrategista. Primeiro passo: integrar as faculdades. Então, nasceram as Faculdades Franciscanas. Segundo passo: transformá-las em Universidade” (PFICB, 2010, p. 120). É digno de nota que, nesse momento, são frequentes as referências ao nome de frei Fábio Panini, cuja imagem é construída, paulatinamente, como o estrategista, aquele que articula e conecta as demandas da Ordem, da Província, das Faculdades Franciscanas e do MEC (HAYAKAWA, 2017).

Dentre os primeiros franciscanos que chegam à Bragança Paulista para assumir os trabalhos nas faculdades, estão Frei Constâncio Nogara e Frei Fábio Panini – ambos advindos do Instituto Teológico Franciscano, em Petrópolis, onde atuaram como professores de Teologia, em companhia do ex-Frade Leonardo Boff – expoente da teologia da libertação no Brasil.

O objetivo principal das Faculdades Franciscanas passou a ser a capacitação do sujeito

para desenvolver a si e aos outros, a partir de uma educação integral do ser humano, a qual passa a ser definida como:

Criar, para seus jovens acadêmicos, nas várias áreas do saber eficaz, meios e condições que lhes possibilitem capacitar-se, humana e profissionalmente, a serem, durante e após seu período de formação universitária, sujeitos ativos no processo de desenvolvimento integral do homem todo e de todos os homens, para que assim, pela prática individual e comunitária do Bem, se faça a Paz, entendida esta como o ‘status’ pessoal a comunitário resultante da passagem de condições menos humanas para condições mais humanas (citado em: PFICB, 1985, p. 15 apud HAYAKAWA, 2017, p. 104).

Para tanto, é proposto um Projeto de Ação Integrada (doravante PAI) – item 5 da publicação dos franciscanos (cf. PFICB, 1985, p. 25s.) – “além da implantação dos Centros Comunitários Integrados, com vistas à operacionalização do Projeto Sócio-Educacional para a Paz das Faculdades Franciscanas, com a criação de quatro programas institucionais relacionados às áreas do conhecimento” (HAYAKAWA, 2017, p. 104).

Segundo Paiva (2019), em 1984, é consolidado o PAI pelo então Frei Constâncio Nogara, e, concomitantemente, outros projetos comunitários assistenciais ganham notoriedade através de vários programas docentes-discentes. Muitas das ações ocupavam os bairros periféricos de Bragança Paulista, correspondendo à região do chamado “Parque dos Estados”. Essa região era marcada por migrantes das regiões Norte, Nordeste e do Estado de Minas Gerais. Muitos moradores mobilizaram-se em frentes populares e mobilizaram o poder público no sentido de viabilizar melhorias para essa região.

No que corresponde às atividades de extensão, essas eram realizadas por meio de projetos, eventos e programas de assistência: médica, odontológica, fisioterapeuta, farmacêutica, psicológica, jurídica e profissional, nas mais diversas áreas de atuação da USF. O Projeto Sócio-Educacional extrapolou, portanto, os limites físicos das Faculdades Franciscanas ao promover a interação da Comunidade Acadêmica com a Comunidade do entorno da Instituição. Mais precisamente, uma comunidade afastada do centro comercial, nessa perspectiva, periférica e desprovida de serviços públicos.

No interior desse projeto, merece destaque, para o curso de medicina, o Programa Pró-Promoção e Assistência à Saúde (PPROPAS) desenvolvido nos diversos níveis de atenção primária (unidades básicas de saúde ou postos de saúde), secundária (clínicas e unidades de pronto atendimento e hospitais escolas) e terciária (hospitais de grande porte):

A USF, em convênio com o Serviço Médico Alimentar, reformou sua área física, adaptando-a para funcionamento de uma Unidade Periférica de Atenção Primária à Saúde, com área de 100,98m², distribuídas em sala de recepção, sala de pré e pós-consulta, consultório de clínica médica geral, consultório de pediatria, consultório de ginecologia e obstetrícia, sala de

enfermagem e banheiros.

Nesse espaço, a presença de uma equipe multiprofissional e de alunos da área da saúde da USF, supervisionados por professores, também foi importante para minimizar a pobreza e ausência de serviços de saúde na área (PAIVA, 2019, p. 106).

As ações comunitárias e de extensão realizadas pelas Faculdades Franciscanas (1976-1986) e as diferentes ações implementadas pela USF (1986-2014) atendiam, portanto, diversas áreas de responsabilidade social: a conscientização da preservação do meio ambiente, a valorização da memória histórica e cultural, com destaque para o fato de essas ações contribuírem para o desenvolvimento econômico e social da região (PAIVA, 2019).

O lema que constitui a síntese programática e que promove conexões entre a esfera política e a esfera religiosa era “Contruir a Paz pela Vivência Individual e Comunitária do Bem”, a qual foi condensada na saudação “Paz e Bem”, adotada pelas Faculdades Franciscanas e, depois, pela USF (PAIVA, 2019).

A razão única e fundamental que motivou as Suplicantes a aceitar o convite de dar continuidade a esse Complexo Educacional é o desejo fraterno e amigo de levar, aos cerca de 10.000 jovens matriculados e aos que venham a matricular-se nos diversos Cursos, a sempre viva e poderosamente eficaz mensagem de São Francisco de Assis, consubstanciada nas palavras – ‘Paz e Bem’ – com que a todos saudava e a todos a si atraía, a todos confraternizando (PFICB, 1985, p. 6).

Desse modo, podemos perceber que o Projeto Sócio-Educacional para a Paz e as diversas fontes franciscanas levantadas pelos autores permitiram-nos tanto entrever rastros da atuação peculiar dos franciscanos no Ensino Superior quanto flagrá-los, em momentos distintos, numa *práxis* educacional em franco diálogo com o contexto sociocultural e interesses da época. A atuação dos franciscanos, junto ao núcleo residencial Nosso Teto do município de Bragança Paulista, e a criação do Instituto Franciscano de Antropologia (IFAN) marcam a *práxis* educacional Franciscana, nas Faculdades Franciscanas (1976) e na passagem para USF (1985).

Além disso, percebemos que, a partir da teologia da libertação, encontramos uma matriz educacional vocacionada para a sensibilidade, solidariedade, compaixão e, principalmente, voltada à formação de sujeitos éticos e críticos.

Percebemos também que as Instituições Comunitárias de Ensino Superior tiveram, a partir da Constituição de 1988, papel marcante na trajetória do ensino, sendo a USF uma das vinte e duas instituições ligadas à Instituição ABRUC (Associação Brasileira de Universidade Comunitária). Observamos que essas Instituições possuem uma proposta diferenciada para a Educação Superior, pois “são instituições que nasceram de grupos religiosos ou da própria

comunidade, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, cujas receitas devem ser revertidas em favor de sua própria finalidade: a educação” (PAIVA, 2019, p. 115).

Diante da crise instalada no País, com todas as suas consequências econômicas, políticas e morais, teve a Lei das ICES um significado considerável no contexto da mercantilização da Educação Superior porque fortalece o modelo comunitário como indicativo de resistência ao processo de transformação da educação em apenas negócio (PAIVA, 2019, 113).

Mais recentemente, essas instituições procuraram se agregar, tendo em vista a construção da própria identidade, buscando a organização na ABRUC com a intenção de levar subsídios ao Projeto de Lei n. 7.639/2010, de autoria de Maria do Rosário - PT/RS e outros, para que lhe conferissem legalidade jurídica quando transformado na Lei Ordinária n. 12.881, publicada pelo Congresso Nacional e sancionada pela então Presidenta da República, Dilma Rousseff, em 12 de novembro de 2013. Havia, assim, “a necessidade de se afastar do segmento privado empresarial tornou-se um imperativo, visto que este representa objetivos e interesses nem sempre compatíveis com os das comunitárias” (PAIVA, 2019, p.115).

No próximo capítulo desenvolveremos a noção de uma nova proposta curricular para o curso de medicina, no ano de 1997, diante das intencionalidades referentes às conferências internacionais (Alma-Ata no Cazaquistão em 1978): a Carta Magna de 1988 (que coloca a saúde na seguridade social), o surgimento do SUS, em 1990, e as novas diretrizes curriculares para uma formação generalista em consonância com a necessidade dos serviços de saúde.

3.2. Uma proposta de mudança curricular para o curso de medicina da Universidade São Francisco em 1997

Para as discussões desta seção, recorreremos ao documento impresso do arquivo pessoal da Profa. Dra. Estela Márcia Flores Giasenella, o qual foi, gentilmente, cedido para esta análise, para que, assim, pudéssemos compreender os aspectos históricos da formação médica no curso de medicina da USF.

A partir de um determinado marco temporal (de 1990 até os dias atuais), as diversas políticas e diretrizes de saúde e educacionais sofreram modificações devido a interesses de diferentes ordens: ao processo de redemocratização do país, ao ideal da seguridade social⁹ prevista na Constituição Federal de 1988 e ao SUS, por exemplo. Através do confronto de

⁹ A seguridade social é definida na Constituição Federal, no artigo 194, caput, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. ... A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO (CF, art. 196).

interesses de diversas naturezas e de diferentes segmentos sociais, é que foram determinados os modos de estruturação da atenção à saúde, bem como a formação dos recursos humanos necessários para prestar esse tipo de serviço (MINAYO, 1992).

A criação do SUS, em 1990¹⁰, ganha notoriedade na organização das políticas públicas. Nesse período, a saúde passa a ser um dever do Estado e um direito garantido a todos mediante políticas sociais e econômicas, inclusive as relacionadas às políticas de saúde. Em meio ao movimento de consolidação do SUS, a noção de atenção afirma-se na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde marcada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira¹¹.

Desse modo, a saúde passou a ser concebida como o resultado das condições de habitação, de alimentação, de educação, de renda, de meio ambiente, de trabalho, de transporte, de emprego, de lazer, de liberdade, de acesso e posse da terra, bem como de acesso a serviços de saúde. Os médicos, por sua vez, são situados como parte dos recursos humanos da saúde, os quais são definidos como um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, de promoção, de proteção, de recuperação ou de reabilitação.

Damos ênfase à importância da compreensão do papel dos médicos nesse contexto, pois acreditamos que, assim, torna-se possível a recuperação da dimensão desse trabalho dentro de um conceito mais amplo de saúde. Para isso, consideramos imprescindível o estabelecimento de relações não somente com as outras categorias profissionais específicas da área, mas com todos os agentes que, mesmo não dedicando-se diretamente ao cuidado da saúde, produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da coletividade (PAIM, 1994).

O Ministério da Saúde, por seu turno, tem a responsabilidade de estimular e ordenar o processo de formação de trabalhadores em saúde. Para formar profissionais com o perfil de atender às necessidades do SUS, os cursos de saúde, incluindo os de medicina, precisam adequar a abordagem pedagógica de modo a favorecer a articulação dos conhecimentos e promover atividades práticas ao longo de todo o curso, em todos os tipos de unidades de saúde.

¹⁰ Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

¹¹ O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil aconteceu no final da década de 70 e culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa conferência ocorreu com o intuito de assegurar que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços de saúde. A definição do termo “Reforma Sanitária” não é única, sendo utilizada para designar as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no âmbito da assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como a Itália, a Espanha e o Brasil.

Em 1977, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia proposto o compromisso de “Saúde para todos no ano 2000”, o qual fora ratificado no encontro realizado em Alma Ata¹², em 1978, pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME – World Federation of Medical Education)¹³. Após Alma-Ata, passou-se a discutir as possibilidades de inserção do trabalho universitário no serviço de saúde, chegando à percepção de que o serviço precede a universidade e esta deve estruturá-lo. A educação médica, conforme essa perspectiva, precisaria responder, na parte que lhe cabe, a este desafio. Entretanto, na época, isso não ocorria, e o compromisso de “saúde para todos no ano 2000” começou a distanciar-se da realidade daquele tempo.

Para muitos autores, a configuração constitucional irreversível do SUS deveria, necessariamente, ter gerado em todo setor responsável, pela formação dos trabalhadores em saúde, uma imediata e profunda transformação no sentido de melhor enfrentar os novos desafios que se aproximavam rapidamente (GARRAFA, 1996, p.6).

A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com a escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS, a despeito de a educação na área de saúde nunca ter sido tão enfatizada. Não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social, o que significa dizer integração efetiva e permanente entre formação médica e serviços de saúde (OLIVEIRA, 1999, p.12).

Diante dessas perspectivas, no ano de 1997, mais precisamente, no mês de maio, alguns professores, os quais formaram uma comissão de análise curricular, liderados pela Profa. Estela Marcia Flores Giancesella, pelo Prof. Douglas Collina Martins e pelo Prof. Newton

¹² Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava 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”. A Declaração de Alma Ata – documento síntese desse encontro – afirmava a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento.

¹³ Federação Mundial de Educação Médica (WFME) é uma organização não-governamental preocupada com a educação e a formação de médicos em todo o mundo. O principal objetivo da WFME é "melhorar a qualidade da educação médica em todo o mundo, com a promoção dos mais altos padrões científicos e éticos na educação médica". A organização desenvolve padrões para a educação médica e promove a acreditação das escolas médicas. Ele também co-gerencia o Diretório Mundial de Escolas Médicas. A WFME trabalha em parceria com os seus seis Associações Regionais de Educação Médica e outras organizações internacionais, incluindo a Organização Mundial de Saúde e a Associação Médica Mundial, com os membros associados da WFME, e com escolas médicas em todo o mundo.

Carlos Polimeno (GIANESELLA et al., 1997) propuseram um novo modelo pedagógico para o curso de medicina da USF em Bragança Paulista. Esse novo modelo tinha como objetivo

formar um médico apto a enfrentar os desafios do milênio, estando apto principalmente a dar contribuição específica na busca de soluções para os graves problemas de saúde que afligiam a humanidade naquela época (elevado índice de mortalidade infantil causado por condições sensíveis, falta de saneamento, desnutrição e outras doenças infecciosas) e de procurar fazer com que as descobertas científicas e tecnológicas fossem usadas, com equidade, para o bem comum das pessoas e da sociedade (GIANESELLA et al., 1997, p. 35).

O novo modelo proposto para o curso de medicina, na época, tinha ainda como objetivo “levar a formação de um profissional competente, capaz de responder a uma demanda não só específica de sua área de atuação mas global da sociedade, enquanto cidadão”(GIANESELLA et al., 1997, p. 36). Percebe-se, então, que a perspectiva da formação médica adotada pela USF pautava-se nas intenções e recomendações de fóruns mundiais, bem como nas novas diretrizes instituídas com a criação do SUS, conforme exposto acima.

Segundo o documento (GIANESELLA et al., 1997, p. 36),

O profissional médico que se pretendia formar envolvia conhecimento, habilidades e atitudes centrados na relação interpessoal (profissional-paciente-família/cuidador-equipe multiprofissional) e com as seguintes aptidões e valores como dedicação, zelo, compromisso, envolvimento, integridade, competência, espírito de investigação, confiabilidade pessoal e técnica, responsabilidade e defesa de ideais.

Para a concretização desses objetivos, o documento expressa (GIANESELLA et al., 1997, p. 36) que o objeto de ensino do curso de medicina era “o processo saúde-doença do homem enquanto ser bio-psico-social¹⁴”.

Essa nova proposta tinha como objetivo a

formação de um médico com visão holística e postura humanística, preparado para agir com eficiência nas situações de iminente risco de vida, para solucionar os problemas de saúde mais prevalentes, prevenir doenças e promover saúde, comprometido pela ética, com a sociedade e com a humanidade (GIANESELLA et al., 1997, p. 37).

¹⁴ O modelo bio-psico-social foi elaborado e defendido por Engels em 1977 (Fava & Sonino, 2008) a partir da crítica à insuficiência da epidemiologia tradicional em abordar a saúde como um fenômeno radicado na organização social (Puttini et al. 2010), de que a doença não é somente unicausal, como visto no modelo biomédico, mas que seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais (Fava & Sonino, 2008) e também da crítica de que a relação saúde-doença é um processo, portanto sem ponto fixo, mas sim um estado. Ao pensar desta forma, garante-se uma visão holística do sujeito em suas relações e em seu estado emocional, porém sem negar o biológico, onde a maioria das doenças se manifesta, até por que, como o nome diz é BIO (da biologia ou biológico), PSICO (de psicológico) e SOCIAL, ou seja, engloba todas as dimensões científicas inerentes ao homem.

Percebemos, assim, que, com visão crítica, espírito investigativo e autonomia na busca do conhecimento, esperava-se que esse profissional estaria apto a atuar junto às instituições ligadas à Saúde, fossem elas públicas ou privadas, tanto no nível ambulatorial como hospitalar.

Esse novo modelo pedagógico e curricular tinha, implicitamente, a capacidade de formar médicos com grande motivação e tendência para tornarem-se educadores e/ou pesquisadores. É importante ressaltar que, na década 1990, em linhas gerais, houve um movimento da medicina Comunitária presente no arcabouço das propostas de reforma implementadas na América Latina. Nesse sentido, continua atual a leitura crítica que faz Schraiber (1989) acerca dos reflexos desse movimento na educação médica, ao afirmar que o "privilegiamento da qualificação especializada" é tomado como se fosse decorrência de determinados "padrões técnicos do ensino" e, assim, sua superação é reconhecida como possível, instruindo-se novas "competências técnicas individuais". Nesse mesmo período, temos relatos de reestruturação de algumas Faculdades de Medicina no Estado de São Paulo, como a Faculdade de Medicina de Botucatu.

Trata-se de experiências de inovações pedagógicas que utilizaram a aprendizagem por descoberta, sendo que na disciplina de Semiologia Pediátrica, a ênfase maior foi a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e novos cenários de ensino e na matéria Saúde Coletiva III, trabalhou-se com a ABP e a problematização de situações em diferentes serviços e níveis de atenção à saúde (CYRINO, 2004, p. 61).

Uma metodologia baseada na ABP (Aprendizagem Baseada em Problema) é adotada em diversas instituições, e, no Brasil, duas escolas médicas destacaram-se no desenvolvimento de currículos em ABP, em 1997: A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e a Faculdade de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Londrina (UEL). A "problematização" apoia-se nos estudos de Freire (1987), o qual defende uma formulação que enfatiza a percepção de que os problemas, os temas a serem estudados, partam de um cenário real, em que educação e investigação temática são momentos de um mesmo processo.

A pergunta lançada no documento norteador das propostas (GIANESELLA et al., 1997, p. 38) era: "Será que o ensino médico necessita de modificação"? Essa era a pergunta feita como fundamentação para as alterações propostas por aqueles professores do curso de Medicina da USF, em 1997. Uma provocação legítima a nosso ver, a qual merece nossa atenção para abordarmos e aprofundarmos em outras questões suscitadas naquele momento histórico.

Os quatro aspectos tratados no documento vão ao encontro dos objetivos desta pesquisa. São eles: os aspectos históricos, os movimentos mundiais para a modificação do ensino médico na época, a avaliação da situação atual das escolas de medicina do Brasil e o projeto socioeducacional da USF.

Naquele contexto sociocultural, os encontros foram suficientes para apoiar a transformação do ensino médico da época no âmbito mundial, pois a maioria das escolas de Medicina apoiava-se num mesmo modelo pedagógico e curricular.

No Brasil, durante o governo de Fernando Collor de Mello¹⁵, cujo Ministro da Saúde era Alcení Ângelo Guerra¹⁶, devido aos vários descabimentos implementados no setor da saúde, tentou-se transferir a falência desse setor à categoria médica. A diretoria da Associação Paulista de Medicina (APM) da época, de imediato, transferiu a responsabilidade do caos na saúde aos médicos recém-formados, propondo como solução, no ano de 1992, um exame de qualificação profissional, batizado como “exame de ordem”, o qual teve como objetivos avaliar as Faculdades de Medicina e identificar que tipo de profissional estava sendo formado, em outros termos, como processava-se essa formação, buscando, assim, uma contraposição às investidas no Ministro da Saúde da época e da APM.

A Associação Médica Brasileira (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e, posteriormente, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) criaram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM em março de 1991, na sede do Conselho Regional de Medicina (CFM). Essa fora uma entidade representativa que teve, posteriormente, outras adesões como a do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e a do Rio de Janeiro (CREMERJ).

As CINAEM introduziram no campo da educação médica significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no

¹⁵ Fernando Collor de Mello, do PRN (Partido Republicano Nacional), toma posse em 15 de março de 1990, e encerrado por sua renúncia da presidência, em 29 de dezembro de 1992. Fernando Collor foi o primeiro presidente eleito pelo povo desde 1960, quando Jânio Quadros venceu a última eleição direta para presidente antes do início do Regime Militar. Seu afastamento em 2 de outubro de 1992 foi consequência da instauração de seu processo de impeachment no dia anterior seguido por cassação.

¹⁶ Alcení Ângelo Guerra foi ministro da Saúde no governo Fernando Collor de Mello, de 15 de março de 1990 a 23 de janeiro de 1992. Era um médico e político brasileiro. Médico pediatra formado pela Universidade Federal do Paraná, elegeu-se deputado federal em 1982 pelo PDS e reeleito em 1986. Foi acusado de comprar para o Ministério da Saúde 23.500 bicicletas a preços superfaturados. Na ocasião, foi decretada a prisão temporária de dois de seus assessores no Paraná. Divulgado num contexto de crescentes denúncias de corrupção contra o governo Collor, o “caso das bicicletas” teve grande repercussão na imprensa e na opinião pública, culminando no indiciamento por prevaricação do próprio ministro e na posterior condenação definitiva de dois de seus assessores por corrupção passiva.

Alcení Guerra permaneceu no Ministério da Saúde até fevereiro de 1992, quando foi substituído por Adib Jatene, ex-secretário da Saúde de São Paulo, na reforma ministerial empreendida pelo governo Collor com o objetivo de ampliar suas bases no Congresso.

reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas estruturadas fundantes de novos sentidos para a educação médica no Brasil e de novas estruturas estruturantes fundantes de um novo *habitus* do campo da educação médica e uma nova linguagem no campo médico (CRUZ, 2004, p. 318).

Na proposta do documento elaborado pelos professores da época da USF, eles relatam que:

a CINAEM criou um projeto de avaliação das Escolas Médicas do Brasil divididas em duas partes na qual a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco fazia parte. De acordo com os professores, as conclusões foram conhecidas por volta de maio/junho de 1997 considerando alguns pontos relevantes como inexistência de consenso quanto ao projeto institucional de formação médica, indefinição de competências mínimas do médico a ser formado para atender as necessidades da população, indefinição do papel e grau de inserção da Escola Médica no sistema loco-regional de saúde, planejamento dissociado da execução, ausência de projeto direcional. As prioridades são definidas a partir dos interesses dos dirigentes, às vezes, em detrimento de interesses institucionais, estagnação do modelo médico, formação desvinculadas das reais necessidades da população, modelo pedagógico inadequado para o atendimento das demandas de saúde da população, ensino acrítico, fragmentado, especialização precoce estimulada por modelos profissionais e status social em detrimento com a formação geral (GIANESELLA et al., 1997, p. 43).

Eles afirmam no documento escrito que (GIANESELLA et al., 1997, p. 44),

em análise do CINAEM nas Escolas Médicas do Brasil entre elas a FCM – USF, reforça as recomendações mundiais quanto a urgência na reforma do antigo modelo médica vigente naquele período. Com isso os professores se mobilizam e a instituição se mobilizam e começam a discutir um novo projeto sócio-educacional da Universidade São Francisco tendo em vista a necessidade de reformulações tanto em ordem de gestão da Escola Médica como no modelo pedagógico na perspectiva do novo médico a ser formado.

Como justificativa para a proposta de mudança curricular em 1997, os professores, autores do projeto, relataram o seguinte sobre o histórico de formação e organização do modelo de ensino médico, desde o período inicial, em 1º de Maio de 1976:

O Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina foi assumido pelos Frades Franciscanos Menores, sendo assim as faculdades de tal Instituto deram origem às Faculdades Franciscanas. A Faculdade Bandeirante de Medicina era uma delas e já possuía um modelo pedagógico e curricular, baseado nas recomendações de Flexner (1910)¹⁷ (GIANESELLA, 1997, p. 45).

¹⁷Abraham Flexner produziu um relatório histórico de educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, escrito e publicado em 1910 sob a égide da Fundação Carnegie e apoio da Fundação Rockefeller. Muitos aspectos da atual profissão médica americana decorrem do Relatório Flexner, de suas consequências e implicações para a formação médica mundial, inclusive a brasileira.

Segundo Cutolo (2001), o que Flexner propõe é a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Os sólidos princípios sobre os quais o relatório do autor estava embasado consistiam no fato de as escolas médicas estarem baseadas em universidade, e os programas educacionais terem uma base científica (BOELEN, 2002).

Em 1986, as Faculdades Franciscanas foram elevadas à Universidade São Francisco e, em 1991, ela foi apresentada à comunidade acadêmica pelo então Chanceler Frei Estevão Ottenbreit, divulgando o Projeto Sócio-Educacional da USF, com o compromisso de “Educar para a Paz”.

A divulgação do projeto Sócio-Educacional da USF, em 1991, estimulou a direção e vários docentes da Faculdade de Ciências Médicas a discuti-lo e a comparar suas diretrizes com a situação que vigorava no ensino médico no mundo, no Brasil e na própria USF. Concluiu-se, dessa forma, ser indispensável a criação de um novo modelo pedagógico e curricular que pudesse ir ao encontro das proposições fundamentais do Projeto Sócio-Educacional, já que o modelo anterior inviabilizava tal proposição.

Na época, as diretrizes do Projeto Sócio-Educacional da USF que mais se implicaram no apontamento das propostas foram: “que as novas descobertas estivessem para o bem das pessoas e da sociedade, ter em vista que se busca o saber para transformar e não para a simples informação” (GIANESELLA et al., 1997, p. 44). Diante do exposto, a rotina e a mesmice anteriores precisavam dar lugar à criatividade, à pesquisa como atitude permanente, trazendo benefícios para a sociedade, pois, segundo as diretrizes do Projeto

a Universidade só cumpriria sua função política se conseguisse realizar sua especificidade pedagógica, revisão do modelo industrial, que compartimentaliza a produção do conhecimento, a postura elitista, a distância dos principais problemas da sociedade, presa a currículos e departamentos, a paralização pelo medo do mercado e pela falta de criatividade, a repetição e a burocracia. (GIANESELLA, 1997, p.45).

Ainda consoante o documento,

as principais distorções do Ensino Médico, no século passado, estavam no princípio de que a Medicina era ensinada por médicos práticos, em sua maioria vindos da Europa, a aprendizes que os acompanhavam nos atendimentos e dessa forma aprendiam e aprimoravam a arte de curar. Com o tempo surgiram as escolas médicas com o intuito de possibilitar aos aprendizes melhor “treinamento” prático. Em 1910 Flexner, analisando o ensino médico da época, deparou-se com distorções desde o processo de admissão que não exigia o colegial, os estudantes tinham contato direto com o paciente por demonstrações, existia pouco conhecimento e prática inadequada, sendo o método exclusivamente teórico. Recomendou-se, portanto, que as escolas médicas deveriam estar ligadas às universidades, ao interesse e com envolvimento com a pesquisa, contato com os pacientes na

enfermaria e que as soluções da medicina clínica deveriam ter uma abordagem “científica (GIANESELLA et al., 1997, p.45).

O documento aponta para uma superação do modelo flexneriano, sendo preciso, conforme o defendido, apropriar-se do ensino para as mudanças necessárias ao desenvolvimento do SUS recém implementado à época. Nesse sentido, tornava-se imperativo afirmar que toda a formação precisava estar condizente às necessidades de saúde, e devia estruturar um modelo de ensino compatível com a nova ordem nacional de estruturação do SUS, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (doravante DCN).

As DCN referentes ao curso de graduação em medicina, "definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos" (BRASIL, 2001, p. 3). E o perfil do médico egresso como um profissional deve ser aquele:

com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 4).

Esse conjunto de iniciativas evidencia quais as mudanças passam a ser necessárias para a composição do perfil dos profissionais egressos dos cursos da área da saúde. Ademais, as diretrizes apontam para o tipo de modificação que deve haver na estrutura dos currículos das escolas médicas, as quais, durante quase um século, copiaram o modelo norte-americano, cujas recomendações eram aquelas contidas no Relatório Flexner (PAGLIOSA, 2008).

Segundo a justificativa dos professores:

o ser humano passou a ser visto como um estômago com câncer, um coração insuficiente. Cirurgiões passam a referir-se não mais ao indivíduo doente que necessita de uma determinada intervenção cirúrgica, mas que iriam operar um apêndice, uma próstata como se a pessoa não contasse nesse contexto. As atitudes humanas do médico deixaram de existir e desumanizou-se a Medicina. Muitas das mazelas do currículo médico alicerçaram-se sobre os aspectos acima descritos, que propiciaram a perda dos parâmetros conceituais fundamentais para a construção de um ensino adequado (GIANESELLA et al., 1997, p. 46).

O ensino médico pautava-se no modelo “bancário” ou “convergente”, caracterizado como dissociado das necessidades sociais e que vinham ao encontro do SUS.

Um dos desafios principais é pensar a formação médica como um todo integrado e não como mera soma de conteúdos das diversas disciplinas e especialidades médicas. As diretrizes curriculares estabelecem, corretamente, que existem competências gerais que devem ser adquiridas durante os cursos de graduação: atenção à saúde,

tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente (MARTINS, 2006, p. 282).

O médico que as escolas formam atualmente é um protótipo mal acabado de um especialista que obrigatoriamente necessita completar sua formação na residência médica, com a necessidade social e por um médico com formação geral capaz de resolver desde os problemas simples até os mais complexos baseado na transmissão de conhecimento e na experiência do professor exclusivamente (GIANESELLA et al., 1997, p. 46).

As aulas eram, assim, as únicas ferramentas de ensino e atribuíam grande importância ao conteúdo da matéria. Não havia preocupação com o aluno como pessoa integral e membro da comunidade. O aluno era compreendido como sujeito passivo, receptor, tomador de nota, memorizador, fato que apresentava discrepância entre o marco conceitual e o marco estrutural na educação médica. Havia um excessivo número de disciplinas teóricas, as quais inviabilizavam as possibilidades para um currículo dinâmico e ágil. A maioria dos professores eram especialistas e muitos não possuíam profundidade, tendo em vista a formação dos médicos “*lato sensus*”. As disciplinas autônomas não interagiam entre si, nem obedeciam a um esforço ordenado de formação profissional. Muitas delas ensinavam conteúdos opostos, enquanto outras duplicavam ideias e conceitos. As aulas eram longas e não estimulavam o aluno a pesquisar, os quais não vivenciavam as práticas. Além disso, as aulas eram programadas, mas não cumpridas. O ensino, por sua vez, era centralizado no Hospital Universitário em prejuízo aos Centros de Saúde e Ambulatórios. “O aluno torna-se um mero espectador. Com simulação dos casos, não há espaço para a formação humanística do futuro médico” (GIANESELLA et al., 1997, p. 47).

Os hospitais universitários brasileiros, à medida que se integram cada vez mais ao Sistema Único de Saúde, estão se tornando hospitais de alta complexidade. O ensino de graduação não pode mais ser baseado exclusivamente ou principalmente nas enfermarias desses hospitais. A diversificação dos cenários de aprendizagem é urgente, incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários. (MARTINS, 2006, p. 282)

Diversos enfoques foram dados frente às modificações pedagógicas e curriculares, como, por exemplo, os ofertados por aqueles professores, os quais assumiam, naquele momento, a função de reestruturar o currículo no que correspondia à formação médica. Uma de suas propostas pedagógicas consistia na mudança da educação bancária, ou convergente, para a problematizadora ou libertadora: “a educação é o processo que tem como meta criar

oportunidades para mudanças no comportamento humano, o que jamais será obtido com a educação bancária” (GIANESELLA et al., 1997, p. 48).

É interessante notar, no documento, que os professores ancoram a proposta de mudança curricular nos ensinamentos de Paulo Freire (1987), mais precisamente, em sua crítica à educação bancária. Freire (1987), em *Pedagogia do Oprimido*, propunha uma prática de sala de aula que pudesse desenvolver a criticidade dos alunos, e condenava o tradicionalismo da escola brasileira, a 'educação bancária', em que o professor deposita o conhecimento em um aluno e não promove o questionamento.

Freire (1987) ainda chama de educação libertadora, ou problematizadora, a educação em que não existe uma separação rígida entre educador e educando. Ambos são educadores e educandos no processo de ensino e aprendizado. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. A educação libertadora abre espaço para o diálogo, para a comunicação, para o levantamento de problemas, para o questionamento e para a reflexão sobre o estado atual de coisas e, acima de tudo, busca a transformação (FREIRE, 1987).

Os principais teóricos da educação de adultos, como Paulo Freire, já demonstraram que a prática é o grande motivador do aprendizado. O aprendizado das chamadas ciências básicas é mais interessante e mais produtivo quando o estudante tem diante de si problemas da realidade para resolver (MARTINS, 2006).

Segundo Bordenave e Pereira (2001), uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se também no processo. A educação centrada na resolução de problemas implica participação ativa e diálogo constante entre alunos e professores.

Para Rodrigues e Figueiredo (1996), os tópicos a serem aprendidos devem ser identificados a partir de problemas reais, conhecidos por situação-problema. Para que os discentes os resolvam, devem recorrer aos seus conhecimentos prévios, integrando-os aos novos conhecimentos a serem adquiridos em pesquisa. Essa integração, aliada à prática, permite que haja maior retenção do conhecimento.

A aprendizagem é concebida como resposta natural do aluno ao desafio de uma situação-problema. Atender-se-ão, assim, os objetivos educacionais mais relevantes, quais sejam, a análise, a síntese, a avaliação (pensamento crítico e julgamento), a construção, culminando com a superação do problema.

Para Bridges (1992, p. 5-6), a aprendizagem baseada em problemas (PBL) traz características como: 1. O ponto de partida para a aprendizagem é um problema (isto é, um estímulo para o qual um indivíduo não tenha uma resposta imediata); 2. O problema deve

permitir que os alunos estejam aptos a enfrentar o mercado como futuros profissionais; 3. O conhecimento que os alunos devem adquirir durante a sua formação profissional é organizado em torno de problemas em vez de disciplinas; 4. Estudantes, individualmente ou coletivamente, assumem uma importante responsabilidade pelas suas próprias instruções e aprendizagens; 5. A maior parte do aprendizado ocorre dentro do contexto de pequenos grupos em vez de exposições.

A aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão global do problema a uma visão analítica do mesmo - através de sua teorização - para chegar a uma síntese provisória que equivale a compreensão. Dessa apreensão ampla e profunda da estrutura problema e de suas consequências nascem as “hipóteses de solução” que obrigam a uma seleção dentre as soluções viáveis. A síntese tem continuidade na atividade transformadora e construtora da organização da realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 2001, p. 10).

O outro ponto levantado para o projeto de uma mudança curricular incluía a centralizade do ensino nas necessidades do aluno (GIANESELLA et al., 1997, p. 49).

Como pontua Freire (2003, p. 25), “O ensino se concretiza quando o aluno aprende e não quando o professor ensina, portanto, os alunos devem assumir o protagonismo por sua própria aprendizagem e a ênfase deverá estar neles e no que e como eles aprendem”. Essa postura produz um aluno ativo, criativo, crítico e responsável. Almeida (2019, p. 98) afirma que:

nessa aventura o professor também é desafiado a assumir uma postura aprendiz, ativa, crítica e criativa, articulador do ensino com a pesquisa, investigador sobre o aluno, seu nível de desenvolvimento cognitivo, social e afetivo, sua forma de linguagem, expectativas, necessidades, seu estilo de escrita, contexto e cultura.

A estratégia proposta para a educação problematizadora é, portanto, a centralização do processo ensino-aprendizagem no aluno. A aprendizagem se concretiza com a realização de sessões de tutorias realizadas entre um grupo de alunos e um docente, cuja função exclusiva é facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

A discussão proposta:

dar-se-ia a partir de uma situação problema na qual todos os diferentes tópicos estão embutidos (no antigo modelo, a abordagem acontecia separadamente), propiciando ao estudante a possibilidade de levantar questões /problemas de interesse do grupo ou dele próprio, garantindo uma visão global e integrada (GIANESELLA et al., 1997, p. 50).

Os alunos iriam dispor de tempo para busca ativa das respostas às questões levantadas durante a discussão dos problemas nas tutorias, em literatura apropriada.

Esse tempo, chamado de tempo de pró-aluno (TPA), é computado como carga letiva oficial e também poderão ser utilizados para que o grupo de alunos possa consultar professores (consultores) das diferentes disciplinas envolvidas naquele problema, que terão carga horária específica para esse fim (GIANESELLA et al., 1997, p. 50).

No encontro seguinte, os estudantes trariam as respostas às perguntas formuladas anteriormente, criando o ambiente propício à discussão e troca de experiências. Este trabalho tem como proposta preparar para o trabalho multiprofissional.

Outro preceito colocado no documento era o de:

garantir o contato do aluno de medicina com as realidades de saúde e socioeconômicas da comunidade desde o primeiro ano da faculdade. Este preceito tinha a importante função de fazer com que a Educação se dê onde está a realidade e não se esconda atrás de instituições sofisticadas ou de pedantismo profissional (GIANESELLA et al., 1997, p. 50).

É interessante notar que a percepção de construir um currículo, com atividades práticas voltadas à realidade da comunidade da região de Bragança Paulista, iniciadas já no primeiro semestre, seguia alguns preceitos nacionais. Outras escolas também pensavam em tal estrutura, tal como a FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília), conforme descrito:

A decisão de analisar as concepções dos estudantes da 1ª série se deve ao fato de que, por serem os que recebem os primeiros impactos da ABP, necessitam de maior atenção e recursos adaptativos a esse tipo de aprendizagem. Há preocupação, por parte dos pesquisadores, com os aspectos emocionais desses estudantes diante de mais uma situação nova nesse período educacional. Os estudantes da 1ª série, em sua maioria, têm de lidar com várias mudanças, tais como a cidade, a separação familiares e amigos. Nessa fase, eles iniciam a construção da identidade do futuro profissional médico e, ao chegarem à Famema, vêm-se diante de um currículo diferente e de um novo método de ensino-aprendizagem, a ABP (MORAES; MANZINI, 2006, p. 126).

Esses professores afirmavam que:

ao fazer a realidade invadir os espaços da prática médica com suas necessidades de respostas, seus antagonismos, contradições e anseios de transformação, numa relação direta ensino-realidade, e que se construirão as soluções mais efetivas para a saúde-doença em nosso País.
[...]

Ao ter contato com a realidade da população o estudante enfrentará situações como efeito da situação sócio-econômicas da doença nas famílias, os aspectos psicossociais do enfermo que permitirão a discussão da dimensão humana da Prática Médica, resgastando o domínio esquecido dentro da Educação Médica, o do comportamento, humanizando o futuro profissional (GIANESELLA et al., 1997, p. 50).

Aqui podemos destacar a intencionalidade da dimensão humana da prática médica, com aspectos relacionados à formação humana e à humanização, pois:

O contato com o paciente é essencial para nossa formação, por mim seria antes, pois teríamos mais tempo para aprender a lidar com o sofrimento, com os sentimentos. Isso possibilitaria identificar as reais causas da doença, já que nosso ensino é voltado para a doença e não para a saúde (TURINI, 2008, p. 264).

Com isso, afirmavam que (GIANESELLA et al., 1997, p. 50), “para a concretização desse objetivo é fundamental que a Universidade São Francisco passe a agir junto a população da sua região de influência para resolver os seus problemas prioritários e transforme a sociedade atual em sociedade mais justa e solidária”. Esta postura de atuação, garantida pelo Projeto Sócio-Educacional da Universidade São Francisco, não substituirá, entretanto, as instituições oficiais de atendimento (Secretaria Municipal de Saúde), nem mesmo as agências reguladas de solucionar problemas da população, mas cooperará com elas no diagnóstico, pesquisa e capacitação, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (GIANESELLA et al., 1997, p. 51).

Podemos, neste momento, apontar indícios também de uma parceria ou futura parceria com a Prefeitura Municipal de Bragança Paulista/Secretaria de Saúde em programas e projetos articulados de maneira interinstitucional e preconizados pelas Novas Diretrizes Curriculares (DCN).

Outro ponto colocado na proposta de modificação do currículo de medicina era o de realizar um processo educativo interativo e construtivo. Segundo o documento (GIANESELLA et al., 1997, p. 51), “tradicionalmente o currículo é planejado com disciplinas organizadas de maneira linear, o que é umas das formas, embora não a ideal, de se estruturar um currículo pois faz parecer uma “colcha de retalhos”.

Eles justificam o projeto apontando que:

a complexidade da Educação Médica faz com que haja necessidade que não foque nas disciplinas mas em processos ou fenômenos importantes, estudando-os de forma complexa como eles se apresentam na realidade e aportando a seu estudo contribuições das diversas disciplinas de forma integrada. A construção de situações problematizadoras (textos, vídeos, visitas domiciliares e/ou hospitalares, teatralização) nas quais os conteúdos necessários de diversas disciplinas estejam embutidos, garantindo a interdisciplinariedade e a concretização de um objetivo comum, quando da discussão, pesquisa e estudo pelos alunos (GIANESELLA et al., 1997, p. 51).

Outra proposta identificada é: individualizar o ensino; a qual tem como objetivo a criação de um:

currículo nuclear comum a todos os alunos e um rol de disciplinas eletivas, cuja função é permitir a individualização do currículo garantindo flexibilidade com novos conteúdos transversais criando algumas disciplinas optativas. Nesse arcabouço estrutural cria-se a disciplina de Prática Médica e Sociedade (PMS) que terá suporte de outras disciplinas desde o primeiro semestre de (GIANESELLA et al. 1997, p. 51).

Tendo em vista esses aspectos, o curso de medicina, em 22 de novembro de 1999, por Resolução do CONSEPE (50/99) assinada pelo Frei Fábio Panini, vice-reitor na época, passa por algumas alterações como: artigo 1º – “Fica alterado o Plano Curricular, bem como o regime de seriado anual para semestral, do curso de medicina, turno diurno, da Faculdade de Ciências Médicas para os alunos ingressantes no ano 2000”.

Essa Portaria viabiliza a chamada “Individualização do currículo, por semestres, com a incorporação das práticas médicas, com seus conteúdos transversais. Dentre os objetivos gerais desse novo currículo está o de:

formar um médico apto a enfrentar desafios do novo milênio, principalmente o de dar sua contribuição específica na busca de soluções para os graves problemas de saúde que afligem a humanidade e procurar fazer com que as descobertas científicas e tecnológicas sejam usadas com equidade para o bem das pessoas e da sociedade (CONSEPE 50/99).

A estruturação da disciplina de PMS, alvo de nossa pesquisa, nasce dessa Resolução 50/99 do CONSEPE. A disciplina de PMS tinha ainda o propósito de criar situações problematizadoras através de suas práticas, inseridas nos serviços de saúde e campos do viver da cidade de Bragança Paulista.

Segundo o documento,

o profissional estará apto a atuar profissionalmente como médico junto a instituições ligadas à Saúde, sejam elas públicas ou privadas, tanto a nível ambulatorial como hospitalar. Também terá capacidade para atuar como profissional libera. O modelo pedagógico e curricular tem implicitamente a capacidade de formar médicos com grande motivação e tendência para tornarem-se educadores e/ou pesquisadores (GIANESELLA et al., 1977 p. 52).

Essa estruturação curricular deu-se até o ano de 2019, momento em que foi publicada a Portaria do Ministério da Educação n. 2117, de 6 de dezembro de 2019¹⁸, a qual permite que até 40% da carga horária do curso possa ser ofertada na modalidade de educação a distância (EAD), mesmo sendo o curso de graduação presencial. Entretanto, o parágrafo único do artigo

¹⁸ Esta Portaria é publicada pelo Ministro da Educação Abrahan Weintraub durante o primeiro ano do mandato do presidente Jair Bolsonaro

sétimo dessa Portaria informa que esta não se aplica aos cursos de Medicina (PORTARIA 2117, 2019).

Mesmo com o caráter não obrigatório para os cursos de Medicina, a partir do segundo semestre do ano de 2019, a USF decidiu reduzir sua carga horária, o que implicou para algumas disciplinas, inclusive as PMS, em sua extinção a partir do primeiro semestre de 2020.

Tendo em vista tal alteração curricular e de carga horária, acreditamos ser inquestionável a perda de conteúdos e de práticas, os quais atendiam a proposta de mudança curricular do ano de 1997, os propósitos da formação médica para o SUS, bem como as mudanças curriculares propostas pelo próprio Ministério da Educação no decorrer dos anos de 1990 e 2000.

Diante de tais acontecimentos, acreditamos que os objetivos desta pesquisa – de analisar a proposta curricular da disciplina de PMS no contexto histórico da USF e de identificar suas potencialidades para formação de um profissional de saúde ético, comprometido e transformador de si e de sua realidade, considerando uma proposta de educação libertária, pautada na filosofia de educação adotada por Paulo Freire – tornam-se ainda mais imprescindíveis no contexto da formação médica no sentido integral, ético e humano, convergindo com as necessidades do SUS vigente no Brasil.

Podemos observar, no quadro a seguir, os principais programas instituídos nos anos de 2001 a 2005, tendo em vista as diretrizes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, os quais tiveram como objetivo adequar as orientações para a formação de profissionais de saúde, incluindo os médicos, às diretrizes vigentes no país.

QUADRO 1 - Principais objetivos e características dos projetos / programas de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil — 2001-2005

Projeto/ Programa	Público	Objetivos — Características
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde	Os 14 cursos da área da Saúde	– Articulação entre educação superior e sistemas de saúde, objetivando formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando competências comuns gerais para esse perfil de formação. – Conceitos de saúde, princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais dessa articulação. – Indicar tópicos ou campos de estudos de ensino-aprendizagem, com ampla liberdade para a integralização curricular. – Levar os alunos dos cursos da saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. – Construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos. – Capacitar alunos/profissionais para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS.
Promed — Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de	Escolas e Cursos de graduação em medicina	– Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em medicina que se dispuserem a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do SUS. – Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasse, contemplando os principais problemas de saúde da população. – Capacitar melhor os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isso, que os cursos de medicina possibilitem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF).
VER-SUS	Alunos de graduação de vários cursos da área de saúde	– Aproximação da política de saúde com a formação acadêmica, na qual os estudantes de graduação vão conhecer de perto, em cidades de todas as regiões do país, o funcionamento do SUS de maneira integral (gestão do setor, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social). – Familiarização com o SUS, seus problemas, peculiaridades e avanços. – Participação ativa na direção das diferentes entidades

		estudantis da área da saúde na construção da vivência, desde seu desenho e negociação com os municípios até o processo de inscrição dos estudantes.
PITS — Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde	Profissionais de medicina e enfermagem	– Incentivo técnico, pedagógico e financeiro para fixação de médicos e enfermeiros no Programa Saúde da Família em pequenos municípios brasileiros, onde não existe médico. – Interiorização de profissionais de saúde. – Articulação de instituições de ensino e serviços de saúde, para acompanhamento e capacitação desses profissionais.
Pólos de Educação Permanente — SUS		– Articulação interinstitucional, em um território, entre gestores federais, estaduais e municipais do SUS, universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo, principalmente, suas áreas clínicas e de saúde coletiva; centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários; estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; movimentos estudantis e sociais que trabalham com saúde, fortalecendo compromissos com o SUS. – Discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde. – Propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. – Propõe ainda que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e devem propiciar a democratização institucional.
Pró-Saúde	Escolas e cursos de medicina, enfermagem e odontologia	– Incentivar transformações de processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços de saúde à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença. - Reorientar o processo de formação em Medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS. – Aproximação entre a formação de graduação em saúde no país e as necessidades da atenção básica à saúde, que se traduzem, no Brasil, pela estratégia de Saúde da Família. – Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, com vistas à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada ao cidadão,

		bem como à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente.
--	--	--

Fonte: acervo do pesquisador tendo como base os dados e as informações do MS (2005/2006) e do MEC (2005/2006).

3.3 A disciplina de Prática Médica e Sociedade (PMS)

Dentre as reformulações que marcaram o ensino médico no Brasil, vinculadas fortemente ao contexto histórico do SUS, destacamos a proposta de integração da população dentre os considerados atores estratégicos da mudança, numa perspectiva de um ensino multiprofissional, com valorização de experiências e da integração ensino-serviço-comunidade. Dentre esses elementos norteadores, temos o Programa UNI (Universidade em Integração com a Comunidade), influenciado pelo Movimento de Medicina Preventiva, Social e Comunitária.

O Programa UNI é marcado pela multiprofissionalidade em interdisciplinaridade e pela integração ensino-serviço-comunidade, com a inclusão da população usuária dos serviços de saúde (KISIL, 1994).

Michel Balint (1988) desenvolveu um trabalho voltado a ajudar os profissionais a perceberem as necessidades dos usuários e seus sofrimentos, relatados no livro ‘O médico, seu paciente e a doença’, onde focalizou o componente das relações na conduta e no resultado clínico.

Balint (1988) atestava que, apesar de o ensino apregoar aos estudantes que o clínico deveria abordar a pessoa sob o atendimento como um todo (ser integral), o principal objetivo desse trabalho era

ajudar médicos de família a alcançar uma melhor compreensão do que foi chamado de "aspecto psicológico" da prática médica geral. Em um pequeno grupo de nove ou dez pessoas, incluindo um líder psicanalista, o método consistia em apresentações de casos, seguida de falas livres dos participantes, com ênfase no conteúdo emocional das relações médico-paciente. (BALINT, 2003, p. 79)

Como aduz Merhy (1997), o território das tecnologias leves, das relações, é o lugar estratégico de mudanças no modo de produzir saúde.

No curso de medicina da USF, em Bragança Paulista, a disciplina de PMS foi instituída atendendo às diretrizes do Ministério da Educação, através de uma (re) orientação

do processo de formação profissional com foco nas práticas colaborativas, com forte inserção no SUS brasileiro, e em uma formação voltada para atenção primária em saúde (APS).

A proposta de (re)orientação partiu do direcionamento das novas diretrizes curriculares nacionais em 2001, as quais foram o resultado de fóruns e discussões iniciados pelo Conselho Federal de Medicina, em 1996, como discutido no capítulo anterior. Ela tem como princípios a pluralidade de ideias, a indissociabilidade entre teoria e prática, o entendimento da avaliação como uma necessidade permanente e a compreensão de formação como articulação entre as habilidades e competências com a capacidade de transformar a realidade.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL. Portaria 1.130, de 07 de agosto de 2001).

Diante dessa proposta de reformulação dos currículos nas áreas de Enfermagem, Medicina e Nutrição é que surge a disciplina de PMS na USF, com o intuito de preparar profissionais de saúde adequados ao SUS e com orientação para o primeiro nível de atenção em saúde (nível primário ou nível primeiro), uma vez que passou a ser necessária a explanação sobre a importância e o objetivo da atenção primária em saúde. O foco desse nível de atenção é ser o coordenador do sistema de saúde e do processo de formação. Na literatura, podem ser identificadas diversas definições e classificações da coordenação do cuidado.

A mais conhecida e adotada no Brasil é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde: coordenação horizontal e vertical. Diferencia-se entre as iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical). A coordenação implica, portanto, o estabelecimento de relações entre organizações (do mesmo ou de diferentes níveis, da mesma ou de diferentes instituições) e entre pessoas (do mesmo ou de diferentes serviços, da mesma ou de diferentes instituições) (STARFIELD, 2002, p. 298).

Dentre as atribuições da Atenção Primária, merecem destaque alguns eixos estruturantes que regem o modo de funcionamento do SUS, como o primeiro contato, abrangência, coordenação, longitudinalidade, orientação comunitária e competência cultural.

O primeiro eixo, chamado de primeiro contato, diz respeito ao modo de acesso do usuário ao SUS, indicando fatores que possam facilitar e dificultar esse acesso. Trata-se aqui do primeiro contato com o SUS. Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. O acesso foi definido por Millman (1993) como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde.

O princípio da abrangência refere-se ao território-vivo, delimitado, de atuação das equipes com responsabilização pelo usuário adscrito àquele território. Já a longitudinalidade refere-se à garantia da atenção integral com vistas a todos os ciclos de vida humano, do nascimento à morte. A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independentemente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de problema (STARFIELD, 2002).

Os dois últimos princípios (orientação comunitária e competência cultural) merecem destaque por envolverem o processo de participação popular, bem como o respeito às orientações comunitárias e à competência cultural. Estes são princípios importantes para as práticas de educação popular, visto que pressupõem a valorização do saber popular como elemento ordenador das diretrizes a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde tanto no âmbito assistencial como no processo de educação popular em saúde, as quais são importantes para o reconhecimento do outro, como nos aponta SILVA (2000):

Os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas atendidas na Atenção Primária são frequentemente pouco considerados, compreendidos e apreendidos pelos profissionais de saúde que atuam nesse ponto de atenção. Dessa forma, as orientações e ações educativas são realizadas considerando apenas as crenças dos profissionais, o que nem sempre está em consonância com o universo sócio-cultural do usuário. Esse fato é gerador de diversos dilemas e dificuldades na relação profissional-usuário e uma das causas da baixa adesão à terapêutica recomendada. (SILVA, 2000, p. 188)

O pensar, o agir e os processos de educação em saúde estão diretamente relacionados às experiências e às vivências dos indivíduos, das famílias e, também, dos profissionais de saúde. Assim, os modos de entender e as práticas adotadas variam conforme os indivíduos, as famílias e as comunidades; eles originam-se, assim, das experiências de vida.

O significado de adoecer e a percepção do seu processo saúde-doença variam sistematicamente. Entretanto, há uma forte tendência de os alunos/profissionais de saúde, os quais atuam tanto nas instituições de ensino como nos serviços de saúde, em suas práticas, não considerarem, compreenderem e apreenderem tal variação. Isso, porque, geralmente, as

orientações dadas e as ações educativas realizadas consideram como válidas apenas as crenças dos profissionais de saúde, o que leva à compreensão de os usuários serem seres passivos, sem conhecimento prévio, meramente objetos das práticas educativas e das vivências realizadas pelos profissionais de saúde/alunos. Por conseguinte, gera-se um distanciamento entre os atores responsáveis pela saúde na relação usuários-profissionais de saúde/aluno, causando uma baixa adesão à participação na terapêutica recomendada.

As informações culturais têm sido, na maioria das vezes, consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde (GOOD, 1980). Em geral, são tidas como essenciais unicamente aquelas referentes ao diagnóstico biomédico. Todos os outros dados, em particular aqueles referentes ao impacto dos fatores sociais e culturais, são avaliados como acessórios (KLEINMAN, 1985).

Cada vez mais, as práticas nos ensinam que devemos levar em consideração o contexto sociocultural das famílias e das comunidades. Para isso, acreditamos ser essencial a promoção de situações formativas, nas quais a competência cultural e a educação popular sejam valorizadas e implementadas no processo de ensino-aprendizado dos futuros profissionais de saúde.

Quando falamos de cultura remetemo-nos a todo aquele complexo que inclui o conhecimento, a arte, as crenças, a lei, a moral, os costumes e todos os hábitos e aptidões, os quais são adquiridos pelo ser humano não somente em família, como também na sociedade da qual é membro. Tomando em seu amplo sentido etnográfico, cultura é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade (LARAIA, 2006, p.25).

A cultura popular é um conjunto de manifestações criadas por um grupo de pessoas que têm uma participação ativa nelas. Ela é de fácil generalização e expressa uma atitude adotada por várias gerações em relação a um determinado problema da sociedade. Grande parte da cultura popular é transmitida oralmente, dos elementos mais velhos da sociedade para os mais novos. A cultura popular foi redefinida como um espaço de disputa e de tensões, onde se reproduzem, simbolicamente, as relações de forças sociais e de poder vigentes na sociedade – a cultura popular é percebida sempre do ponto de vista de suas relações de forças sociais (DOMINGUES, 2011, p. 410)

Entretanto, como assevera Stuart Hall:

[...] Há uma luta contínua e necessariamente irregular e desigual, por parte da cultura dominante, no sentido de desorganizar e reorganizar constantemente a cultura popular; para cercá-la e confiar suas definições e formas dentro de uma gama mais abrangente de formas dominantes. Há

pontos de resistência e também momentos de superação. Esta é a dialética da luta cultural. Na atualidade, essa luta é contínua e ocorre nas linhas complexas da resistência e da aceitação, da recusa e da capitulação, que transformam o campo da cultura em uma espécie de campo de batalha permanente, onde não se obtém vitórias definitivas, mas onde há sempre posições estratégicas a serem conquistadas e perdidas. (HALL, 2003, p.254).

Considerando tais elucidações sobre a cultura popular e a necessidade de movimentos de resistência contra as imposições das culturas dominantes, a educação popular torna-se uma ferramenta potente de troca de experiências e de emancipação dessas comunidades, melhorando a comunicação com as minorias, com os imigrantes, bem como permitindo a promoção da qualidade dos cuidados em saúde.

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das populações que são colocadas às margens da sociedade por motivações étnicas, raciais, sociais, econômicas, entre outras características culturais (grupos oprimidos). A educação popular na área, dessa forma, torna-se um elemento facilitador para o processo de formação de profissionais de saúde e, particularmente, para a formação médica em análise nas propostas curriculares da disciplina PMS.

A seguir, conforme as análises realizadas do currículo da disciplina PMS, apontaremos, de acordo com o objetivo desta disciplina, os elementos que norteiam a formação médica dentro da perspectiva da formação do sujeito ético.

A grade curricular denominada “Prática Médica e Sociedade” é dividida em oito semestres, iniciando-se já no primeiro semestre. Seu processo de construção teórico-metodológica apresenta um aspecto conceitual progressivo, partindo de conceitos teóricos e epistemológicos até a vivência prática na comunidade. Apesar de o nome dar-se por “Prática Médica”, em seus planos de ensino, a carga horária teórica da disciplina ocupa quase a totalidade, estando então as práticas restritas aos últimos anos de PMS.

Diante dessas observações, o nosso foco será a análise dos Planos de Ensino, de seus objetivos e das ementas de cada semestre de prática médica. Apresentaremos, portanto, na próxima seção, as análises e observações pertinentes ao módulo específico de cada Prática Médica e, na sequência, ocupar-nos-emos com uma discussão na interrelação entre elas no conjunto dos semestres.

3.3.1 Prática Médica e Sociedade I

O objetivo da disciplina de Prática Médica e Sociedade I (doravante PMS I), conforme consta em seu Plano de Ensino, consiste em:

desenvolver conhecimentos sobre os fundamentos da Epidemiologia, com ênfase nos estudos dos processos de saúde e doença tendo a transversalidade da educação como eixo estruturante de seu desenvolvimento através dos módulos de inserção na comunidade. Observamos que nesse período institui-se a expansão de um paradigma que incorpora uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e que extrapola sua concepção pedagógica para além dos muros dos hospitais, direcionando experiências e olhares educacionais também para as comunidades. (NUNES, 2012, p. 37)

Também corresponde aos objetivos: “esta disciplina busca compreender os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais no processo de formação, nos níveis individual e coletivo” (CURSO DE MEDICINA /PLANO DE ENSINO). Ademais, há, consoante o documento, o objetivo de proporcionar competências para a determinação do perfil de saúde da população e construir intervenções com a participação da sociedade. Igualmente, tem por fim analisar e discutir a evolução dos modelos de saúde no Brasil, sublinhando a história do processo de Reforma Sanitária brasileira e a construção do SUS, ancorada pela Constituição Federal de 1988, a qual coloca a saúde como direito social. A PMS I busca ainda criar oportunidades de aprendizagem tendo as ciências humanas e sociais como eixos transversais, proporcionando a inserção do aluno nas redes de serviços a partir do conceito ampliado de saúde.

As humanidades médicas, de forma bastante particular, se configuram em campo de conhecimento para o qual convergem elementos das ciências humanas e sociais aplicadas e das humanidades relativamente à condição humana nos processos de saúde, doença e cuidado. É um campo que abre espaços para compreender, problematizar e transformar as práticas médicas, aumentando a consciência crítica sobre o modo como a práxis realiza a humanidade intrínseca e irreduzível da medicina (BARROS e SPADACIO, 2011, p. 50).

De forma sucinta, o objetivo da disciplina PMS I é trabalhar os fundamentos da epidemiologia, os indicadores e sistemas de informações, tendo como desdobramentos os seguintes itens: saúde e doença como processo, território e saúde, modelo e sistema de saúde no Brasil, SUS e inserção prática em ações e programas da rede básica. Esses conteúdos caminham ao encontro da Proposta Curricular proposta pelo Ministério da educação, conforme as DCN:

das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina, no ano de 2001, que já expressavam a preocupação com uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Além disso, trouxeram para orientação curricular as competências divididas em seis temáticas: Atenção à

Saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente (MEC, 2001, p. 2)

Em seu conteúdo programático, observamos alguns itens como a produção social da saúde, mortalidade infantil e promoção da saúde como elementos de potencialidade para o trabalho coletivo e, principalmente, de educação popular na perspectiva da formação de um sujeito crítico/ético. Além disso, há outras questões contempladas: examinar a construção do Sistema de Saúde brasileiro e sua importância no contexto dos sistemas universais de saúde; bem como ter o propósito de colocar o aluno do curso com protagonismo no sistema, considerando-os como atores responsáveis no processo de seu aprimoramento e não como meros sujeitos que assistem, passivamente, aos entraves e ataques ao sistema, sem criticidade para intervenções participativas e de empoderamento, tanto dos profissionais/alunos como da comunidade. É esperado, portanto, que a formação vislumbre sujeitos que não assistam apenas, mas que se impliquem afirmativamente no processo de construção das políticas públicas, quer para seu exercício profissional quer como usuários do sistema.

Dessa forma, o currículo passa a ser compreendido não como um fim em si mesmo, mas como um meio em que se ancoram as diferentes estratégias pedagógicas. Deve-se considerar ainda a indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão como alicerces para uma formação de base sólida, de forma a priorizar a atenção às necessidades concretas de saúde da população. Faz-se necessária a inserção permanente dos alunos na Atenção Primária, adotando-a como cenário concreto para o desenvolvimento de atividades práticas, em contextos de complexidade e responsabilidade crescentes. (AMORETTI, 2005, p.136)

A partir do identificado, infere-se que, na disciplina PMS I, é possível o trabalho prático de educação popular, conforme a perspectiva da educação libertária de Paulo Freire, sendo ela um modelo potencial para uma prática educacional em comunidade, a qual permite olhar para os grupos oprimidos, propor o diálogo, bem como a formar sujeitos criadores de cultura e agentes da própria emancipação.

3.3.2 Prática Médica e Sociedade II

A disciplina de Prática Médica e Sociedade II (doravante PMS II) acontece no segundo semestre do curso de Medicina e tem como objetivo, de acordo com o demarcado no Plano de ensino, “compreender os fundamentos da epidemiologia descritiva atuando sobre o

território local com empatia, sensibilidade e interesse e tem a promoção da saúde como foco, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, como estratégia de produção de saúde” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

No que corresponde ao tema da promoção, conforme aponta Poland (2000), trata-se de um processo de empoderamento de pessoas para o cuidado de si e do ambiente. O termo “empoderamento” corresponde ao conceito “empowerment” advindo de núcleos filosóficos que o concebem como uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde. O empoderamento encontra-se na imagem-objetivo de controle dos determinantes do processo saúde-doença, a qual é preconizada pelos indivíduos e pelos coletivos.

No Plano de Ensino analisado, o empoderamento está presente, por exemplo, nas definições de "saúde", de "promoção à saúde", bem como no âmago das estratégias da Promoção da Saúde como, por exemplo, as de "participação comunitária", de "educação em saúde" e de "políticas públicas saudáveis".

Através do conceito de empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas, e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades; sugerindo, assim, que estas ações sejam realizadas em distintos *settings*, entre os quais estão a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários.

A disciplina PMS II busca, então:

desenvolver habilidades de comunicação com usuários, familiares, comunidades e membros de equipes profissionais, bem como promover a preservação da biodiversidade com sustentabilidade, respeitando as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, no desenvolvimento da prática médica, contribuindo para a incorporação de novos cuidados de saúde. Tem igualmente como objetivo apresentar conceitos básicos de saúde ambiental. A ementa presente no plano de ensino propõe um estudo sobre a perspectiva de epidemiologia descritiva aplicada à Vigilância em Saúde, territórios e saúde, Saúde Ambiental, Promoção e Educação em Saúde. Inserção prática em ações e programas da rede básica de saúde (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Neste ponto, observamos indícios dos temas relacionados ao ambiente, à vigilância em saúde e à educação em saúde como elementos a partir de uma crítica-social pós-estruturalista, afinal:

afirmamos que as teorias crítico-social e pós-estruturalista têm contribuições importantes para a discussão da temática do poder na saúde e para o delineamento de alternativas ao *status quo*, sendo as primeiras especialmente úteis para apontar formas de intervenção coletivas e as últimas importantes para evidenciar processos que ligam a subjetividade individual a questões de saúde pública. (CARVALHO, 2008, p. 2029 -2040)

Consoante o constante no Plano de Ensino analisado, observa-se um vasto potencial para o desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem voltadas à *práxis* freireana, uma vez que é proposto o trabalho com: a Promoção da Saúde e com as habilidades de comunicação com os usuários, familiares, comunidades e membros de equipes profissionais, sustentabilidade. O olhar é dirigido, portanto, à responsabilização para com meio e para com o coletivo e práticas de educação em saúde, com envolvimento comunitário.

Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. *Educacional* refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população (CANDEIAS, 1997, p. 211)

A Promoção da Saúde amplia a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, conceituação proposta pela OMS em meados da década de 1950, e avança na compreensão da saúde como um estado positivo, referindo-se a uma rede complexa de interdependências e inter-relações na qual não é possível estabelecer uma causalidade linear (FRAGA et al., 2013). Assim, a "saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]", ela "é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas" (BRASIL, 2002a, p. 19-20).

Esse segundo módulo da disciplina, a PMS II, a nosso ver, possibilita aos docentes envolvidos a incorporação do método da problematização, da construção do conhecimento a partir das experiências comunitárias e a viabilização da *práxis* freireana como instrumento de dialogicidade entre profissionais de saúde e comunidades no viés de seu empoderamento.

3.3.3 Prática Médica e Sociedade III

A disciplina de Prática Médica e Sociedade III (doravante PMS III) acontece no terceiro semestre do curso de medicina e tem como objetivo

promover a prática de atributos da Atenção Primária à saúde no Sistema Brasileiro. Busca fornecer ferramentas clínicas e epidemiológicas da prática médica na saúde coletiva, com o olhar sobre a gestão do cuidado, centrado na pessoa, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe. (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Ceccim (2004), em pesquisa com alunos e profissionais de saúde, relata que:

não nos tornamos profissionais de saúde por um percurso no currículo formal de conteúdos ou por um itinerário em etapas formativas conteudistas, tornamo-nos profissionais de saúde como resultado de exposições e experimentações, como efeito de afecção (sermos afetados) pelo usuários e equipes com que operamos nossos instrumentos e tecnologias de trabalho. (CECCIM, 2004, p. 346)

Desse modo, inserir os alunos no contexto de vida e trabalho das pessoas permite a eles vivenciar a *práxis*, assim como a construção de modelos de intervenção e tratamento apropriados para a realidade vivenciada. A disciplina ainda tem por escopo:

desenvolver a relação horizontal compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade. Pauta-se pela necessidade de compreender os aspectos sobre o adoecer, identificar os objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado, estruturado pela construção da relação ensino-serviço (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Nesse trecho, podemos observar os pontos considerados como fundamentais para o exercício profissional: a valorização das ferramentas da educação popular sob o viés do diálogo e do aproveitamento dos saberes comunitários, principalmente, no que tange ao desenvolvimento de uma relação horizontal, ao respeito às necessidades e aos desejos da pessoa no cuidado.

Relembramos que a dialogicidade é a essência da educação como prática da liberdade. Para Freire (2005), o diálogo é tratado como um fenômeno humano: “se nos revela como algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra. Mas, ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que ele se faça, se nos impõe buscar, também seus elementos constitutivos” (FREIRE, 2005, p.89).

Na ementa de PMS III, observamos ações como gestão do cuidado, prevenção do agravo, prática médica na saúde coletiva. Constam também: a Atenção Primária em Saúde no Brasil, o SUS e a inserção de práticas em ações e programas da rede básica de educação.

A escola tem representado um importante local para o encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de iniciativas tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação em saúde e promoção da saúde. Estas iniciativas têm sido identificadas sob o termo *saúde escolar* utilizado para designar ações que objetivam “proporcionar condições adequadas à realização do processo educacional que requer condições mínimas de saúde”. Enquanto termo descritor em Ciências da Saúde são caracterizadas como aquelas “voltadas para a comunidade escolar para concretização das propostas de promoção da saúde. [...] desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção. (GOMES e HORTA, 2010, p. 489)

Entre os conteúdos programáticos, acreditamos haver proximidade com o que é proposto para os processos de educação popular a orientação para a adoção de uma abordagem centrada na pessoa dentro do aspecto biopsíquico-social. A nosso ver, tal tratamento pode representar uma ferramenta importante no trabalho de uma educação libertária com foco para a área da saúde e educação, desde que os sujeitos sejam considerados vulneráveis às coerções sociais onde se encontram numa posição de opressão.

3.3.4 Prática Médica e Sociedade IV

A disciplina de Prática Médica e Sociedade IV (doravante PMS IV) acontece no quarto semestre do curso de medicina e tem como objetivo

“o desenvolvimento do método epidemiológico e suas ferramentas analíticas, a orientação e organização do raciocínio clínico epidemiológico para a tomada de decisão no cuidado da pessoa, da família e da comunidade. Busca proporcionar o desenvolvimento de análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoas sob seu cuidado, famílias responsáveis” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Identifica-se nesse trecho a orientação para a inserção dos alunos nos serviços SUS, inclusive em relação à análise de métodos epidemiológicos e indicadores. Ferreira (2007) nos indica que:

A inserção dos estudantes no SUS desde os primeiros períodos pode constituir mais uma oportunidade para consolidar os valores éticos que a profissão requer, colocando em xeque a estrutura ideológica que pressupõe a prática médica exclusiva e necessariamente antecipada — supostamente — por sólida e intensa formação científica. (FERREIRA, 2007, p.52)

Diante disso, é possível afirmar que a disciplina PMS IV objetiva viabilizar a identificação das necessidades de produção de novos conhecimentos em saúde através do diálogo com a própria prática, com a produção científica e com o desenvolvimento tecnológico disponível.

Na ementa da PMS IV, as temáticas trabalhadas estão orientadas para a epidemiologia analítica, a bioestatística, o método epidemiológico e a organização clínico epidemiológico para a tomada de decisão no cuidado individual e coletivo. O documento oferece orientação prática em ações em rede de saúde.

Partindo dos dados epidemiológicos e indicadores do território, consoante a proposta contida na ementa, é que acreditamos ser tangível a construção dos chamados temas-geradores, os quais são potenciais instrumentos no processo educativo. No diálogo, nascem os temas geradores, componentes do conteúdo programático. Segundo Freire (2005):

É na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos educadores e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação. O momento deste buscar é o que inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade. É o momento em que se realiza a investigação do que chamamos Universo Temático do povo ou o conjunto de seus temas geradores. (2005, p.101).

Espera-se que, pelos conteúdos e temas contemplados na disciplina de PMS IV, as abordagens possam se dar a partir de dados municipais reais, com problematização para tomada de decisão frente à realidade mostrada pela epidemiologia. Com isso, estaríamos fortalecendo um processo de formação ética, preocupado com os problemas decorrentes da comunidade local, permitindo seu fortalecimento e emancipação.

Em todo o conteúdo programático da PMS IV, podemos observar um trabalho no viés da epidemiologia quantitativa (clássica), com possibilidades para os conteúdos qualitativos, favorecendo a problematização em contraponto ao modelo bancário como depósito de conhecimento, tendo em vista que em seu conteúdo a abordagem biomédica é preponderante.

3.3.5 Prática Médica e Sociedade V

A disciplina de Prática Médica e Sociedade V (doravante PMS V) encontra-se no quinto semestre do curso de medicina. Neste componente curricular, o aluno também apresenta conteúdos ligados ao atendimento médico nos diversos níveis de atenção inseridos no município.

O objetivo da disciplina consiste em:

desenvolver e aprofundar o conhecimento sobre os fundamentos, a organização e os mecanismos de gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde. Busca identificar os desafios na organização e os mecanismos do trabalho em saúde, considerando as políticas, serviços e redes de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Podemos constatar que o que difere das demais PMS até então discutidas é o foco a uma rede de atenção específica, ligada à saúde da mulher, da criança e do adolescente. As mudanças pedagógicas nos currículos do ensino médico são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico.

A abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com essa perspectiva, em que o profissional se posiciona como facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades. Para isso, é necessário se aproximar dessas realidades e dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas (PEDROSA e SPINK, 2011, p, 126).

Com relação ao aprofundamento e ao conhecimento dos mecanismos de gestão, identificamos a potencialidade de, no decorrer das aulas, trabalhar com o controle social no sistema de saúde e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da participação social na construção de políticas públicas para o empoderamento. Para Ceccim (2004a):

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. (CECCIM, 2004a, p. 41)

Observamos aqui potencialidades para que o trabalho de fortalecimento dos conselhos locais adeque-se a um modelo de ensino pautado na educação libertária freireana e que, por conseguinte, seja possível trabalhar com populações em situação de opressão. Além disso, apesar de parte do conteúdo programático estar pautada em programas de atenção à saúde por ciclos de vida (mulher, criança e adolescente), há o foco na gestão do SUS, o que nos permite o redirecionamento das práticas de ensino-aprendizado para a realidade regional, através da dialogicidade e da formação crítica.

3.3.6 Prática Médica e Sociedade VI

A disciplina de Prática Médica e Sociedade VI (doravante PMS VI) ocorre no sexto semestre do curso de Medicina e tem como objetivo, segundo o exposto no Plano de Ensino da disciplina,

desenvolver habilidades na abordagem dos problemas de saúde do adulto e do idoso, decorrentes da atenção básica, da promoção da saúde e da prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade. Tem o intuito de proporcionar ao futuro profissional médico generalista, propositivo e resolutivo, práticas de valorizam a vida (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

A partir da análise desse trecho, observamos uma potencialidade da disciplina para o trabalho com valorização da vida humana, como elemento-chave do processo, e do aluno, como sujeito da aprendizagem.

Educar-se é impregnar de sentido cada ato cotidiano”. Impregnar-se é encharcar-se de sentido. Só se aprende quando aquilo que aprendo é significativo para mim. Eu me educo quando aquilo que aprendo é significativo para mim. As relações são conteúdos atitudinais, as minhas atitudes para com os outros não é só conhecimento. Deve-se considerar as atitudes, identidade, autonomia, sentido, para que realmente, o educando seja o sujeito da aprendizagem. (FREIRE, 2003, p. 42)

Nessa perspectiva, o contato com a comunidade e com as unidades dos territórios possibilita criar sentido ao processo de ensino aprendido através dos chamados “trabalhos vivos” (MERHY, 2002).

Para Merhy (2002), a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage a todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando, assim, um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Essas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado.

A disciplina PMS VI trabalha com a gestão do cuidado, com o processo de trabalho, com a atenção e a vigilância à saúde do adulto e do idoso. Além disso, ocupa-se das redes de atenção, do SUS, da inserção prática em ações e dos programas de atenção à saúde do adulto e do idoso na rede de saúde.

Esse módulo apresenta seus conteúdos programáticos voltados para a parte assistencial de grupos específicos dos ciclos de vida (adulto homem e idoso). Visa ainda, em quase sua totalidade, às áreas biológicas, e não apresenta nenhuma referência bibliográfica das ciências humanas.

3.3.7 Prática Médica e Sociedade VII

A disciplina de Prática Médica e Sociedade VII (doravante PMS VII) acontece no sétimo semestre do curso de medicina e tem como objetivo “promover o conhecimento dos princípios teóricos e práticos da vigilância em saúde do trabalhador, através do conhecimento e análise crítica da legislação e normas vigentes no país e suas aplicações em relação às responsabilidades do empregado e empregador” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Ao nos depararmos com o termo ‘análise crítica da legislação’, identificamos uma potencialidade para o desenvolvimento de ações que estejam baseadas nos direitos humanos e saúde; permitindo, também, diferenciar Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador, passando, portanto, pela saúde ocupacional.

A saúde do trabalhador baseia-se numa perspectiva em construção, em uma trajetória que rompe com a concepção hegemônica, e estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou entre um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Essa visão tenta, assim, superar o enfoque que situa sua determinação no social, o qual reduz a compreensão da saúde ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Desse modo, o Plano de Ensino da PMS VII propõe uma análise do perfil epidemiológico dos trabalhadores e dos desvios de saúde mais prevalentes, de modo que seja possível a identificação dos riscos ocupacionais e das formas de monitoramento e controle no ambiente de trabalho. Isto requer promover a inserção prática por meio de visitas a empresas de diferentes portes e riscos, com a finalidade de desenvolver habilidades básicas necessárias para avaliação preliminar de risco ocupacional e da exposição do trabalhador. Incorpora, igualmente, conhecer e reconhecer, na prática, ações preventivas individuais e coletivas.

O diferencial da PMS VII em relação às demais é com relação à carga horária e ao modo de atuação, como pudemos verificar no Plano de Ensino. A carga horária é de 102

horas, sendo 60 horas teóricas e 42 práticas. Parte dessa carga horária é realizada com visitas a empresas, tendo em vista a avaliação do risco ocupacional. Não consta nenhuma atividade de educação em saúde aos trabalhadores.

Diante dessas constatações, pressupomos que a disciplina PMS VII apresenta um forte componente para o trabalho com trabalhadores em riscos ocupacionais e os modos possíveis para seu empoderamento. Segundo Parmeggiani (1985, p. 25), “os trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde”.

3.3.8 Prática Médica e Sociedade VIII

A disciplina de Prática Médica e Sociedade VIII (doravante PMS VIII) é a última do currículo médico e corresponde ao oitavo semestre. O objetivo dessa disciplina, conforme seu Plano de Ensino, é “desenvolver conhecimentos e habilidades na Vigilância das doenças transmissíveis, com ênfase nos Programas de Controle IST/HIV, Hanseníase, Tuberculose e das situações especiais em vacinações” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO). Lembramos que a institucionalização das ações voltadas à AIDS ocorreu de forma coevolutiva com o campo de emergência do SUS, tendo como aspecto diferencial os recursos do Banco Mundial, o que permitiu o avanço na implementação de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (MALISKA et al, 2014).

A disciplina tem, dessa forma, como foco “desenvolver o processo de ensino-aprendizagem sustentado na lógica do cuidado, centrado no discurso do direito e autonomia do sujeito” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO). Segundo Silva (2015), a análise das concepções de sujeito e de autonomia abre lacuna para que possamos inferir quais são os possíveis caminhos e estratégias que vêm sendo realizados ou ambicionados pelas experiências de humanização nos serviços de saúde, uma vez que tais estratégias devem ser consideradas como indissociáveis dos modos de compreender o sujeito e a autonomia

Este módulo busca propiciar, na linha de cuidado, a atuação baseada em evidência científica, tendo o aluno a oportunidade para construir a habilidade de investigação epidemiológica, formação de senso científico e prático que o habilite a identificar problemas e necessidades de saúde. Tem, igualmente, como escopo “promover projetos de intervenção e de cuidado, em interação com outros profissionais e com a clientela sob sua gestão, tanto sob

aspecto populacional quanto individual, através da inserção em ações e serviços da rede de atenção” (CURSO DE MEDICINA/PLANO DE ENSINO).

Observa-se que a PMS VIII tende a trabalhar com grupos vulneráveis e doenças transmissíveis de maneira específica na gestão do cuidado, do processo de trabalho e vigilância. Objetiva-se ainda instrumentalizar, para conhecimento, programas ligados a DST/AIDS, Hanseníase e Tuberculose, com inserção dos alunos em ações e programas da rede de atenção em saúde.

Apesar de o módulo estar vinculado às práticas, seu plano de ensino assinala que são 68 horas somente teóricas, não havendo previsão de aulas práticas.

Em seu conteúdo programático, constam somente ações em saúde, sem envolvimento de processos de educação em saúde para populações vulneráveis, marginalizadas ou desprovidas de acesso à saúde (moradores de rua). No Brasil temos a estratégia “Consultório na Rua”, que foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, doravante (PNAB), em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Chamamos de “Consultório na Rua” equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. Entendemos que esse modelo visa ampliar a visão humanística na formação em saúde contribuindo para a formação do sujeito ético-crítico.

A inserção de alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde de Populações Vulneráveis da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo na equipe de Consultório na Rua, no centro da cidade de São Paulo, permitiu a eles se aproximar da realidade social na qual o morador de rua está inserido e aprender sobre as particularidades da atenção à saúde deste grupo populacional (CAMPOS, 2018, p. 997).

Esse modelo permitiria aproveitar experiências do município de Bragança Paulista, contribuindo para a formação social e humanística desses futuros profissionais, como também propiciar um aprimoramento do processo de trabalho da equipe de saúde por meio do diálogo entre ensino e serviço, qualificando, desse modo, o Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, realizada na interface das áreas da saúde e da educação, não tem como pretensão esgotar a temática sobre a formação médica na perspectiva do sujeito ético/crítico, mas contribuir, de forma preliminar, para a análise dos aspectos que tangem à formação médica nessa perspectiva, percorrendo, para isso, a disciplina de PMS, a partir de uma abordagem histórica do curso de medicina da USF.

Esse conjunto de ideias acabou entrecruzando rastros e memórias de uma experiência vivida durante parte da minha vida, bem como as relações com os diversos atores envolvidos nesse período e, também, na minha atuação no Ministério da Saúde com o Programa Pet Saúde, Interprofisisonalidade e Trabalho Colaborativo, conforme relatado no Memorial desta pesquisa.

A problematização e o aprofundamento dos pressupostos levantados, das experiências vividas por meio das práticas de educação em saúde e das inquietações deste trabalho foram possíveis mediante os referenciais teórico-metodológicos selecionados, os quais tratam do princípio fundamental da educação (o de formar sujeitos éticos), da educação popular e de diversos autores da Saúde Pública. Esses pressupostos apontam na direção de mostrar a educação como um potente instrumento para o enfrentamento das questões sociais, através de suas práticas de cunho emancipatório, embasadas nos moldes da pedagogia crítica e criticizadora, problematizadora e dialógica emanada pelo educador Paulo Freire e difundida por diversos outros educadores.

Considerando que os objetivos desta pesquisa foram, de modo mais amplo, os de identificar as potencialidades da disciplina PMS do curso de medicina da USF para a formação médica do ponto de vista educacional ético, concluímos, mesmo de forma parcial, que os indícios levantados em nossas análises nos levam a concluir que tal proposta foi contemplada pelos documentos normatizadores curriculares, como pudemos demonstrar em nossas discussões.

Na sequência dos capítulos, enfocamos a formação do sujeito ético médico a partir de teóricos como Paulo Freire (1980, 1982, 1983, 1987, 1992, 1997, 2003; FREIRE; NOGUEIRA, 2004) e outros educadores como Rodrigues (2001), Agostini (2017, 2018) e Silveira (2018), entendendo, assim, a necessidade desse tipo de formação para o curso de medicina, para o exercício da cidadania pelos sujeitos com função social (compreendido na relação com a vida social), para que o ato educativo acione os meios intelectuais de cada

educando de modo a torná-lo capaz de assumir o pleno uso de suas potencialidades físicas, intelectuais, morais e de conduzir a continuidade de sua própria formação.

Discutimos, também, sobre o papel da saúde pública dentro desse processo, tendo em vista os vários marcos históricos percorridos pelos movimentos sociais, desde a Reforma Sanitária Brasileira, à Constituição de 1988, e à consolidação do SUS. Tais ações marcaram e contribuíram significativamente para a constituição das proposituras referentes ao processo formativo, tendo em vista as intencionalidades históricas ocorridas desde a Ditadura Militar até o ano de 2019, limite temporal desta pesquisa.

O recorte temporal contemplado neste trabalho de pesquisa permitiu-nos discorrer sobre o histórico da USF, sobre os motivos que levaram os franciscanos a se instalarem na região bragantina, bem como sobre sua relação com o então Ministro da Educação e Cultura, o militar Ney Braga.

Com a transformação das Faculdades Franciscanas em Universidade São Francisco, assim como com a criação do SUS em 1990, a USF, diante das recomendações sobre as propostas de mudanças curriculares que já aconteciam em Marília, Botucatu e outras escolas médicas, também sentiu a necessidade de modificar seu currículo médico.

Em 1997, um grupo de professores elaborou uma minuta, traduzida em uma proposta de mudança, pautada nas necessidades advindas do Ministério da Educação (com as diversas propostas de reformas curriculares) e do Ministério da Saúde (com a criação do SUS), a qual serviu como diretriz para a elaboração do currículo de medicina. Essa reforma introduziu inovações pedagógicas no currículo das FCM-USF de 1997, das quais fizeram parte a perspectiva do *Problem-Based Learning* (PBL), as metodologias ativas e o trabalho em pequenos grupos na formação de profissionais de saúde.

Face às exigências governamentais, as faculdades de medicina, em especial as FCM-USF, foram estimuladas a romper com estruturas hierarquizadas e modelos tradicionais de ensino para adotar metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno, abarcando uma proposta de formação mais ética e centrada na formação integral.

Nessa mudança curricular, surge a disciplina PMS, a qual tinha como proposta pedagógica adequar as ações de ensino a uma formação mais generalista, baseada em diretrizes que apoiavam o desenvolvimento do SUS e, conseqüentemente, sua estruturação. A organização da PMS pautou-se no apoio à rede de assistência recém-estruturada pelo SUS em Bragança Paulista, em contato com a comunidade. Essa proposta vinha também ao encontro da missão franciscana, cujo respaldo vinha da Teologia da Libertação e em uma educação libertária, na defesa dos direitos humanos (diante dos abusos do regime militar), na atuação

dos franciscanos junto ao núcleo residencial Nosso Teto, do município de Bragança Paulista, e na criação do Instituto Franciscano de Antropologia (IFAN).

A disciplina de PMS foi criada, portanto, com a intenção de ser um respaldo para o desenvolvimento de várias políticas dos Ministérios de Educação e de Saúde, as quais contribuíam para o desenvolvimento de um currículo pautado numa (re)orientação para a formação de recursos humanos (força de trabalho) para o SUS.

Além dessas iniciativas governamentais, outras ações para a formação de um sujeito ético/crítico foram identificadas no período em análise desta pesquisa. Foi o caso da Educação Permanente, por exemplo, criada em 2006. A Educação Permanente, por meio dos “encontros rizomáticos”, contribuiu, de maneira significativa, para a afetivação de práticas de ensino-aprendizagem baseadas nos saberes tecno-científicos, administrativos intersetoriais, sócio-culturais, entre outras, de modo articulado com o ensino universitário, com o trabalho, com a gestão e com o controle social. Essa iniciativa viabilizou a execução da proposta de educação popular, a qual trouxe para a realidade dos serviços, da gestão e da comunidade elementos para uma formação pautada em princípios éticos e de cidadania.

Articulação semelhante ofereceu a disciplina PMS ao ser inserida no cenário das práticas nos diferentes semestres do curso de medicina da USF, uma vez que, através dela, tornou-se possível o trabalho com diferentes temáticas e com diversas ações em serviços de saúde do município de Bragança Paulista, em instituições escolares de ensino médio da rede estadual de ensino, em instituições de Longa Permanência de Idosos, em ambientes de vida e trabalho das pessoas, contribuindo, assim, para o conhecimento do modo real dos serviços de saúde e para uma formação voltada para a realidade de vida das pessoas.

Ademais, a disciplina PMS ganha força nos sistemas educacionais a partir do conceito de responsabilidade social, visto que, com ela, é possível firmar um compromisso de prestação de contas, bem como estabelecer uma relação que se inicia no acolhimento das preocupações socio sanitárias das comunidades, regiões ou nações para o direcionamento das atividades de ensino, pesquisa e serviço. A disciplina de PMS atende, desse modo, a necessidade de as instituições educacionais estarem engajadas para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais essenciais aos contextos e aos cenários específicos.

Seguindo os pressupostos do educador Paulo Freire (1982) sobre a transividade da consciência, podemos comparar esse modelo de formação como uma potência, pois se aproxima de uma educação dialogal com responsabilidade social e política, evitando deformações no ensino médico-centrado. Assim, os temas organizados por semestres

poderiam ser desenvolvidos partindo das demandas dos territórios, dos serviços de saúde municipal, e da comunidade. Essa demanda partiria para o que chamamos de “palavras geradoras”, oriundas do contexto existencial das pessoas, fazendo com que o estudante de medicina esteja mais próximo da realidade dos usuários atendidos pelo sistema de saúde local.

Este processo de ensino-aprendizagem estaria ainda pautado na ética, buscando a transformação da realidade, através de sua problematização. Lembramos que este modelo se respalda, desde suas origens, nas Novas Diretrizes Curriculares (2000) e da Educação Permanente em Saúde (EPS) (2006), com forte influência do modelo de educação popular praticado na EJA.

Nessa perspectiva, com o respaldo da disciplina de PMS, a formação médica na USF, estaria em concordância com uma formação do sujeito ético, capaz de conhecer sua realidade objetiva e intervir nela no sentido do bem comum, capaz de formar e transformar a sociedade na qual ele é parte.

Durante as análises das ementas e dos objetivos da disciplina PMS, identificamos elementos de grande potência para intervenções dos tipos mencionados, considerando, obviamente, a importância da formação ou do processo do profissional de saúde/docente para executá-las. Por essa razão, compreendemos que há a necessidade da construção de conhecimentos acerca da formação docente, mais especificamente, sobre as práticas de ensino que venham a contemplar o ponto de vista ético-crítico, visto que é de amplo conhecimento o fato de que muitos desses profissionais, circunstancialmente, assumem a função de professores.

O que ocorre, geralmente, no caso dos profissionais de saúde que passam a desempenhar o papel de professores, é a ausência de conhecimentos pedagógicos, os quais são desenvolvidos na prática, sem existência de formação específica anterior para o exercício da docência, desempenhando formas de atuação a partir de uma percepção empírica, pelo viés da experiência particular, a qual passa a constituir seu modelo pedagógico, ou o seu modo de ser docente.

A experiência dessa disciplina, exercida a partir da *práxis*, sob o enfoque crítico-reflexivo, facilitaria o desenvolvimento de habilidades além das teorias, tendo por base a prática profissional emancipadora e humanizada, uma vez que, pela proposta freireana, são fundamentais a liberdade como condição à prática educativa, a humanização das relações entre docentes e discente, a conscientização/tomada de consciência como processo para leitura do mundo, a valorização dos diversos saberes, a dialogicidade entre o saber formal docente, o saber dos alunos e o saber popular, a perspectiva de valorização da competência

cultural que abre caminho para uma reflexão sobre a realidade e a crítica das condições sociais.

Os saberes são construídos em sala de aula com processos de aprendizagem significativa, por variadas concepções, ou seja, sob diferentes óticas relacionadas à saúde e no enlace daquilo que foi vivido, observado como material humano, ambiental, social, cultural e sua estrutura cognitiva prévia. O fruto dessa articulação permite, então, descobrir relações, leis e conceitos próprios que o aluno precisa assimilar e que, portanto, serão conteúdos trabalhados por esse professor/profissional de saúde.

A disciplina de PMS caminha ao encontro dessa proposta de pesquisa, considerando a relevância das dimensões social, política e cultural. Subjaz uma compreensão de que os espaços de aprendizagem acadêmica (cenários da prática) são locais para identificar e problematizar as contradições sociais e a realidade, interconectando o saber e o fazer, tendo como premissas as concepções reais vividas pelos atores (aluno, professores e comunidade), superando a dicotomia daquilo que é intelectual e daquilo que é manual, permitindo uma formação ético-crítica do futuro profissional médico.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, N. A ética como tarefa fundamental da educação. In: SANTOS, Ivanaldo. (Org.). **Discurso e ensino: olhares interdisciplinares**. 1ed.Porto Alegre: Editora Fi, 2017, v. 1, p. 129-148.
- AGOSTINI, N.; Silva, L. B. O. ; SILVEIRA, C. R. Educação e Ética: O desafio de formar sujeitos éticos. In: **II Congresso Latinoamericano por la Paz**, 2017, Lima. Memorias: Grupos de Trabajo. Lima: Centro de Investigación Jurídica Essentia Iuris, 2017. v. 1. p. 199-212.
- AGOSTINI, N. Conscientização e Educação: ação e reflexão que transformam o mundo. **Proposições**, Campinas, v. 29, n. 3 (88), set./dez., 2018, 187-206.
- AGOSTINI, N. Educação, Bioética e Cidadania: Aproximações, convergências e transversalidades na perspectiva da teoria crítica. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, Araraquara, n. 29: nov./2017- abr./ 2018, p. 102-115.
- AGOSTINI, N.; SILVEIRA, C. R. A educação segundo Paulo Freire: da participação à libertação. **Reflexão e Ação** (versão eletrônica), v. 26, p. 149-164, 2018.
- ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde debate [online]**. 2019, vol.43, n.spe1 [cited 2020-06-12], pp.97-105.
- ALMEIDA, M. E. B. **Projeto: uma nova cultura de aprendizagem**. Disponível em <http://www.proinfo.gov.br>, 2019.
- ALVES G. G.; AERTS D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**. 2011; 6(1):319-325.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev Bras Educ Med**. 2005; 29(2):136-46.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco; Poética**; seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. - 4. ed. - São Paulo : Nova Cultural, 1991. (Os pensadores. v. 2).
- AROUCA, A. S. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, Rio de Janeiro, n.11, p.2-4. 1998. [Links]
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec**. [online]. 2004, vol.18, n.3 [cited 2020-06-03], pp.33-40.

BARROS, R. (2011c). A educação permanente como fonte para repolitizar o debate público sobre educação e formação de adultos. **A Página da Educação**, 192 (2), 110-111.

BARROS N.F, SPADACIO C.A. Formação do Pós-graduando no Mundo Contemporâneo no Cotidiano da Pesquisa. **Saúde Soc.** 2011; 20(1):50-56.

BEISIEGEL, C. R. **Política e Educação Popular**: a teoria e a prática de Paulo Freire no Brasil. São Paulo: Ática, 1989.

BENJAMIM, W. **Rua de mão única/infância Berlinense**; 1900. Edição e Tradução João Barreto, Belo Horizonte; Autentica, 2013.

_____. **O Narrador: Considerações Sobre a Obra de Nikolai Leskov**. In: Obras escolhidas I. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2012.

BERBEL, N.A.N. A Metodologia da Problemática em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Rev Diálogo Educ.** 2012; 12: 103-20. 2012.

BION, W. R. **A memoir of the future** - Karnac Books – London – 1991.

BITTAR, E. C. B. **Ética, educação, cidadania e direitos humanos**. São Paulo: Manole, 2007 .

_____. “Educação e metodologia para os direitos humanos: cultura, democracia, autonomia e ensino jurídico”. In: Silveira, R. M. G.; Dias, A. A.; Ferreira, L. F. G.; Feitosa, M. L. P. A. M. & Zenaide, M. N. T. (orgs.). **Educação em direitos humanos**: fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: Universitária, 2007, p. 313-350.

BOFF, C.; BOFF, L. **Da libertação: o teológico das libertações sócio-históricas**. Petrópolis: Vozes, 1980.

BOELEN, C. A. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bull World Health Organ.** 2002; 80(7):592-3.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2001

BRANDÃO, C. R. **Educação popular**. Brasiliense, São Paulo, 1985.

_____. A educação popular na área da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 127-131, fev. 2001.

_____. **História do menino que lia o mundo**. 3. ed. Veranópolis/RS: Iterra – Instituto de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária, 2001.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL/ Ministério da Educação. Portaria 1.130 de 07 de Agosto de 2001 Estabelece as diretrizes e bases curriculares nacionais dos curso de enfermagem, medicina e nutrição **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providencias. Diário Oficial da união 2004, 14 fev.

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

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

BRIDGES, E. M. **Problem based learning for administrators**. ERIC Clearinghouse on Educational Management. University of Oregon, 1992.

CAMPOS, A. (2018). **População de rua. Saúde E Sociedade**, 27(4), 997-1003. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180908>

CANDAU, V. M., Educação em direitos humanos: desafios atuais. In: Silveira, R. M. G.; Dias, A. A.; Ferreira, L. F. G.; Feitosa, M. L. P. A. M. & Zenaide, M. N. T. (orgs.). **Educação em direitos humanos**: fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: Universitária, 2007, p. 399-412.

CANDEIAS, N. M. F., 1997. Conceitos de educação e de promoção em Saúde: Mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31:209-213.

CARVALHO, G. A., saúde pública no Brasil. **Estudos avançados** [online]. 2013, vol.27, n.78 [cited 2020-06-03], pp.7-26.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2 [cited 2020-04-20], pp.2029-2040. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1400-10, 2004b.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CYRINO, E.G; RIZZATO, ABP . Rev. Bras. **Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (1): 59-69, jan. / mar., 2004 , p. 61

CUNHA, L. A. Ensino Superior e Universidade no Brasil. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; Veiga, Cynthia Greive (org.). **500 anos de educação no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

CUTOLO, L. R. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis; 2001. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.

DAGNINO, E. (org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DOMINGUES, P. Cultura popular: as construções de um conceito na produção historiográfica. **História** [online]. 2011, vol.30, n.2 [cited 2020-07-22], pp.401-419.

DOWBOR, L. “Prefácio”. In: FREIRE, P. **À sombra desta mangueira**. São Paulo: Olho d’Água, 1995.

FAVA, G.; SONINO, N. **O modelo biopsicossocial**: trinta anos depois. Psychotherapy and psychosomatics. Vol. 77: pág 1-2; 2008.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2010.

FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2013. 144 p.

FREIRE, A.M. de A. (org.) **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Unesp, 2001.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática de libertação**. São Paulo: Moraes 1980

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 2ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1997.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17a Edição. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

_____. Utopia peregrina. *Revista Memória da Pedagogia: Paulo Freire: a utopia do saber*. n. 4. São Paulo: Segmento-Dueto, 2005. pp. 16-29.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1982a.

_____. **Educação e mudança**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. Coleção Leitura.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. e NOGUEIRA, A. **Que Fazer – teoria e prática em educação popular**. 8 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2004.

FREUD, S. (1895/1950). **Projeto para uma psicologia científica**. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro. Imago, 1996 (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1).

GADOTTI, M.; FREIRE, P. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. **Métodos e Técnicas de Pesquisa: a metodologia em questão**. In: GAIO, R. (org.). Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento. Petrópolis, Vozes, 2008.

GARRAFA, V. Saúde x educação ou saúde + educação? **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 3, jul. 1996.

GOMES C.M., HORTA N.C. Promoção da saúde de adolescentes em âmbito escolar. *Rev APS* 2010; 13(4): 486-499.

GOOD, BJ; GOOD M.J.D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In Eisenberg, L., Kleinman A., editors. **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht: Reideil Publishing; 1980. pp. 165-96. <https://doi.org/10.1007/978-94->

009-8379-3_8.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

HADDAD J, ROSCHKER M.A.L.C, DAVINI M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1994. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100.

HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Trad. Adelaine La Guardiã Resende *et al.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; Brasília: Representação da Unesco no Brasil, 2003. NN

HAYAKAWA, T. A. **Faculdades Franciscanas: entrecruzando histórias e memórias do ensino superior na Região Bragantina (1970- 1980)** / Thiago Alexandre Hayakawa. – Itatiba, 2017. 125 p.

IZQUIERDO, I. Memórias. **Estudos avançados**. [online]. 2018, vol.3, n.6 [cited 2020-06-01], pp.89-112. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141989000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1806-9592.

KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of cultures**: an exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 19 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LOPES, S.R.S et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das praticas de saúde**. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf. Acesso em 05/11/2019

LUKACS. G. **Ontologia do ser social II**. Trad. Nélío Schneider. São Paulo: Boitempo, 2003

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I; ANDRADE, S.R. Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the SUS: a study of the city of Florianópolis, SC, Brazil. Texto contexto - enferm. [online]. 2014, vol.23, n.3 [cited 2020-04-24], pp.639-647. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300639&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003290012>.

MARTINS, M. A. Ensino médico. **Rev. Assoc. Med. Bras**. [online]. 2006, vol.52, n.5 [citado 2020-04-06], pp.282-282. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500002>.

MENESES, U.T.B **A História cativa da memória – Para um mapeamento da memória no campo das Ciências Sociais**, SP, Rev. Ins. Bras, 39:9 -24, 1992

MEB. Relatório trienal - 1990 a 1992. Brasília: MEB, 1993.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2003 n2.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**,. In: Merhy EE, Onocko R (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 71-113

MILLMAN, M. **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo - Rio de Janeiro, p.12, Ed. Hucitec-ABRASCO, 1992.

_____. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [Links]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do trabalhador: diretrizes de ação para o SUS**. Brasília, 1991. [Mimeografado].

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997. [Links]

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Políticas de Saúde**. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

MORAES, M.A.A; MANZINI, E.J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2006; 30(3): 125-135.

MOREIRA, A. Inspirações franciscanas para uma educação humanizadora. In: IFAN. **Cadernos do IFAN: pensamento franciscano, educação, arte sacra**. Bragança Paulista: EDUSF, n. 22, 1992.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; PEREIRA, I. Educação em Saúde. In: PEREIRA, IB; LIMA JCF, organizadores. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2005. p. 155-162.

NUNES, E. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos, GWS et al organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 17-37.

OFFE, C. 1984. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA N.A. A espetacularidade do “Saúde da Família” e o rumo norte do SUS. **Saúde & Cidade**. Rio de Janeiro: 1999; p.12.

OMS – **Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca. Relatório Mundial de Saúde 2008**. Consulta 2019-04-24 Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em 01/12/2019

OMS - **Carta de Ottawa para a promoção da saúde: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Genebra, 1986.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2008, vol.32, n.4 [cited 2020-04-06], pp.492-499. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA-FILHO, N, organizadores. **Epidemiologia e saúde**. 6a Edição. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-586. 1

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. **Ad Saúde**, Série Temática 1, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

PAIVA, J.; MACHADO, M,M; TIMOTHY, Ireland. (org.). **Educação de Jovens e Adultos**: Uma memória contemporânea 1996-2004. Brasília. Virtual Books, 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=657-vollejaelt-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 de maio de 2016, 10:30:00.

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, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIVA, V. (org.) **Perspectivas e dilemas da Educação popular**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987.

PAIVA, R. R.. **A Educação na Constituição Federal de 1988: das escolas comunitárias às Intituições Comunitárias de Educação Superior (ICES) (1998-2014)** / Rodrigo ribeiro de Paiva – Bragança Paulista, 2019. 133p

PARMEGGIANI, L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. **Rev. bras. Saúde ocup.**, 15 (50): 19-27, 1985.

PAULA, E. M. A. T. Educação Popular, educação não formal e pedagogia social: análise de conceitos e implicações para educação brasileira e formação de professores”. In: IX Congresso nacional de educação – Educere – III encontro sul brasileiro de psicopedagogia, 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba, PUC-PR, p. 6136.

PEDROSA C.M., SPINK M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc** 2011; 20:124-35.

PEREIRA, A. P. C. M.; (et.al.) – A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol 30 p, 7-18 2006. Disponível: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume30/Páginas_7-18_de_Revista_Baiana_de_Saúde_Pública-OS1037.pdf

PEREZ, M. D.; ARTIGAS, P. T.; LOLLO, N. Levantamento parasitológico realizado na cidade de Bragança Paulista (Estado de São Paulo), com contribuição ao levantamento da carta planorbídica do Estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 7, n. 3, p. 167-176, maio- jun. 1973.

PINTO, A.V. **Sete lições sobre educação de adultos**. São Paulo. Editora Cortez, 2010.

PINTO, J. B. M. Os direitos humanos como um projeto de sociedade emancipador. In: I Seminário nacional democracia, **Direitos humanos e desenvolvimento**, 2014, Aracaju. **Anais...** Aracaju, Instituto Braços, vol. 1, p. 315-344.

PINTO, L.F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc Saúde Colet**. 2018; 23(6):1903-1914.

POLAND, B.D; GREEN, LW; ROOTMAN I, editors. **Settings for health promotion: Linking Theory and Practice**. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.

PUTINNI, R; JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis** vol.20 no.3 Rio de Janeiro 2010.

Resolução CNE/CEB 1/2000. In: SOARES, Leôncio. **Diretrizes Curriculares Nacionais: Educação de Jovens e Adultos**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

ROCHON, A. **Educación para la salud: un guia práctico para realizar un proyecto**. Barcelona: Masson, 1996.

RODRIGUES, N. Educação: Da formação humana à construção do sujeito ético. **Educação & Sociedade**. Campinas, n. 76, v. 22, p. 232-257, 2001. “Lima Norte, Capital Latinoamericana de la Paz” IAS

RODRIGUES, M. L. V.; FIGUEIREDO, J. F. C. Aprendizado centrado em problemas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 396-402, out./dez. 1996.

RUSSEL, N. **Manual de educação em saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1996.

SÁ, T.H; FLORINDO, A.A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Rev. bras. ativ. fis. e saúde**. 2012; 17 (4): 293-299. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1881/1843>.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M.E. A Educação Popular na práxis da formação para o SUS. **Trab Educ Saude**. 2011;9(2):223-40. [Links]

SANTOS, A.M.B; (et.al) - **A Pedagogia da Problematização como Prática Emancipatória da Formação em Enfermagem**. Disponível: www.cbccenf.com.br/anaiscofen/anais7.asp?edicao=7

SANTOS, B.S. “Por uma Pedagogia do conflito”. In: SILVA, L.H. da. **Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulina, 1996.

SANTOS, L. A. C. A reforma sanitária "pelo alto": o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados, Revista de Ciências Sociais**, v.36, n.3, p.361-392, 1993.

SAVIANI, D. Os ganhos da década perdida. **Revista Presença Pedagógica**. Editora Dimensão, v. 1, n. 9, nov./dez. de 1995.

SCHRAIBER, L.B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec; 1989

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu) [online]**. 2018, vol.22, n.64 [cited 2020-07-22], pp.177-188. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso.

SILVA, A. M. da.; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais [Tese]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. 188p.

SILVA, J.F.R.S. A formação do médico. In: De Marco MA (org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SILVA, F.; CASSIANI, SHB; FREIRE FILHO JR. Interprofessional Health Education in the Region of the Americas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 20]; 26:e3013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>. [Links]

SMAHA, I. N.; CARLOTO, C. M. **Educação permanente: da pedagogia para a saúde**. VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade. p. 24-28, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TURINI B et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Rev Bras Educ Med**. 2008;32(2):264-70.

VASCONCELOS, E.M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos E.M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Huci- tec; 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - Uma proposta de mudança curricular para o curso de medicina da Universidade São Francisco em 1997. (em formato pdf)

ANEXO 2 - Plano de Ensino (Ementário) das Disciplinas de Prática Médica e Sociedade (PMS I a VIII) – (em formato pdf)