

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS DOCENTES DOS CURSOS DE MEDICINA  
PARA ABORDAGEM DOS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS E RACISMO  
NOS CURSOS MÉDICOS

Rio de Janeiro

2023

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS DOCENTES DOS CURSOS DE MEDICINA  
PARA ABORDAGEM DOS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS E RACISMO  
NOS CURSOS MÉDICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Almeida Soutto Mayor

Rio de Janeiro

2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237f Santos, Hebert Luan Pereira Campos dos  
Formação pedagógica dos docentes dos cursos de  
medicina para abordagem dos aspectos étnico-  
raciais e racismo nos cursos médicos / Hebert  
Luan Pereira Campos dos Santos. - Rio de Janeiro,  
2023.  
108 f.

Orientadora: Ana Lúcia de Almeida Soutto  
Mayor.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,  
2023.

1. Formação Profissional. 2. Currículo.  
3. Docentes. 4. Racismo. 5. Educação Médica.  
I. Soutto Mayor, Ana Lúcia de Almeida. II. Título.

CDD 370.113

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS DOCENTES DOS CURSOS DE MEDICINA  
PARA ABORDAGEM DOS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS E RACISMO  
NOS CURSOS MÉDICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 31/07/2023

BANCA EXAMINADORA

---

Ana Lúcia de Almeida Soutto Mayor (FIOCRUZ/EPJSV)

---

Giselle Goulart de Oliveira Matos (FIOCRUZ/ENSP)

---

Letícia Batista da Silva (FIOCRUZ/EPJSV)

*O produto deste meu trabalho dedico a minha família, por acreditarem em mim muito mais que eu mesmo. Por me mostrarem que sonhos foram feitos para serem realizados, sempre.*

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é construída e costurada por muitas mãos. Posso dizer que sou um, mas não sou só e, por isso, seria injusto passar por essa trajetória e não reconhecer aqueles e aquelas que me ergueram, me seguraram e me impulsionaram na busca do quetenho me tornado. Essa dissertação foi construída por muitas mãos. Mãos de pessoas que acreditam em mim e, sobretudo, me incentivam na construção daquilo que almejo ser. Fruto da construção constate de pessoas que partilham essa trajetória comigo, a partir da colaboração e compreensão mútua ao longo do processo que é me tornar quem sou. Portanto, seria injusto não agradecer.

Início agradecendo, antes de tudo, à Deus. A quem me sustentou e me assegurou que tudo ocorresse no tempo dEle, como diz em Eclesiastes 3 “há tempo para todas as coisas debaixo do céu”. Mesmo inseguro quanto a disponibilidade tempo, logística demandada pela presencialidade e a dupla, por vezes, tripla jornada requerida, Ele não me fez fraquejar.

Agradeço, sobretudo, a minha mãe, Luzimary Vieira, mulher forte, determinada, trabalhadora, que me mostrou, pelo caminho da Enfermagem, que vale a pena viver os nossos sonhos. Durante esse período, me incentivou e não me deixou desistir. Agradeço a minha avó, Maria das Graças Vieira, Dona Gal, mulher de fibra, corajosa e valente, a qual tem sido nosso apoio incondicional e irrestrito. Ela é a nossa força motriz, é quem nos permite acreditar, dia após dia, de que tudo dará certo. A cada novo passo, voo e pouso essas mulheres me afirmam e fazem ser possível, é para elas e por elas. Minha avó, obrigado por ser a nossa força diária e sempre dizer: vai dar certo, vá e faça que dará certo.

Agradeço aos meus tios, Luciano, Luciana, Lucas e Luciene, por serem sempre muito presentes, pontes de apoio, longe ou perto fisicamente, mas sempre presentes. Agradeço, especialmente, a Luciene, pois foi o presente desprezioso do livro “Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade” da escritora negra bell hooks que mobilizou reflexões para construção desse trabalho. Agradeço aos meus primos, em nome de Jéfte Kauan e Luís, por serem fontes inesgotáveis de inspiração e estímulo. Agradeço a minha irmã, Sophia, a quem carinhosamente me enche de amor.

Agradeço aos meus amigos, os quais sabidamente ou não, me auxiliaram neste percurso. Obrigado a Everton, quem foi acalanto, afago e cuidado. Obrigado pela parceria e companheirismo nessa trajetória, você é parte disso. Obrigado a Ikaro, Kênia, Raily, por

segurarem as pontas nos dias de surto. Obrigado aos meus amigos, de longe ou de perto, por serem presentes, sempre. Obrigado, especialmente, a Salvador, por ser uma inspiração enquanto pesquisador.

Agradeço a minha orientadora, a quem carinhosamente tenho chamado de Ori. Numa das nossas conversas, ela reforçou que o objetivo dela é não atrapalhar, de forma alguma, as escolhas e os caminhos dos seus orientados. Posso afirmar, que assim ela o fez. Ela me conduziu durante esses dois longos anos nos caminhos e escolhas que eu mesmo almejei, confiou e acreditou na força dos meus desejos e me fez entender que é possível construir pesquisa no ambiente do afeto. Minha pró, mais uma vez, obrigado pela nossa construção conjunta, pela nossa relação e por confiar sobremaneira no meu trabalho, na minha competência e na nossa pesquisa.

Agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e ao meu Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, os quais me permitiram alcançar horizontes, conhecer novas formas de pensar, existir e fazer pesquisa.

Agradeço a minha turma, pois bendito sois vós entre as mulheres. Agradeço a elas, em nome de Suellen e Rosângela, amigas que fizeram das trincheiras um espaço de construção conjunta, de amor e de afeto. Vocês me inspiram, me fortalecem e me fazem acreditar que é possível construir uma trajetória acadêmica afetando e sendo afetado.

Agradeço aos professores do meu programa de pós graduação, os quais me permitiram construir arcabouço teórico para olhar o mundo, mas também sensibilidade analítica para enxergá-lo para além das estruturas.

Agradeço ao Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, ao Instituto de Saúde Coletiva e ao Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os dois primeiros por terem me dado régua e compasso no caminho da pesquisa e do pensar em saúde a partir de outra perspectiva e o terceiro por estar me formando médico.

Obrigado aos grupos de pesquisa, professores e professoras, colegas e sujeitos de pesquisa que tem me estimulado na construção do sujeito pesquisador. Obrigado aos membros da banca que deram sugestões valiosas no processo de aprimoramento dessa pesquisa.

*Ao produzir uma pesquisa, portanto, não estou  
produzindo um conhecimento puro, solto no  
ar, conhecimento que irá simplesmente tornar  
os homens mais sábios. Estou produzindo  
poder e este poder irá ser usado por alguém.  
[...] Todo ato de pesquisa é um ato político.*

*(ALVES, 1980)*

## RESUMO

A formação dos profissionais médicos tem passado por inúmeras transformações, demandando das Instituições de Ensino Superior (IES) à readequação dos currículos. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso médico, reconhecendo a importância e urgência de reformulação da formação e compreendendo o racismo como condição histórica que determina as desigualdades e iniquidades da população negra quanto ao acesso à saúde, propõe que a educação das relações étnico-raciais esteja presente na formação dos médicos e médicas de todo país. Considerando isso, essa dissertação buscou, como objetivo geral, analisar o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos. Para alcançar tal objetivo, elegeu como objetivos específicos identificar, na literatura, se ocorre e como ocorre o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos e analisar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e as grades curriculares dos cursos de medicina quanto à presença de disciplinas voltadas para abordagem sobre raça e racismo. Para dar conta deste objetivo, adotou dois percursos metodológicos distintos e complementares a partir de uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratório-descritiva: 1) levantamento bibliográfico através de revisão integrativa da literatura; 2) revisão documental dos PPP e currículos médicos de dez instituições públicas de ensino superior do Estado da Bahia. Os resultados obtidos demonstram que embora a discussão sobre raça e racismo na formação dos profissionais de saúde, inclusive, na área da medicina tenha ganhado a arena do debate nos últimos anos, há uma ausência de estudos que trabalhem, especificamente, sobre os aspectos relacionados a formação pedagógica dos docentes que lecionam nesses cursos para tratar sobre a temática. Evidenciou-se também que a inclusão da discussão sobre raça, racismo e os aspectos étnico-raciais no cuidado em saúde é incipiente e, quase que inexistente nos currículos e PPP dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia, elemento que consequentemente pode favorecer a ausência de formação pedagógica dos docentes que lecionam nesses cursos.

Palavras-chave: Formação docente. Racismo. Educação médica. Currículo médico.

## ABSTRACT

The training of medical professionals has gone through endless stages, requiring Higher Education Institutions to readjust their curricula. The National Curriculum Guidelines (DCN) for the medical course, recognizing the importance and urgency of reformulating training and understanding racism as a historical condition that determines the inequalities and iniquities of the black population in terms of access to health, proposes that the education of ethnic-racial relations be present in the training of doctors across the country. Considering this, this dissertation sought, as a general objective, to analyze the process of pedagogical training of professors of medical courses to address ethnic-racial aspects and racism in medical courses. To achieve this objective, it chose as specific objectives to identify, in the literature, whether and how the process of pedagogical training of professors of medical courses occurs to address ethnic-racial aspects and racism in medical courses and to analyze the Pedagogical Political Projects (PPP) and the curricular notes of medical courses regarding the presence of disciplines addressed to address race and racism. In order to achieve this objective, we adopted two distinct and complementary methodological approaches based on a qualitative and exploratory-descriptive approach: 1) bibliographic survey through an integrative literature review; 2) document review of PPP and medical curricula of ten public institutions of higher education in the State of Bahia. The results showed that although the discussion on race and racism in the training of health professionals, including in the area of medicine, has gained the arena of debate in recent years, there is a lack of studies that work specifically on aspects related to the pedagogical training of teachers who teach in these courses to address the issue. It was also evident that the inclusion of discussion on race, racism and ethnic-racial aspects in health care is incipient and almost non-existent in the curricula and PPP of medical courses in Bahia's HEIs, an element that consequently may favor the lack of pedagogical training of professors who teach courses in these.

Keywords: Teacher education. Racism. Medical education. Medical curriculum.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC - Academia Brasileira de Ciências ABE - Associação Brasileira de Educação  
ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
APPMS - Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde BIS - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde  
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde  
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
DATASUS - Departamento de Saúde do SUS DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde DeCS - Descritores em Ciências da Saúde  
DIREM - Diretório das Escolas de Medicina  
EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
ERE - Educação das Relações Étnico-raciais  
ERIC - Educational Resources Information Centre  
FHC - Fernando Henrique Cardoso  
FIES - Programa de Financiamento Estudantil  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz FMUSP - Faculdade de Medicina da USP  
GT - Grupo de Trabalho  
GT-SPN - Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IES – Instituição de Ensino Superior  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
ISC - Instituto de Saúde Coletiva  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional MEC – Ministério da Educação  
NRS - Núcleos Regionais de Saúde PBL - Problem-Based Learning  
PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional  
PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PMM - Programa Mais Médicos  
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra  
PPC - Projetos Pedagógicos de Curso  
PPP - Projetos Políticos Pedagógicos

PROMED - Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina  
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

ProUni - Programa Universidade para Todos  
PubMed - US National Library of Medicine

REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SPN - Saúde da População Negra

SUS - Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia  
USP - Universidade de São Paulo

VER-SUS - Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Quadro 1** - Quadro síntese dos marcos normativos que tratam sobre saúde da população negra no processo de formação no Ensino Superior/ na formação em saúde/ formação médica.

**Quadro 2** - Quadro síntese dos marcos normativos que tratam sobre saúde da população negra no SUS.

**Quadro 3** - Análise dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia quanto menção sobre raça e racismo.

**Quadro 4** - Análise das matrizes curriculares dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia.

**Tabela 1** - Perfil e indicadores das IES públicas e privadas com cursos de medicina em atividade na modalidade presencial credenciados pelo MEC, Bahia, 2020.

**Tabela 2** – Características socioeconômicas e de saúde dos núcleos regionais de saúde, Bahia, Brasil, 2020.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Distribuição das IES com cursos de medicina em atividade por município baiano e por Núcleo Regional de Saúde.

**Figura 2** - Linha do tempo: Do surgimento à expansão dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia (1808 ao 2022).

**Figura 3** - Dimensões do racismo

**Figura 4** - Fluxograma para o processo sistemático de seleção dos artigos, de acordo a PRISMA (2020).

## SUMÁRIO

<b>DOS CAMINHOS QUE AQUI ME TROUXERAM...</b>	16
<b>INTRODUÇÃO</b>	19
<b>CAPÍTULO I: A QUESTÃO DA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DO PROFESSOR UNIVERSITÁRIO</b>	26
1.1 Breve histórico do Ensino Superior no Brasil	27
1.2 Das cátedras a carreira docente: quem é o professor universitário que estamos falando?	35
1.3 O caso dos professores dos cursos de medicina: médico-professor ou professor- médico?	41
<b>CAPÍTULO II: EXPANSÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL</b>	46
2.1 Do surgimento a expansão dos cursos de medicina na Bahia (1808 ao 2022)	48
2.2 A medicina e o seu papel na construção do racismo	55
<b>CAPÍTULO III: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE RAÇA E RACISMO</b>	57
3.1 O corpo negro na educação e na saúde	62
<b>CAPÍTULO IV: PERCURSOS METODOLÓGICOS</b>	71
4.1 Revisão integrativa da literatura	73
4.2 Revisão Documental	77
4.2.1 <i>Os Projetos Políticos Pedagógicos e as matrizes curriculares enquanto objetos de análise</i>	79
4.2.2 <i>O contexto: as instituições de ensino superior do estado da Bahia</i>	80
4.2.3 <i>O levantamento dos dados</i>	81
4.2.4 <i>Os instrumentos construídos para o levantamento dos dados</i>	82
4.2.5 <i>Tratamento dos dados</i>	82
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS: ENTRE O SILÊNCIO E AUSÊNCIA DA TEMÁTICA</b>	83
5.1 A produção científica sobre a temática	83
5.2 O que não dizem os PPP	85
5.3 O currículo médico e suas nuances na perpetuação do racismo	86
5.4 Remando contra a maré: estratégias de fortalecimento	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	92
<b>REFERÊNCIAS</b>	95
<b>APÊNDICES</b>	104
<b>ANEXOS</b>	108

## DOS CAMINHOS QUE AQUI ME TROUXERAM...

*“Povoa da Quem falou que eu ando só? Tenho em mim mais de muitosSou uma mas não sou só” (Sued Nunes, 2021)*

Nos últimos meses que impulsionaram a finalização dessa dissertação me pus a refletir sobre o percurso. Começo afirmando que o processo de escrita é um processo solitário, são incansáveis dias de luta entre o desejo/necessidade de finalizar e as correrias diárias que tendem a nos afastar. Escrever também é, sobretudo, um processo criativo que demanda de nós tempo, paciência e motivação. Nesse processo de buscar a motivação e frente a constante falta de tempo, me propus a pensar e a refazer, conscientemente os caminhos que me trouxeram até aqui. Foi preciso refletir, me reconectar, compreender melhor.

Nesse movimento de compreender conscientemente os caminhos, me peguei refletindo o que quero eu fazendo um mestrado, no campo da educação profissional em saúde, neste momento da minha trajetória. A pergunta que muitos devem se fazer ao ler os contornos dessa dissertação é: o que faz e/ou motivou um futuro médico a dedicar-se, a nível de pós-graduação, a estudar a formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina? O porquê tratar sobre a formação pedagógica desses docentes a partir das relações étnico-raciais? As respostas para o primeiro questionamento me fizeram trazer a memória que sou rodeado de professores, especialmente, professoras: minha mãe, enfermeira de profissão, foi professora por alguns anos nos cursos de técnico e auxiliar de enfermagem; minha avó e minhas tias-avós exerceram e se aposentaram na docência; minhas tias maternas, ambas exercem com maestria a função de pedagogas. Também tive o encantamento de ter, durante toda a minha trajetória, um conjunto de professores e professoras que me fizeram chegar até aqui. Devo reconhecer também que as preocupações em torno da formação de pessoal em saúde atravessam a minha trajetória durante o primeiro ciclo da minha formação. Desenvolvi, nesse período, atividade de monitoria em todas as disciplinas básicas obrigatórias do campo da saúde – Introdução ao campo da saúde; Saúde, Educação e trabalho; Campo da Saúde; saberes e práticas; Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde. Ou seja, os contornos pelo qual a formação pedagógica assume lugar de destaque na minha dissertação parecem, consciente e inconscientemente, costurados com a minha trajetória de vida.

Notem, porém, que eu não busco tratar pura e simplesmente da formação pedagógica desses docentes, um outro elemento fundamental e angular sobre a temática recai sobre essa dissertação: o racismo e a abordagem dos aspectos étnico-raciais. Foi também motivado pela falta, pela ausência de discussão, ausência de interesse na temática ou mesmo o silêncio em torno de um assunto que se faz necessário na formação de todo profissional de saúde considerando o histórico do racismo e do mito da democracia racial na construção da história do povo brasileiro, que encontrei na proposta de fazer o mestrado uma possibilidade de pesquisar sobre aquilo que me inquietava e me atravessava.

Foi fora dos muros do meu ninho, que tomei o ímpeto de tentar discutir sobre a temática. Na corda bamba entre uma graduação e uma pós-graduação, recuperei os sentidos que me fazem pulsar e, confesso que entrei no mestrado cheio de dúvidas e incertezas: será se conseguirei finalizar? Darei mesmo conta de desenvolver este trabalho dentro de uma rotina exaustiva que a graduação tem demandado? Pois bem, aqui estou eu escrevendo e finalizando mais esse capítulo da minha trajetória acadêmica. Me vi também na sabedoria ancestral de meus avós, quando dizem que as vezes é preciso construir e costurar outros caminhos para fazer ressoar a nossa voz ou mesmo para entender a nossa própria voz. Passei também a compreender a escrita como uma arma relevante para a população negra acessar o mundo e disputar politicamente a memória, me entendendo como um “capaz simultaneamente de vir a ser crítico e utópico, construindo formas qualificadas de pensar e planejar ações nas áreas da saúde” (PEREIRA; RAMOS, p. 9, 2006).

Espero que quem leia ou mesmo quem utilize essa dissertação como fonte de referência perceba que escrevi com muito prazer, mas também com um compromisso ético-político e com uma preocupação arrojada em torno de como os futuros profissionais de saúde têm sido formados, considerando, principalmente, o cenário de expansão do número de médicos e médicas formadas ano a ano no nosso país. Foram dois anos em que entreguei e abdiquei parte de meus dias na construção de um texto que também me fizesse refletir em torno do que faz sentir e faz sentido para mim e que coadunasse com a construção do mundo que queremos.

Revisitando, agora, o produto final deste trabalho, como o tema foi se conformando e conformando-me, os elementos que estruturaram teoricamente a minha

dissertação e os próprios resultados encontrados, ainda que com percursos metodológicos diferentes daqueles que eu almejei, é que percebo que essa dissertação tem a minha cara e assume um sentido particular de refletir e fundamentar, tortuosamente, os caminhos do meu próprio trabalho-trajetória. Acredito também que embora alguns elementos da temática aqui abordada tenham atravessado outras dissertações e teses brasileiras, tenho a dimensão e a expectativa que mais do que uma discussão pura e estritamente acadêmica, possa também contribuir para discussões potentes no ambiente dos colegiados dos cursos de medicina, entre as comissões de avaliação da graduação em medicina e no próprio ambiente de formação docente e discente dos cursos médicos do país. Esse desejo/ambiçãõ fundamenta-se, principalmente, por entender que o campo da formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesse contexto, o campo da formação médica é um espaço fruto de disputas e tendências complexas que tem atravessado o campo da educação, da saúde e do trabalho e que envolve diretamente a correlaçãõ de forças entre as classes que disputam o poder e a direçãõ econômica e política da sociedade (PEREIRA; RAMOS, 2006).

## INTRODUÇÃO

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”*  
*Paulo Freire (1992, p.79).*

Iniciei essa proposta de dissertação percorrendo os caminhos que me trouxeram até aqui, nessa introdução, provoco-me a pensar que fazer pesquisa é este que tenho me desafiado a construir. Acredito na ideia de que um objeto de pesquisa assume a continuidade do nosso ser no mundo, isto é, acredito que toda pesquisa é fruto das imbricações entre o sujeito, o seu mundo, o objeto e o sujeito-pesquisador. Porém, deparei-me com a afirmação que diz “o homem negro não é um homem” (FANON, 2008,p.26)<sup>1</sup>, mas ora se fazer pesquisa é um ato humano e se o homem negro não é um homem, como pode, eu, homem negro<sup>2</sup>, pesquisar? São as tensões oriundas desta primeira questão que costuram o objeto escolhido, posso dizer que este é o meu primeiro referencial de análise ou a minha primeira lente.

Tomaremos também como base a compreensão de que a ciência é constituída e atravessada pelas determinações históricas, sociais e políticas que as interpelam. Assim, a ciência constitui-se como uma prática humana e social que está inserida na sociedade e que não se coloca fora dela. Como nos lembram Andery *et al.* (2012), a ciência é uma das formas de conhecimento produzido pelo homem ao longo da história e é determinada pelas necessidades materiais em cada momento histórico, na medida que nele interfere. Porém, cabe-nos questionar: de que ciência estamos falando? Quem é o sujeito que produz e possui legitimidade para falar sobre ciência? Quem determina o que é ciência? Quem ou quais são os sujeitos que, ao longo da história, possui/possuem a autoridade e pode determinar o que é e o que não é científico?

Na linha desses questionamentos, não demora muito para a síndrome do impostor, referendada pelas implicações da colonialidade<sup>3</sup>, dê margem para que eu me questione

---

<sup>1</sup> Frantz Fanon, psiquiatra martinicano, examina ao longo da sua obra, *Pele Negra, máscaras brancas*, o (não) lugar de um sujeito que tenta se aproximar do homem verdadeiro, isto é, do sujeito universal. O autor traz uma série de elementos para pensar à negação do racismo e a dominação no âmbito epistemológico no que ele vai denominar de aventura colonial. Nas suas palavras, a proposta foi fazer uma análise profunda do arsenal de complexos germinados no seio da situação colonial para o negro (FANON, 2008).

<sup>2</sup> A utilização do termo negro no contexto brasileiro diz respeito a uma categoria política utilizada nas lutas contra o racismo e não está necessariamente ligado a uma relação genética (MUNANGA, 2004).

<sup>3</sup> Colonialidade não restringe-se apenas ao regime político administrativo do projeto de colonização e expansão realizado pela Europa, é assumido como um termo que não se limita a ideia de poder entre nações,

sobre a minha capacidade de fazer pesquisa. Somado a este questionamento, aglutinam-se também as incertezas que fazem parte do processo investigativo. Mas destoando dos locais<sup>4</sup> que a mim foram determinados pela colonialidade, percorro um caminho que me desafia a dizer, como canta Léo Santana, de onde eu venho tem mais tem muito mais.

Não saberei precisar quantos de mim poderiam estar aqui, ao mesmo tempo, não saberei dizer quantas dissertações ou teses do campo da educação ou do campo da saúde, escritas por pessoas negras, tenham tematizado à questão da formação docente dos professores de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e os currículos médicos brasileiros quanto à abordagem do racismo, elementos que pretendemos tratar nesta dissertação.

Causa-me certo estranhamento a sensação de que, talvez, esta seja a primeira dissertação no Brasil que tematize a formação pedagógica dos professores dos cursos de medicina quanto a abordagem sobre raça e racismo e ao próprio currículo médico quanto a abordagem desse problema. Mas, ainda que me cause estranheza, essa constatação também prenuncia que a profissão médica, pela gênese aristocrática no Brasil, realiza a mediação de importantes valores sociais que servem aos interesses socioeconômicos, políticos e culturais de determinada classe (QUEIROZ, 1991).

O exercício de configurar a proposta de objeto a ser apresentada nesta dissertação requisitou, portanto, um esforço constante de fazer escolhas. Não buscarei aqui evidenciar todas elas, mas apresento algumas pontes, fronteiras e fluxos que permitirão a você, leitor, me interpretar. Assumo que esta pesquisa é fruto do que sou e do meu lugar de fala<sup>5</sup> enquanto estudante-profissional, afirmo que não se trata de um estudo etnográfico<sup>6</sup>, mas sim, reafirmando a perspectiva de Hill Collins (2019), uma proposta de escrita que me

---

amplia-se na direção de como o trabalho, a produção do conhecimento e as relações intersubjetivas se articulam entre si através do mercado capitalista mundial e da ideia de raça (MALDONADO-TORRES, 2007).

<sup>4</sup> Os locais que foram reservados a população negra brasileira são, historicamente, locais de desprivilegio. Em números, é a população que tem menor acesso à saúde, maior precocidade nos óbitos, maiores taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência urbana (BRASIL, 2017).

<sup>5</sup> Para uma compreensão mais aprofundada sobre o conceito de lugar de fala visitar Ribeiro (2017).

<sup>6</sup> A etnografia é um método próprio da Antropologia do século XX, que desenvolve sua atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo e que ocorre a partir de três etapas: a primeira, um mergulho profundo na teoria, informações e interpretações já feitas sobre a temática e a população específica que se quer estudar; a segunda, um longo tempo vivendo entre os “nativos” e a terceira fase consiste na escrita (URIARTE, 2012).

mostra que não posso e nem devo me afastar de minhas realidades, de minha família e até de mim mesmo para criar um trabalho intelectual credível.

Assim como a definição do objeto, a definição do percurso metodológico também não foi isenta de atravessamentos e reflexões em torno das experiências pessoais. As escolhas que perfazem o caminho metodológico em uma pesquisa não é uma tarefa trivial, ao contrário, tem contato com variáveis dificilmente mensuradas, por completo, por este sujeito-pesquisador: relação pesquisador X pesquisado X branquitude X racismo X racismo institucional X privilégio X epistemicídio e tantas outras relações que surgiram na construção desse processo.

Assinalo, nesse sentido, que a escolha desse objeto, assumindo-me enquanto sujeito-pesquisador, foi uma escolha para **escurecer** que o currículo não é neutro, assim como a formação médica e a formação pedagógica dos professores que lecionam nesses cursos. No sentido de deixar latente em toda a minha discursividade os atravessamentos que me tomaram nesse processo de construção que é fazer pesquisa, assumindo essa como uma segunda lente que utilizarei para adentrar nesta dissertação. Assim, é no trânsito dessas relações enquanto homem negro, Bacharel em Saúde e graduando em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), pós-graduado em Saúde Coletiva com área de concentração em Avaliação de Impacto em Programas e Políticas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), mestrando da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pesquisador é que essa dissertação seguirá.

As discussões em torno da docência universitária e da formação pedagógica não são recentes e envolvem diretamente a discussão em torno do que é e como se constitui a Universidade e o ser professor. Como lembra Frigotto (2009, p. 131), as instituições de ensino “não são fatos naturais, mas resultantes de processos históricos” e, por isso, diversas críticas têm permeado o modelo brasileiro de universidade. Tais críticas têm abarcado não apenas o aspecto epistemológico, mas também os tipos de titulação, o empresariamento da educação, a rígida arquitetura curricular, a lógica crescente do produtivismo acadêmico e o próprio processo de formação e profissionalização tanto do docente do ensino superior como do profissional em formação (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008; CUNHA; BRITO; CICLLINI, 2006; MELO, 2018).

Ainda que marcada por críticas e contradições, como nos lembra Cunha, Brito e Cicllini (2006), o Ensino Superior no Brasil é recente e nessa breve história as reflexões

em torno dos seus significados e dos sujeitos que o compõem têm sido marcadas por ausências em torno de uma compreensão mais aprofundada.

No campo da educação profissional em saúde, por exemplo, historicamente os debates têm centrado, principalmente, nos currículos flexinerianos, fruto da influência norte-americana, que são demasiadamente técnicos e pouco contextualizados com a realidade social (ALMEIDA FILHO, 2010; TEIXEIRA; VILASBOAS, 2010). Diversas iniciativas têm sido construídas para pensar e aprimorar a formação no campo da saúde e aqui tomaremos como base um campo de interesse particular – o da educação médica.

Destaca-se que o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), instituído constitucionalmente em 1990 pela Lei nº 8.080 e nº 8.141, para além de garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado e prover um sistema que fosse equânime, universal e integral possuía também como prerrogativa constitucional ordenar a formação dos trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde (BRASIL, 2007).

Embora não tão recente, foi apenas nos últimos anos, decorrente da crescente insatisfação com a realidade existente quanto à prática desses profissionais, das novas demandas sociais, da pressão de setores da sociedade e o urgente e crescente processo de reorientação da formação é que as discussões em torno da inclusão, no currículo, de assuntos como saúde das populações invisibilizadas, como é o caso da população negra, vem ganhando a arena do debate, timidamente (RODRIGUEZ, 2003; FERREIRA; SOUZA, 2016).

O reconhecimento das demandas de saúde dessa população perpassa pelo entendimento do racismo enquanto um conjunto de práticas inconscientes, conscientes e até mesmo institucionalizadas para sustentação ideológica de superioridade de uma raça sobre outra (ALMEIDA, 2019). Discutir raça e racismo na formação dos profissionais médicos assume papel de destaque no desmantelamento da operação ideológica em que as facetas do racismo assumem, especialmente, por compreender que a educação, a ciência e a cultura ocupam papéis importantes, na medida em que produzem discursos de autoridade e modelos de humanidade.

O processo educativo e o currículo não são neutros, isto é, encontram-se condicionados por elementos políticos, econômicos, subjetivos e de classe. Mas, embora as ações e iniciativas para reformulação do currículo médico não sejam recentes, as discussões em torno da formação pedagógica dos professores que lecionam nesses cursos para abordagem de tais assuntos ainda são pouco debatidas. Os desafios e limites, na prática, permanecem cada vez mais latentes, pois se tencionam projetos e concepções de

educação médica e de currículo distintos que podem, em maior ou menor medida, perpetuar o racismo.

Sendo assim, dentre as tantas inquietações que motivaram a construção da proposta aqui apresentada, propomos responder as seguintes questões de pesquisa: após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 que orientam a construção dos currículos médicos e determinam a inclusão da abordagem dos aspectos étnico-raciais na formação, tais cursos têm incluído nas grades curriculares disciplinas que abordam raça, racismo e aspectos étnico-raciais? Os docentes que lecionam nesses cursos têm se sentido preparados para abordar a temática? Ocorre formação pedagógica para tratar sobre o tema? Se sim, como se dá esse processo? As faculdades de medicina têm, de fato, incluído discussões sobre raça e racismo nos currículos? A literatura científica tem produzido conhecimento sobre a formação pedagógica desses docentes para tratar sobre a temática?

Esses problemas de pesquisa não surgem do nada, como nos lembra Bunge (2003, p. 06), “mientras los animales inferiores sólo están en el mundo, el hombre trata de entenderlo; y sobre la base de su inteligencia imperfecta pero perfectible”. Desse modo, as questões de pesquisa ora apresentadas se constroem a partir do campo das experiências concretas – enquanto homem negro e estudante de medicina, na interlocução crítica com a realidade vivenciada durante a minha formação acadêmica e no próprio embate com os projetos políticos de saúde que acredito. Desde 2015, quando adentro a UFBA enquanto estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), um curso de graduação de duração plena que busca agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde e uma posterior formação profissional e/ou pós-graduação, as questões do campo da saúde e da formação de pessoal em saúde me inquietavam. Em 2018, após a conclusão do BIS, ingresso no curso de medicina da mesma universidade e é a partir de então que as inquietações e problemas de pesquisa que conformam esta dissertação vão ganhando maior robustez.

Diante das questões de investigação propostas, atrelada a uma dissertação de abordagem exploratória e qualitativa, formulamos duas hipóteses: a primeira é que, embora as DCNs tenham determinado a inclusão da temática nos currículos, as instituições de ensino não têm incluído, de forma sistemática, a discussão sobre racismo e as questões étnico-raciais nas grades curriculares, e, a segunda é de que inexitem ações para formação pedagógica dos professores que lecionam nesses cursos relacionadas ao tema do racismo e as questões étnico-raciais.

Portanto, conformamos como objetivo geral do nosso trabalho analisar o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos e elegemos como específicos mais dois: identificar, na literatura, se ocorre e como ocorre o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos e analisar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e as grades curriculares dos cursos de medicina quanto à presença de disciplinas voltadas para abordagem sobre raça e racismo.

Nessa altura, é conveniente ressaltar que, por se tratar de uma dissertação de mestrado construída durante dois curtos anos, realizada boa parte durante o contexto da pandemia da Covid-19, que limitou não apenas as dinâmicas espaço-temporais, como também trouxe repercussões físicas, mentais e emocionais a existência humana, para conclusão desta etapa foi necessário reduzir consideravelmente a proposta de pesquisa, abrindo mão da pesquisa de campo e aprofundando na revisão de literatura e na revisão documental, elementos que não diminuem nem um pouco a robustez das análises apresentadas. Tomamos a liberdade de assumir isto, pois compreendemos que questões outras, tão pertinentes quanto as já apresentadas, não puderam ser exploradas e/ou apresentadas com a profundidade pretendida nessa dissertação, mas que seguirão para investigações posteriores.

Com a finalidade de substanciar a discussão em torno da nossa questão de pesquisa e dos nossos objetivos, estruturamos nossa dissertação em capítulos, de modo que nos três primeiros capítulos aproximaremos e aprofundaremos teoricamente três elementos que estruturam o objeto desta dissertação: a educação médica, que é o campo de estudo da nossa pesquisa; as noções de formação docente, que são os elementos centrais do objeto de estudo e, por fim, discutiremos acerca das questões sobre raça e racismo, problema estrutural que atravessa os dois primeiros elementos.

No primeiro capítulo, tomamos a tarefa de discutir brevemente sobre a formação histórica da universidade no Brasil e o seu papel, compreendemos que a discussão sobre formação pedagógica ocorre dentro da universidade – espaço constituído por disputas históricas em torno da sua função e da sua conformação. Tentamos também demonstrar como a questão do professor universitário relacionava-se diretamente as questões históricas relacionadas ao ensino superior no país e, por fim, tratamos de forma mais específica dos professores dos cursos de medicina

No capítulo seguinte, buscamos tratar sobre a expansão das escolas médicas, tratamos brevemente das políticas e estratégias para reorientação da formação desses profissionais no país, bem como os aspectos que envolvem o papel da medicina na construção do racismo enquanto ideologia. No capítulo “Breves considerações sobre raça e racismo”, apresentamos alguns conceitos elementares sobre o assunto, tratamos suas tipologias e a necessidade de integração analítica da dimensão ideológica, prática e estrutural.

A seguir, no Capítulo IV, fizemos algumas considerações quanto as escolhas dos percursos metodológicos escolhidos, justificando suas escolhas e os procedimentos para alcançar o objetivo proposto. Finalmente, no capítulo “Resultados: entre o silêncio e ausência da temática”, tratamos especificamente de apresentar os achados do nosso estudo. Neste capítulo, na seção 5.1 tratamos de apresentar o que foi encontrado por nós durante a revisão de literatura. Na seção 5.2 fizemos o movimento de evidenciar o que os PPP evidenciam em seus conteúdos e, na seção 5.3, a análise em torno dos currículos dos dez cursos de medicina das IES públicas. Na seção 5.4, tratamos de trazer algumas experiências e estratégias de fortalecimento que têm sido construídas pelos estudantes negros e negras e algumas ações institucionais com vistas a diminuir o impacto do racismo no ensino superior. Por fim, nas considerações finais, apresentamos os apontamentos construídos ao longo da construção deste trabalho, lançando novos caminhos e novas reflexões que podem ser respondidas e investigadas do que entendemos como educação médica para as relações étnico-raciais.

Por fim, encerramos o trabalho com a apresentação de algumas reflexões finais.

## CAPÍTULO I

*As únicas pessoas que realmente mudaram a História foram as que mudaram o pensamento dos homens a respeito de si mesmos. Malcolm X*

### **A QUESTÃO DA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DO PROFESSOR UNIVERSITÁRIO**

A discussão em torno da formação dos professores universitários não é recente e diversas questões referentes a prática pedagógica na docência do Ensino Superior vêm sendo debatidas ao longo das últimas décadas (CUNHA, 2001; GAUTHIER, 2006; MASETO, 1998; 2003; PIMENTA e ANASTASIOU, 2014; TARDIF, 1999).

Entendemos que este é um dos elementos que compõem a discussão proposta nessa dissertação e, portanto, neste capítulo buscaremos apresentar algumas bases fundamentais para esse debate.

Propomos analisar o contexto histórico, a atuação e a conformação desse docente universitário enquanto sujeito, bem como as interferências da mudança social para atuação desse professor. Isso decorre, sobretudo, por compreendermos que não estamos falando apenas da prática médica e/ou mesmo do ato de formar para as relações étnico- raciais, elementos que abordaremos nos capítulos posteriores. O ensino formal enquanto uma atividade característica do professor no ambiente universitário e mesmo no ambiente escolar conforma-se como uma prática social complexa, permeada pela necessidade de leitura crítica da profissão diante das realidades sociais e tomada de posicionamento ético e político que envolve diretamente a reflexão sobre o seu exercício docente (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014). São essas premissas que nos impulsionam a buscar saber, neste capítulo, “quem é o professor, o que faz/como faz, o que pensa/como pensa, por que faz/por que pensa, como aprende e como/mantém o que aprende e de que forma” (BRITO; CUNHA, 2008, p. 191).

Isso se torna mais relevante, pois no contexto da saúde, as pesquisas e reflexões em torno da formação do professor que lecionam nos cursos e quem são esses têm se voltado principalmente para discutir as questões relacionadas ao uso de metodologias ativas, as capacitações e capacidades metodológicas para tornar o ensino mais atrativo para o aluno, tornando-o sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem. Entendemos que tais elementos tornam-se relevantes e fundamentais para o contexto de autonomia requerida pelas novas propostas curriculares inseridas no processo de formação do ensino superior. Por outro lado, tem sido também apontado para necessidade de que os professores que

lecionam nos cursos de ensino superior, de modo geral, sejam capazes de promover uma discussão aprofundada de natureza filosófica que situem este professor no mundo e que sejam capazes de articular os saberes as demandas e problemas sociais do nosso tempo.

Como destaca Anunciação (2011):

[...] a depender da sua formação e da sua concepção de mundo, um professor pode ter tanto uma prática revolucionária, que promova a emancipação humana; como uma prática altamente inovadora e divertida no contexto da sala de aula, mas que esteja a serviço do capital e da reprodução do status quo da sociedade atual (ANUNCIÇÃO, p. 14, 2011).

É considerando essas duas possibilidades na concepção da formação do profissional que leciona nos cursos de saúde e pensando em que saúde queremos para o povo brasileiro é que tomamos como base questões mais fundamentais, isto é, buscando superar puramente a discussão sobre se os currículos possuem ou não disciplinas que tratam sobre determinada temática, é que nos debruçamos também em conhecer e entender mais sobre o profissional que forma outros profissionais. Isso faz parte do primeiro passo para chegarmos onde pretendemos desembocar.

### **1.1 Breve histórico do Ensino Superior no Brasil**

Por compreendermos que a reflexão em torno do professor universitário requer um exame dos fenômenos históricos do ensino superior e da universidade no Brasil, nos deteremos, em alguns parágrafos seguintes, em discutir brevemente sobre a formação histórica da universidade Brasil e o seu papel, cuja sua estrutura e função atual decorre de um desenvolvimento histórico cuja origem remonta ao século XI. Destacamos que Ensino Superior e Universidade não são sinônimos, pois nos moldes da Lei nº 9.394 de 1996, a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) brasileira, reconhece uma variedade de tipos de Instituições de Ensino Superior (IES) que compõem o Ensino Superior brasileiro e que se dividem em Universidades e Não-Universidades. Charles e Verger (1966) reforçam que “as universidades representaram apenas uma pequena parte do que poderíamos denominar, de modo amplo, Ensino Superior” (p. 7) e, em nosso texto, privilegiaremos tratar da Universidade, por ser este ser o cenário de análise onde se insere o nosso objeto de pesquisa, mesmo compreendendo que o processo de expansão do ensino superior no país tenha privilegiado, crescentemente, o modelo de não-universidades que coadunam com “práticas e estruturas universitárias que se aproximam das do mercado e aponta a lógica econômica como norteadora das práticas acadêmicas” (COSTA; GOULART, 2018, p. 02).

Nos ancoramos, logo de início, na ideia de que na conformação da sociedade capitalista e na alavancada das tendências neoliberais de tratar o ensino como um subconjunto da política econômica, a universidade tem assumido o papel de reproduzir o modo de produção capitalista, pois enquanto instituição responsável pela produção do conhecimento<sup>7</sup> científico, tem se tornado um potente e crescente espaço para produzir mão de obra conforme as exigências do capital e para disseminação de uma ideologia dominante que naturaliza as condições para que esse sistema de produção se mantenha e se reproduza. Isso decorre, pois:

[...] a universidade assim como outras instituições são “artefatos” sociais que devem ser compreendidos como produtos da história humana. A universidade é uma produção social e histórica; sua função social não está dada por uma definição natural. [...]. De modo concreto, não podemos pensar que a construção do conhecimento é entendida como individual. O conhecimento é produto da atividade e do conhecimento humano marcado social e culturalmente. A universidade não é perfeita e tão pouco inquestionável, ela funciona bem ou mal, cumpri com maior ou menor efetividade suas atribuições e está na vivência de uma sociedade e não acima dela. (AGUIAR, 2014, p. 18)

Do ponto de vista sócio-histórico, veremos que as aspirações do que viriam a ser a Universidade nos moldes que a conhecemos hoje surge entre os anos de 1.100 e 1.200, conhecido como as Escolas da Alta Idade Média. Segundo Charle e Verger (1996), as ditas universidades daquela época eram entendidas como um espaço autônomo de mestres e alunos reunidos para o ensino de disciplinas no ensino superior. As primeiras instituições com tais características surgiram na Itália (Bolonha) por volta de 1.190, 1.214 na Inglaterra (Oxford) e 1.215 na França (Paris), umas surgiram através da associação de estudantes e outras conformaram-se a partir da união de mestres. Embora com aspirações totalmente autônomas quando comparada as escolas catedrais ou também chamadas de eclesiásticas, essas universidades só eram legitimadas enquanto instituição de ensino após aprovação da igreja e do estado.

Durante o século XIV e XV disseminou-se por toda Europa um número crescente de universidades, vistas como um sinônimo de modernização e capital cultural. Entre os séculos XVI e XVII, as universidades passaram a se espalhar pelas colônias americanas

---

<sup>7</sup> Ancorados pelos escritos de Ramos (2005), o conhecimento é compreendido aqui como uma forma de produção do pensamento pela qual se apreende e se representam as relações que constituem e estruturam a realidade objetiva, isto é, “homens e mulheres são seres histórico-sociais que atuam no mundo concreto para satisfazerem suas necessidades subjetivas e sociais e, nessa ação, produzem conhecimentos. Assim, a história da humanidade é a história da produção da existência humana e a história do conhecimento é a história do processo de apropriação social dos potenciais da natureza para o próprio homem, mediada pelo trabalho. Por isto, o trabalho é mediação ontológica e histórica na produção de conhecimento” (RAMOS, 2007).

e espanholas, assumindo características próprias e a até então autonomia universitária passa a ser posta em xeque. Nesses quatro séculos, diversas crises permearam o que viria ser a Universidade e a sua função social, características e modelos próprios foram sendo criados e propostos para reformular a então *universitas*, palavra do latim que remete a tais instituições.

No Brasil, o que viria a ser o ensino superior só toma forma após dois séculos de sua existência enquanto colônia. Segundo Almeida (2018, p. 07), apesar de várias tentativas, não se constituiu, durante o período jesuítico, uma universidade, pois na intenção de manter a relação de dependência entre metrópole e colônia a sua criação foi proibida. É apenas mais tarde, por volta de 1808, com a chegada da Família Real nas terras brasileiras, que as primeiras instituições de ensino superior são criadas, porém ainda incipientes do ponto de vista estrutural.

Durante esses primeiros 210 anos da história do Brasil colônia, os jesuítas foram os únicos responsáveis pela formação do sistema educacional formal, sobretudo, a serviço da educação da elite. Teixeira (2005) vai destacar que na conformação da sociedade colonial, os indígenas, quando não escravizados, eram formados pela evangelização jesuítica; aos negros escravizados, a educação se dava por meio do trabalho forçado e no interior das senzalas; e aos filhos da elite, o branco, recebia uma educação escolar de qualidade e iam completar seus estudos na Europa, tendo como principal referência a Universidade de Coimbra<sup>8</sup>.

Com a chegada da Família Real, diversas mudanças no campo econômico, político, cultural e administrativo da então colônia foi sendo implementadas. No campo da educação, a preocupação girava em torno de criar uma estrutura administrativa capaz e competente de assumir as novas exigências administrativas da corte na colônia, nesse cenário foram criadas uma série de cadeiras diretamente relacionadas às atividades militares visando, sobretudo, a defesa da recém chegada família portuguesa. Em 1808 é

---

<sup>8</sup> Aqui, faremos um parêntese para evidenciar como, historicamente, o Brasil Colônia, Império e República assumiu uma postura ativa e permissiva diante da discriminação e do racismo que atinge a população negra brasileira. Em 1854, através do Decreto nº 1.331 de 17 de fevereiro, foi estabelecido as escolas públicas do país não admitiriam pessoas escravizadas, e a previsão de instrução para adultos negros dependia da disponibilidade de professores. Mais de 20 anos depois, em 6 de setembro de 1878, o Decreto nº 7.031 -A determinou que os negros só podiam estudar no período noturno e diversas estratégias foram desenvolvidas para impedir o acesso pleno do povo negro aos bancos escolares (BRASIL, 2004). Desde este período, a educação nunca foi um direito garantido para população negra brasileira, portanto, a universidade e o ensino superior nunca foram espaços pensados e projetados para o corpo negro. Essa nota merece destaque, pois possui relação direta com o local do negro na sociedade brasileira e dentro dos cursos de medicina, como será retomado nas seções seguintes.

criada a Academia Real da Marinha e em 1810 cria-se a Academia Real Militar, visando a formação de oficiais e de engenheiros civis e militares, ambas no Rio de Janeiro.

Ainda durante este ano, surgiram também os cursos de Cirurgia no Hospital Militar da Bahia e de Cirurgia e Anatomia no Rio de Janeiro, que se transformariam posteriormente nos cursos de medicina. Cabe destacar, que nesse contexto de formação do que viria a ser a estrutura do ensino superior na colônia, há uma concepção puramente profissionalizante na perspectiva de formação de técnicos que garantissem a sobrevivência da corte na colônia. Na Bahia, foram criadas as cadeiras de economia (1808), agricultura (1812), química (1817) e de desenho técnico (1817). Outros cursos foram sendo criados durante este período em outras regiões do país, como no Rio de Janeiro (laboratório de química em 1812 e o curso de agricultura em 1814), Pernambuco (matemática em 1809) e Vila Rica (desenho e história em 1817). Nesse período, como aponta Almeida (2018), “o ensino superior se organizou para atender às necessidades de desenvolvimento de um “estado nacional” que se fazia necessário devido às transformações sociais ocorridas dentro e fora do Brasil” (p. 09).

Segundo Coelho e Vasconcelos (2009):

Foram pequenas as iniciativas dos governos imperiais no campo do ensino superior. Cursos viraram academias, currículos foram alterados, mas o panorama não mudou substancialmente. Permanecia o modelo de formação dos profissionais liberais em estabelecimentos isolados e visava-se assegurar um diploma profissional com direito a ocupar postos privilegiados em um mercado de trabalho restrito, além da garantia de prestígio social. Durante o período imperial o ensino superior ganhou volume, cursos foram criados, academias foram abertas, mas não se viu grande alteração dos meios ou dos fins desse ensino, pois se desenvolveu em faculdades isoladas, através de modelos educacionais copiados de outros países sem considerar a realidade social e local, além do forte caráter elitista que predominava desde a colônia. Foram várias tentativas de constituir-se no ensino superior uma universidade brasileira e inúmeros projetos elaborados, mas todos foram frustrados (COELHO; VASCONCELOS, 2009, p. 3)

Martins (2002, p. 4) vai apontar que a perspectiva era formação de um ensino superior voltado para formação profissional sob controle do Estado, a partir da combinação de do pragmatismo da reforma pombalina portuguesa e o modelo napoleônico, que advogava a separação entre ensino e pesquisa científica. Durante este período, as resistências entre a criação de universidades em solo brasileiro foram constantes, para Cunha (1980, p. 85), essa resistência relacionava-se, sobretudo, a ideia de que “o aumento do número de diplomados, poderia produzir, pela diminuição da raridade, a perda do valor intrínseco do diploma, em termos de poder, prestígio e remuneração”.

Portanto, a proposta de constituir-se, em solo brasileiro, uma universidade foi marcada pela resistência na criação de instituições de ensino superior e, ao mesmo tempo, na ampliação do número de cursos isolados tanto durante a vigência do Império quanto nos primórdios da República. Durante o período, sucessivas reformas foram propostas com vistas a organizar o ensino superior no país: Reforma Benjamin Constant em 1890; Código Epiácio Pessoa em 1901; Reforma Rivadávia Correa em 1911; Reforma Carlos Maximiliano em 1915, primeira legislação que vai dispor legalmente sobre a instituição de uma universidade em território brasileiro (fato que só vai ocorrer 5 anos após com o Decreto nº 14.343 de 1920) e a Reforma João Luiz Alves/Rocha Vaz em 1925, tais reformas, entretanto, não mudaram o cenário de um sistema educacional “orientado pela prática elitista, da colônia e do Império, que atendia aos interesses das classes dominantes” (ALMEIDA, 2018, p. 13).

Destacamos que foi no cenário da Constituição da República de 1891 que a iniciativa privada recebeu legalmente a possibilidade de criar e ampliar a oferta do ensino superior. Foi durante esse período da primeira república, que as escolas superiores livres, isto é, não dependentes da ação estatal, vão tomando forma e se ampliando a partir das iniciativas particulares.

Após mais de 100 anos do surgimento das primeiras aspirações de instituições que conformariam, futuramente, a universidade brasileira, é somente em 1920 que surge, institucionalmente, a primeira instituição universitária criada legalmente pelo Governo Federal, a Universidade do Rio de Janeiro, a qual conformou-se a partir da união de três escolas tradicionais - Faculdade de Medicina, a Escola Politécnica e as Faculdades Livres de Direito, sem maior integração entre elas, cada uma conservando suas características e mantendo autonomia didática e administrativa (FÁVERO, 2006). Sobre este ponto, Coelho e Vasconcelos (2009) vão destacar que:

[...] a reunião das escolas superiores em universidade não fez que esta se tornasse uma “verdadeira” universidade, passando a ter existência apenas nominal. Sua implantação não decorreu de um processo orgânico de discussão e de amadurecimento, que resultasse na organização de uma entidade a altura dos anseios da sociedade brasileira. Não teve maior significado e foi recebida sem entusiasmo. Tratava-se de um ato político e protocolar de justaposição de instituições, continuando a funcionar de forma isolada, sem nenhuma articulação e sem qualquer alteração nos currículos. (COELHO; VASCONCELOS, 2009, p. 07)

Embora distante de caracterizar-se enquanto uma “verdadeira” universidade, o período avivou o debate não apenas em torno da ampliação ou não do número de instituições de ensino superior no país, mas principalmente a discussão sobre o grau de

controle estatal, o que viria a ser universidade e quais suas funções e o modelo de universidade a ser desenvolvido no Brasil (FÁVERO, 1977). Durante a década de 1920, discussões acaloradas em torno do ensino brasileiro foram motivo de debate pela Associação Brasileira de Educação (ABE) – fundada em 1924, pela Academia Brasileira de Ciências (ABC) e na 1ª Conferência Nacional de Educação realizada em Curitiba, em 1927.

Mendonça (2000) vai trazer que durante essa década, duas concepções quanto aos rumos do ensino superior no Brasil vão sendo difundidas, especificamente, a partir de dois documentos lançados por grupos distintos que protagonizavam a discussão sobre universidade no país: um lançado pelo jornal O Estado de S. Paulo em 1926, cujo conteúdo trazia um diagnóstico sobre os problemas do ensino superior, e outro lançado pela ABE em 1928, intitulado “O Problema Universitário Brasileiro – inquérito promovido pela Secção de Ensino Técnico e Superior da ABE” (MENDONÇA, 2000; COELHO; VASCONCELOS, 2009). Embora com concepções distintas para construção e consolidação de uma educação superior no país, ambos tinham como preocupações incomum a “formação das elites dentro de projetos de teor nacionalista, representando, entretanto, diferentes concepções dessa educação das elites”. Entre o grupo de professores que formavam a ABE, os egressos da Escola Politécnica apostavam na construção de uma universidade que se constituísse como “verdadeiras usinas mentais, onde se formariam as elites para pensar o Brasil (equacionar os problemas magnos da nacionalidade)”.

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, uma reforma universitária foi implementada, porém de caráter muito mais administrativo com a estruturação do organograma institucional que deveria organizar uma universidade, foram determinados então a criação dos órgãos como a reitoria, conselho universitário, assembleia universitária e direção de cada escola (RIBEIRO, 1993).

No ano seguinte, através do Decreto nº 19.851 de 1931, cria-se o Estatuto das Universidades Brasileiras<sup>9</sup>, que estabeleceu os padrões de organização, funcionamento e fins do ensino universitário. Determinou que passaria a existir no país duas formas de constituição em nível superior: o universitário, que poderia ser oficial, se fosse mantida pelo governo federal ou estadual, e o livre, que seriam fundações ou associações de

---

<sup>9</sup> Uma análise aprofundada sobre esse importante documento da história da universidade brasileira é tecida por José Carlos Rothen (2008) no texto A universidade brasileira na Reforma Francisco Campos de 1931, em que explicita a concepção de universidade presente nos decretos-lei e no texto de Campos, no qual é apresentada a Exposição de motivos.

iniciativa privada, e o instituto isolado (CUNHA, 2007). Para Mendonça (2000), o Estatuto marca a ambiguidade, no campo teórico, da discussão em torno do papel da universidade brasileira e conforma-se como, nas palavras dele, um instrumento de “caráter conciliatório do projeto governamental”. Essa conformação vai permear o resto da história da universidade e do ensino superior brasileiro, sobretudo, na conformação universitária atual.

Diversas universidades vão surgir entre o período do Estado Novo (1930-1945), sendo criados cerca de 95 novos estabelecimentos de ensino superior no país e ampliado cerca de 31% o número de estudantes neste nível de ensino (TEIXEIRA, 1988; CUNHA, 2007). As estatísticas sobre educação em 1933 apontavam que o setor privado respondia por 64,4% dos estabelecimentos e 43,7% das matrículas do ensino superior (TEIXEIRA, 1969). Entretanto, notemos que embora um maior número de instituições de ensino superior tenha sido criado durante este período, a concepção de “formar trabalhadores intelectuais para os quadros técnicos da burocracia estatal” foi mantida e difundida e as instituições “[...] continuavam, na prática, isoladas, inexpressivas, como um mero conglomerado de faculdades, sem articulação [...] nenhuma alteração nos currículos [...] continuando a atender aos imperativos de formação profissional”, isto é, o predomínio de uma formação profissional, sem investimento no espaço da universidade como fomentadora de pesquisa e de produção de conhecimento.

Entre os anos de 1945 a 1968, o campo da educação brasileira vivenciou o avivamento e a construção do movimento estudantil e da defesa do ensino público por parte dos professores mais jovens. Discutia-se sobre o modelo de universidades presente no país, o formato de cátedras e o próprio caráter elitista dos espaços universitários. As críticas em torno do local ocupado pelo catedrático eram vistas como empecilho a construção de uma carreira universitária e o anacronismo como o modelo de instituição que se pretendia construir, propunha-se, portanto, a extinção da cátedra e a conformação como departamentos (MARTINS, 2002). Em 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, num contexto de discussão acirrada quanto a forma de organização da universidade, não determinou que o ensino superior deveria organizar-se preferencialmente em forma de universidades, como previa a LDB de 1931, sendo considerando uma vitória para os defensores da iniciativa privada na educação (MARTINS, 2002).

Em 1964, com o regime militar instituído no país, o movimento estudantil foi desestruturado, sobretudo, pela Lei Suplicy (Lei nº 4.464, de 9.11.1964), pela qual a UNE foi substituída pelo Diretório Nacional de Estudantes. A Lei n. 5.540/1968, conhecida

como lei da Reforma Universitária, tinha como princípio a eficiência e a produtividade, características das atividades empresariais e regido pela ótica do capital internacional. Na visão de Martins (2002), a reforma também significou a consolidação de ideias do movimento estudantil e dos intelectuais anteriores que discutiam os rumos do ensino no país, porém nos moldes do capital. Dentre as medidas instituídas destacou-se a instituição do departamento como unidade mínima de ensino, abolição do regime de cátedras e a institucionalização da pesquisa. O número de universidades aumentou substancialmente, entre 1960-1980, com o número de matrículas saltou de 200.000 para 1,4 milhão, sendo que em finais da década de 70 o setor privado já era responsável pela oferta de 62,3% dos cursos de graduação. (MARTINS, 2002). Para Nosella (1998, p. 179), os moldes de universalização do diploma dessa época serviram apenas “para “cicatriz” a dolorosa ferida de uma sociedade desigual, que para uns oferece escola, para outros “faz de conta” que oferece”.

A partir de 1990 vivenciamos aumento significativo não apenas do número de IES, mas também de matrículas, sendo que a nível de graduação 74% foram no setor privado e apenas 26% em IES públicas. Entre os anos de 2001 e 2010, o número de matrículas em cursos presenciais e a distância dobraram: de 3.036.113 em 2001 para 6.379.299 em 2010 (BARROS, 2015). Esse estímulo à expansão pela iniciativa privada provocou o rompimento com a ideia de universidade pautada na articulação entre ensino, pesquisa e extensão, o que permitiu a proliferação de cursos e instituições privadas com padrões mínimos de qualidade. (MOEHLECKE; CATANI, 2006). Barros (2015) aponta, por exemplo, que as iniciativas governamentais como o Programa Universidade para Todos (ProUni), o Programa de Financiamento Estudantil (Fies), o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), o aumento da oferta de cursos superiores a distância e as políticas de cotas exerceram papel importante nesse cenário, porém a redistribuição equitativa dessa oferta não tem ocorrido efetivamente.

Mesmo com o processo de redemocratização do país e a garantia da educação como direito, o ensino superior no Brasil vivencia, atualmente, “uma “modernização do arcaico”, marcada, inicialmente, pelo embate entre um projeto de desenvolvimento autônomo e outro associado e subordinado ao grande capital” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 64).

Percebemos, ao longo dessa breve seção, que a trajetória das universidades no Brasil é marcada por contradições históricas vivenciadas num contexto de uma sociedade

aristocrática, elitista e excludente, que determinaram a organização do sistema educacional e do ensino superior no país. Como reforça Almeida (2018, p. 21), a história da universidade brasileira se constrói a partir de uma ideologia hegemônica que implícita ou explicitamente se impôs para atender os interesses que “visavam à manutenção da ordem social encontrando no ensino um meio eficaz de conformação e dominação”, Fávero (1980, p.1) já sinalizava que “enquanto aparelho hegemônico, a escola e aí se inclui a universidade, difunde tanto a ideologia do Estado, quanto sua própria crítica e/ou negação”.

Podemos considerar que a universidade brasileira é nova e que nos moldes atuais possui pouco mais de 100 anos existência, carregando consigo as contradições históricas do processo de construção da sociedade brasileira, contradições essas que vão demarcar a conformação da docência no ensino superior e da própria educação médica.

## **1.2 Das cátedras a carreira docente: quem é o professor universitário que estamos falando?**

Fizemos, na seção anterior, o movimento de refletir sobre a estrutura organizativa do ensino superior no Brasil que, como aponta Masetto (2003, p. 11) “desde seu início (e até hoje...) sempre privilegiou o domínio de conhecimentos e experiências profissionais como os únicos requisitos para a docência nos cursos superiores”. Iniciamos essa seção provocando-nos a questionar quem é esse professor universitário de quem estamos propondo falar e, nessa direção, Morosoni (2001) vai nos lembrar que, ao longo da história do Brasil, à docência universitária tem sido considerada uma caixa de segredos marcada pela omissão, do ponto de vista das políticas públicas, de quem seriam esses sujeitos. A imagem do professor universitário no Brasil foi mudando ao longo dos tempos históricos, seguindo a história do ensino superior no país, o surgimento das universidades, as políticas e reformas universitárias, bem como a concepção de conhecimento no mundo capitalista (FERREIRA, 2017).

Como destaca Fávero (2000), no Brasil, a primeira imagem do que viria a ser o professor universitário surge com a criação das Universidades do país, marcadamente séculos depois da invasão portuguesa as terras brasileiras:

“[...] nascem marcadas pela cátedra ou cadeira, nas quais seus regentes, acomodados fisicamente em um plano superior ao de seus ouvintes, detinham amplos poderes. [...] No Brasil, os privilégios do professor catedrático constituem uma aquisição histórica, apresentando-se o

regime de cátedra como o núcleo ou “alma mater” das instituições de ensino superior.” (2000, p. 01)

Segundo essa autora, o primeiro marco legislativo em torno da docência no ensino superior ocorreu no Brasil colônia através da Carta de Lei de 1827 que evidenciava o sentido de propriedade da cátedra e vitaliciedade nas instituições universitárias públicas do país, vantagens essas que deveriam ser adquiridas através de concursos de títulos e provas, mas que na prática não acontecia. Entre os anos de 1827 e 1889, as reformas no campo educacional mantinham o modelo de cátedras por ordem de nomeação do governo. É apenas em 1915 com a reforma Carlos Maximiliano e em 1925 com a Reforma de Rocha Vaz que, constitucionalmente, o concurso passa a ser um pré-requisito para o acesso às cátedras (FÁVERO, 2000, p. 02).

Com a criação do Estatuto das Universidades Brasileiras de 1931, à figura do professor catedrático e seu poder se mantiveram, bem como a exigência de concurso público de títulos e provas. O título vitalício, porém, até então adquirido ao tornar-se catedrático, passou a demandar de dez anos de exercício no cargo e a realização de uma prova de títulos. O Estatuto ainda previa nomeação de catedráticos sem concursos, porém baseado em mérito científico por um conjunto de catedráticos. A manutenção das cátedras nesse documento dificultou a criação de uma carreira docente.

Ao longo da história do ensino superior brasileiro a figura do catedrático vai se constituindo a partir dos dispositivos legais que organizam as instituições de ensino do país e suas conseqüentes reformas. Nas palavras de Fávero (2000, p. 07), os catedráticos representavam “o poder saber, o poder do saber e a possibilidade de poder fazer”, dito de outro modo pela mesma autora, era tido como o “catedrático vitalício, inamovível, detentor de “poder e de saber””, “instrumento de cooptação, “espaço de poder” na Universidade” (p. 09). O poder fazer do catedrático calcava-se na garantia de que:

Os diversos auxiliares do catedrático, quer sejam chefes de clínica, chefes de laboratórios, assistentes ou auxiliares de ensino deveriam ser de confiança do respectivo catedrático. Eram por ele escolhidos e sua permanência no cargo, dele quase sempre dependia. A ascensão na carreira dos assistentes e auxiliares estava calcada na vontade do catedrático, em decisões às vezes tendenciosas e evitadas de autoritarismo (FILHO, 2006, p. 08).

As críticas em torno das cátedras permearam o debate sobre a educação superior no país, a coexistência entre o formato de cátedras e a proposta de formar departamentos vai permear os próximos trinta anos das políticas brasileiras sobre educação superior. Em 1937, o Conselho Nacional de Educação através do Plano Nacional de Educação deu

indícios de uma nova conformação das faculdades, que passariam a organizar-se como departamentos, apontando os primeiros sinais, do ponto de vista normativo, quanto a substituição do formato de cátedras. Em 1945 através do Decreto-lei n.º 8.393, faz-se menção a conformação das faculdades em departamentos, porém o regime de cátedras permaneceu intocável. Com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1961, os artigos 74, 75 e 80 que tratavam sobre as cátedras foram vetados, entretanto a ideia de departamento como uma reunião de cátedras se manteve. Fávero (2000) vai destacar que, nessa época, embora a figura do catedrático pudesse parecer mais fluída e menos precisa em termos legais, seu prestígio, poder e atuação permaneceram.

Entre os anos de 1966 e 1967 dois decretos-lei vão apontar o fim das cátedras através da organização das universidades federais em departamentos universitários e a redução de autonomia da cátedra, integrada agora definitivamente no departamento universitário. Cabe notar, entretanto, que nenhum desses instrumentos legislativos determinaram o fim do formato de cátedras no ensino superior brasileiro. É apenas em 1968, através da Lei da Reforma Universitária, que o formato de cátedras desaparece das instituições universitárias do país, e o formato de departamentos é legalmente firmado como nova estrutura orgânica das universidades. A extinção legal das cátedras não significou sua extinção real, pois nas palavras de Favero (2000), tal formato permaneceu latente através de coexistência antinômica, em que os privilégios do professor catedrático, agora então chamado de professor titular, permaneceram.

Segundo Ferreira (2017, p.08), exigência de que o professor de nível superior precisaria ter uma formação pós-graduada iniciou-se nesse período, sendo o corpodocente universitário dividido em três classes distintas: o professor auxiliar, cuja contratação não necessitava de concurso público de provas e de títulos sendo o contrato firmado por dois anos, podendo ser renovado por mais dois, caso o professor tivesse aprovação numa pós-graduação lato sensu; o professor assistente e adjunto, para os quais eram necessárias formação no mínimo em nível de mestrado e no doutorado, respectivamente (BRASIL, 1983).

Após 1968, a menção em torno da formação necessária para atuar como docente no magistério superior só aparecerá na LDB de 1996, em que estabelece que sua formação deverá ocorrer em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado (BRASIL, 1996). Segundo Morosoni (2000), enquanto nos outros níveis de ensino o professor é bem identificado, a característica que marca essa legislação para o professor universitário, do ponto de vista de formação pedagógica, é o silêncio. Destaca-

se que no tópico que tratava sobre a formação pedagógica do professor universitário da proposta inicial da LDB, redigida pelo senador Darcy Ribeiro, propunha-se a “formação didático-pedagógica, inclusive de modo a capacitar o uso das modernas tecnologias do ensino”. Entretanto, durante o processo de redação do texto final por parte dos diferentes setores da sociedade, o trecho que tratava sobre formação pedagógica docente foi suprimido, sendo tal formação ficando a cargo dos regimentos institucionais de cada programa de pós-graduação (SAVIANI, 1998; PACHANE; PEREIRA, 2004). Esse fato torna-se fundamental para compreender a conformação dos interesses em torno da política de educação do país, uma vez que, “a legislação pode revelar a correlação de forças em dado momento e contexto histórico, evidenciando o modelo de educação superior desejada” (SOUSA; MAGALHÃES, 2008, p. 02).

Pimenta e Anastasiou (2005) vão reforçar que, historicamente, a política educacional brasileira relegou a segundo plano a questão da qualificação didático pedagógica dos docentes do ensino superior. Essa característica marcará a constituição das identidades profissionais, as formas de vinculação e organização da carreira, bem como o exercício do trabalho docente.

Nesses moldes, as exigências para tornar-se docente universitário calcavam-se no conhecimento específico de sua disciplina e a experiência da prática profissional. Sobre este ponto, Pachane e Pereira (2004, p. 1) destacam que “a formação para a docência universitária constituiu-se historicamente como uma atividade menor” e acrescentam que:

[...] a formação exigida do professor universitário tem sido restrita ao conhecimento aprofundado da disciplina a ser ensinada, sendo este conhecimento prático (decorrente do exercício profissional) ou teórico/epistemológico (decorrente do exercício acadêmico). Pouco, ou nada, tem sido exigido em termos pedagógicos. [...] Os programas de pós-graduação, de maneira geral, tendem a priorizar em suas atividades a condução de pesquisas, tornando-se responsáveis, mesmo que não intencionalmente, por reproduzir e perpetuar a crença de que para ser professor basta conhecer a fundo determinado conteúdo ou, no caso específico do ensino superior, ser um bom pesquisador (PACHANE; PEREIRA, 2004, p. 1)

O desinteresse normativo, que nos parece intencional, em torno da formação didático pedagógica dos docentes alinhou-se, mais à frente, as circunstâncias econômicas e políticas que vão constituir a agenda da política educacional do ensino superior intensificada a partir da metade dos anos 90. Conforme Magalhães (2013), o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) dará início ao estreitamento das relações entre o ensino superior e a lógica capitalista de formação, conformando a Universidade na lógica do capital. As medidas neoliberais implementadas durante o governo de FHC – lógica perpetuada pelos governos seguintes, em que a mercantilização das universidades públicas, sobretudo, a partir da introdução de mecanismos de mercado no financiamento

e no gerenciamento alcançam o trabalho docente a partir da instituição de palavras como indicadores de produtividade, indicadores de avaliação de desempenho, eficiência, empresariamento do ensino e o processo de proletarianização dos profissionais do magistério (MAGALHÃES, 2013; MOROSINI, 2000).

No campo político normativo, Morosini (2000, p. 19) vai destacar que a política de formação de professores para o ensino superior no Brasil se dá de forma indireta, na medida em que os governos determinam os parâmetros de qualidade institucional e as Instituições de Ensino Superior (IES) desenvolvem as ações de formação pedagógica orientada por tais parâmetros. A preocupação que se coloca sobre este ponto é o que alerta Fernandes (2001):

[...] a docência universitária e a formação pedagógica, embora tenham atualmente outros contornos, pela exigência dos critérios de avaliação para fins de autorização e/ou reconhecimento, não têm sido muito atingidas, como grande parte dos estudos (pesquisas nessa área) revela, nas questões epistemológicas, políticas e pedagógicas, correndo-se o risco de reduzirmos sua existência a uma questão técnica polarizada entre conteúdo-forma; teoria-prática; ensino-pesquisa; com formação-sem formação; participação-não participação no Projeto Pedagógico.

Ainda quanto as preocupações em torno de como esses docentes são definidos pelas políticas de educação e como estes constituem seu saber docente, Magalhães (2013) nos fornece subsídios para pensar que:

[...] quando o professor perde o significado da docência universitária como um trabalho que visa ao processo formativo de um sujeito, aliena-se e descaracteriza-se e compromete a atividade pedagógica. É preciso partir do pressuposto que o trabalho docente na Universidade é realizado com base nas relações políticas e sociais constituídas, e possui grande número de características conflituosas como, por exemplo, o fato de que a educação é ao mesmo tempo emancipação e alienação e necessita ser analisada a partir das relações que os professores estabelecem com as demandas e as pressões sociais e suas condições efetivas de trabalho nas instituições. (MAGALHÃES, 2013, p. 67)

Cabe destacarmos que a docência não se constitui como um ato que ocorre no espaço da vocação ou aptidão inerente relativo ao corpo, isto é, não é algo “natural”, mas sim produzido historicamente. Nesse sentido, concordamos com Kuenzer (2011) quando diz que:

O trabalho docente, sob a égide do capitalismo, não escapa à lógica da acumulação do capital, direta ou indiretamente, pela compra da força de trabalho do professor, pela natureza de seu trabalho, que contraditoriamente forma cidadãos que atenderão às demandas do trabalho capitalista, cuja inclusão depende do disciplinamento que para o qual a escola contribui, pela sua contribuição à produção de ciência e tecnologia, diretamente ou formando pesquisadores, e assim por diante. Ou seja, embora a finalidade do trabalho seja a formação humana, ele está atravessado pelas mesmas contradições que caracterizam o capitalismo (KUENZER, 2011, p. 677).

Tal reflexão é pertinente na medida em que defendemos que é impossível discutir quem são os docentes dos cursos de ensino superior no país sem destacarmos as reais condições que organizam o Estado<sup>10</sup> e a educação brasileira, pois “Estado e sociedade civil não constituem duas esferas separadas da realidade” (DANTAS; PRONKO, 2018, p. 76). Portanto, são várias as determinações históricas e os fatores externos que determina a conformação da identidade desses docentes e do próprio processo pedagógico que realizam, permeado por uma série de contradições.

Entendemos também que esses sujeitos não possuem uma identidade única, muito pelo contrário, possuem características complexas, tais quais como se conforma o sistema de educação superior no país, em que “conforme o tipo de instituição de ensino superior em que o professor atua, sua docência sofrerá diferentes pressões” (MOROSINI, 2004). Behrens destaca a existência de quatro grupos que representam os docentes dos cursos universitários: 1) profissionais de variadas áreas do conhecimento e que se dedicam à docência em tempo integral; 2) profissionais que atuam no mercado de trabalho específico e se dedicam ao magistério algumas horas por semana; 3) profissionais docentes da área pedagógica e das licenciaturas que atuam na universidade e, paralelamente, no ensino básico (educação infantil, ensino fundamental e (ou) ensino médio); 4) profissionais da área da educação e das licenciaturas que atuam em tempo integral na universidades (BEHRENS, 1998, p. 57).

Analisando o perfil desses profissionais mais recentemente, os dados do Censo de Educação Superior do país evidenciaram que em 2020 35,2% (113.740) dos 323.376 professores possuíam mestrado e 48,9% (158.225) doutorado. A titulação de doutorado era mais frequentes na rede pública, enquanto que na rede privada, a maior parte dos docentes eram mestres. Em ambas as redes de ensino, a maioria dos docentes eram homens, com média de idade de 39 anos nas instituições públicas e 40 anos entre os professores de instituições privadas. Em 2021, haviam 358.825 docentes em exercício na educação superior no Brasil. Deste total, 51,0% tinham vínculo com IES privada e 49,0%, com IES pública, sendo que na rede pública, houve crescimento no número de docentes em todos os regimes de trabalho, entre 2020 e 2021.

---

<sup>10</sup> Na perspectiva de Poulantzas, o Estado é fruto das relações de força entre as classes sociais e, nessa direção, a sua ação é exercida pelo estabelecimento de uma relação ideológica de dominação entre as classes. Considerando isso, a existência desse Estado é, de um modo ou de outro, uma ditadura de classes. As implicações dessa concepção trazida por Poulantzas coloca um desafio gigantesco na luta pela emancipação, uma vez que, a superação do Estado como ele se coloca só se é possível a partir da emancipação humana.

Finalizamos essa subseção entendendo que a conformação de quem são esses professores e a própria docência no Ensino Superior são fenômenos concretos e historicamente situados. As políticas que definem quem são e como se formam – ainda que permeadas intencionalmente ou não pelo silêncio, como constituem suas identidades e professoralidades, bem como as práticas didático-pedagógicas desenvolvidas no contexto da sala de aula se situam num tempo histórico determinado pelas relações do modo de produção vigente.

### **1.3 O caso dos professores dos cursos de medicina: médico-professor ou professor-médico?**

Nesta subseção, consideraremos tratar do caso específico dos docentes dos cursos da área da saúde, analisando, de modo mais particular, o caso dos professores dos cursos de medicina. Ao longo das nossas pesquisas, destacamos também que uma série de trabalhos vem sendo desenvolvidos para entender as características dos docentes dos cursos de medicina, como eles se conformam e se constroem enquanto professores, como costuram suas professoralidades e as relacionam com as exigências da “nova” formação médica. Destacamos, nesse percurso, os trabalhos de Bassi (2006),

O jogo de palavras proposto pelo questionamento que intitula essa seção objetiva trazer a discussão se os profissionais que lecionam nesses cursos se consideram um médico que é professor ou um professor que é médico. Não tomaremos como base, necessariamente, a discussão semântica/estética do termo médico-professor ou professor-médico, mas nos deteremos em discutir como os elementos que levam a este profissional ao magistério, de modo geral, encontram-se distantes de uma concepção pedagógica e/ou mesmo didática da formação. Essa discussão merece destaque, sobretudo, no contexto de expansão e interiorização dos cursos de medicina e a crescente necessidade de médicos-professores para lecionarem nesses cursos.

Iniciaremos com algumas questões suscitadas no conjunto de discussões sobre o nosso objeto e que também foram tomadas por Bassi (2006, p. 05) na elaboração da sua dissertação, quais sejam:

Mas como esses médicos se constituem professores? Como um médico se torna docente? O que motiva um médico, representante de uma profissão socialmente tão bem aceita, a investir tempo, dinheiro e esforço para dedicar-se a outra profissão tida como não tão importante? E o que faz com que o médico consiga manter-se na ativa como docente? Que estratégias ele adota? O que usa para motivar os alunos? De onde tem as idéias para trabalhar os conteúdos? Com quem aprende a lecionar? Com quem tira suas dúvidas, divide suas angústias, discute os seus erros? Com quem reparte os seus acertos? Em

que espaço, dentro da escola médica, os docentes trocam experiências? Enfim, como o professor médico se constitui professor ao longo de sua trajetória docente? Por que os médicos insistem em dar aula? E por que reclamam tanto disso? O que faz um médico querer ser professor? E sendo um professor sem formação didático-pedagógica, como ele se constitui professor? (p.11)

Para Duran e colaboradores (2013), o professor de medicina é classicamente:

[...] um profissional de destaque na carreira médica, detentor do título de especialista, mestre e/ ou doutor em determinada área de especialidade do conhecimento médico. Trazem histórias de vida construídas em diferentes cenários sociais e institucionais. Muitas vezes, exercem atividade docente por seu excelente desempenho profissional como médico, sem que tenha sido preparado para tal. É egresso de cursos de especialização, mestrados e doutorados cuja carga horária, apesar de expressiva, não objetiva formá-lo professor (DURAN *et al.*, 2013, p. 65).

Essa visão do professor de medicina como alguém que possuía excelente desempenho profissional como médico e que, portanto, deveria assumir as atividades docentes é antiga. Bulcão e Sayd (2003) apontam que a maioria dos docentes da época caracterizavam a docência como um percurso acidental, pois faziam parte de uma geração em que não havia exigência concurso para ingressar no magistério e ingressavam como indicação ou convite de algum professor da universidade, como coloca um dos entrevistados: “Bem, médico torna-se professor acidentalmente (...) e então eu fui nomeado médico do serviço (...) E um belo dia me passaram a professor; não era concurso, e sim indicação (clínica médica, 1963)” (BULCÃO; SAYD, 2003, p. 17).

A compreensão da docência universitária como profissão e a formação do professor universitário tem sido debatido, principalmente, pelo campo da educação e pela área da formação de professores (CUNHA, 2004). Nessa direção, a constituição da docência no ensino superior enquanto um campo de pesquisa tem possibilitado vários debates sobre as condições pelas quais esses atores ingressam na carreira acadêmica (CUNHA; BRITO; CICLLINI, 2006). Melo (2018) vai destacar como as fragilidades formativas quanto à dimensão pedagógica imprimem ao professor uma série de desafios e percalços que se traduzem e se imbricam no seu ensinar.

No campo da educação médica, o debate em torno da docência universitária ainda é incipiente e isso tem implicado diretamente na qualidade do contingente de médicos e médicas que vêm sendo formados pelas escolas médicas brasileiras (RODRIGUEZ, 2003; RODRIGUEZ; NETO; BEHRENS, 2004). Nota-se que, mesmo com estratégias e ações voltadas para reorientação da formação, a capacitação e formação dos professores que lecionam nesses cursos não são discutidas em profundidade. Sobre esse ponto, Costa (2007) sinaliza que a prática docente nos cursos médicos tem se mostrado resistente a

modificações, uma vez que, diferentemente do que ocorre na maioria dos cursos de ensino superior, os professores dos cursos de medicina ou compreendem a docência como uma profissão paralela ou nem a enxergam como profissão (FERREIRA; SOUZA, 2016).

Cabe, a priori, compreender quem são os professores do ensino médico no Brasil. Os dados mais recentes encontrados na literatura, levantados pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), apontam que a maioria do corpo docente das escolas médicas era homens entre 30 e 49 anos, em sua maioria médicos apenas com especialização em nível de residência médica, 1/3 com mestrado e 1/5 com doutorado, sendo que apenas 7% possuíam especialização em educação (BATISTA; SILVA, 1998).

A ideia era que os profissionais médicos contratados para exercer a docência no ensino superior tivessem, minimamente, formação e capacitação didático-pedagógica, seja durante a graduação ou pós-graduação seja ao assumirem as vagas nas instituições de ensino superior. O que a realidade aponta é uma série de limites e desafios tornando essa docência quase utópica. No cotidiano das escolas médicas o que se percebe é que poucos docentes médicos dedicam-se à profissão docente em tempo integral e apenas 22% dos médicos que são professores são dedicação exclusiva (CINAEM, 1997).

Batista e Silva (1998), na época, apontavam que a formação e capacitação quanto aos aspectos pedagógicos desses professores não têm merecido atenção por parte das instituições de ensino superior e pelas próprias políticas de reorientação. Concernente a essa realidade, Ferreira e Souza (2016), ao analisarem a formação e a prática pedagógica do médico-professor em três escolas médicas de Porto Velho, constataram que a maioria dos entrevistados não possuía formação pedagógica para atuar como professor. Por outro lado, quando questionados quanto à própria formação pedagógica 87,5% considerava satisfatória, boa ou ótima, pois afirmavam conseguir “passar” os conhecimentos médicos. A concepção que se tem da formação docente baseia-se no adestramento sobre técnicas do bem ensinar dentro das salas de aula (FRIGOTTO, 2011). Nesse sentido, a concepção apresentada pelos médicos-professores entrevistados por Ferreira e Souza (2016) aponta para uma concepção bancária de educação e se distancia do que vem sendo preconizado pelas DCNs e pelas políticas de reorientação da formação.

Defendi e Martins (2016), ao realizarem um levantamento bibliográfico sobre as classificações e tipologias acerca de conhecimentos, saberes e competências envolvidos na práxis docente, colocam que, em geral, um grupo de saberes classificados como pedagógicos são marginalizados na formação e na construção desse ser professor, fator

que pode estar na gênese dessa concepção de ensino aprendizagem apresentado por esses médicos-professores. Cunha, Brito e Ciclini (2006) também vão salientar que muitos professores quando passam a atuar no ensino superior o fazem sem qualquer processo formativo. Na área da educação médica, muitos começam a atuar como professores a partir do seu desempenho enquanto médico, uma vez que, “médicos com afinidade pelo ensino começam a ministrar aulas nos cursos de graduação e se tornam professores sem preparo para isto” (FERREIRA; SOUZA, 2016, p. 636).

Nesse ponto, Cunha (2004) vai lembrar que a lógica de recrutamento dos docentes no ensino superior deu-se a partir da ideia de quem sabe fazer sabe ensinar e na educação médica isso se traduz na ideia de que por serem bons médicos serão bons professores. O exercício da docência repousa-se quase que exclusivamente no papel da experiência, esquecendo que a prática docente e a prática pedagógica não se limitam aos saberes e conhecimentos técnicos, e requer a mobilização de outros saberes, já que os “impasses que os professores enfrentam cada vez menos dizem respeito ao domínio do conteúdo de suas matérias de ensino” (CUNHA, 2004, p. 11).

Diferentemente de outras áreas de formação superior, a graduação e a especialização do profissional médico não objetivam formar um profissional para exercer a docência (BATISTA; SILVA, 1998). Sobre esse aspecto, as constatações levantadas por Cunha, Brito e Ciclini (2016) ao questionarem se os cursos formam ou tem tido a pretensão de formar professor para o retorno desses formandos docentes reafirmam que tais desafios não restringem-se aos docentes dos cursos de medicina. Porém, merece advogar a existência de nuances dentro do ser-estar-fazer professor dos cursos médicos, onde muitos médicos-professores sequer concebem a docência como uma profissão, sequer dedicam tempo adequado para a execução das atividades de ensino e secundarizam a formação pedagógica necessária ao exercício profissional.

Duk (2006, p. 22) afirma que é preciso pensar nas necessidades docentes, vinculando isso às práticas educacionais porque “a formação docente ainda é pensada como um processo “externo” ao trabalho do professor e não se fundamenta na recuperação ou análise da prática pedagógica dos educadores”. Ao que parece, as formações docentes continuam tendo uma perspectiva tradicional centralizada na transmissão de conhecimentos teóricos e fragmentados entre si, estes conhecimentos podem não trazer relevância social, nem para as instituições de ensino, nem para os estudantes (DUK, 2006).

Mais do que isso, a ausência de formação pedagógica crítica por parte do corpo

docente alinha-se à perspectiva da mercantilização da educação médica e do próprio processo de fazer saúde, processos crescentes no atual contexto brasileiro, na medida em que priva os trabalhadores (docentes e os profissionais em formação) não apenas das ferramentas necessárias à compreensão crítica da realidade, mas também o entendimento de que o trabalho, a educação, as práticas pedagógicas, a formação médica e o próprio cuidado em saúde inserem-se dentro de uma perspectiva societária, de um modelo de organização da sociedade e de um modelo econômico determinado (MOTTA; ANDRADE, 2020; RAMOS, 2017).

## CAPÍTULO II

*“Mas o que temos que dialogar são quais estratégias podemos usar para conseguir o que queremos com nossos alunos: formar médicos de pessoas, e não de doença! Um currículo deve servir para formar, e não deformar. Não devemos adoecer filosoficamente nossos alunos”.*  
(Ferreira et al., 2019, p. 11)

### EXPANSÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

Nesta seção propomos abordar aspectos referentes ao campo da educação médica envolvendo as políticas e estratégias para reorientação da formação desses profissionais no país e o cenário das escolas médicas no Brasil, bem como os aspectos que envolvem o papel da medicina na construção do racismo enquanto ideologia. A educação médica é compreendida como um processo de formação de médicos e médicas, sendo constituída por dois elementos inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensino (GARCIA, 1972).

Ferreira *et al.* (2019) coloca que, nos últimos 100 anos, os cursos de medicina passaram por três gerações de reformas educacionais tanto no seu processo de ensino como nas relações de ensino: a primeira ocorreu a partir das considerações veiculadas pelo Relatório Flexner<sup>11</sup>, no início dos anos 1920, em que se acreditava que o hospital seria o ambiente privilegiado para o exercício da prática médica. A segunda reforma teve como proposto a introdução de novas metodologias de ensino-aprendizagem como o *Problem-Based Learning* (PBL), as metodologias ativas e o trabalho em pequenos grupos na formação de profissionais de saúde. A terceira reforma destacada pelo autor baseia-se no entendimento de “*social accountability*”, que tinha como proposta a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde a partir da adaptação das competências profissionais essenciais para contextos e cenários específicos.

No Brasil, uma série de ações e propostas surge a partir da instituição do SUS, com as Leis Orgânicas da saúde, que determinam que o processo de formação dos profissionais de saúde ocorra orientado pelas exigências do SUS. Nesse cenário, nos últimos 30 anos uma série de documentos e legislações foram sendo publicados com

---

<sup>11</sup> Algumas referências apontam que o Relatório Flexner possuía um cunho racista e sexista, na medida em que nas escolas médicas indicadas para o fechamento estavam a maioria das instituições voltadas especialmente para o ensino médico de negros e mulheres, bem como as escolas com formação homeopática (WHORTHEN *et al.*, 2004).

vistas a organizar a formação em saúde. Entretanto, de acordo com Lima, Dias e Teixeira (2013) é a partir de 2003 que as políticas de gestão da educação em saúde tomam fôlego, sobretudo com a articulação entre educação e saúde através da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde.

Nos primeiros anos que marcam a implementação do SUS, a atuação do MS na reordenação da formação em saúde pouco ocorreu. No início dos anos 2000, no campo da educação médica, surge a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), visando avaliar os projetos implantados na década anterior. Em 2001, ocorre a publicação das DCNs para o curso de medicina, que buscava uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Em 2002, os Ministérios da Saúde e da Educação lançam o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), através da Portaria Interministerial nº 610 de 26 de março de 2002, que buscou incentivar as escolas médicas a incorporarem mudanças pedagógicas nos currículos dos cursos de medicina, tendo como objetivo adequar a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A partir de 2003, com a criação SGTES uma série de políticas para reorientar a formação no SUS ganham espaço: em 2004, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), buscando fortalecer o SUS enquanto espaço primordial de aprendizagem; em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com foco na aproximação entre a academia e os serviços de saúde pública do país, especialmente, a Atenção Básica; em 2007, criou-se a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e redefine as diretrizes de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Pró-Saúde II e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). Todas essas iniciativas buscaram reorientar a formação em saúde, com foco nas demandas do SUS, no perfil sociodemográfico, de morbimortalidade da população brasileira e nas necessidades de saúde (LIMA; DIAS; TEIXEIRA, 2013).

Em 2013, um programa importante no processo de expansão dos cursos de medicina é lançado: o Programa Mais Médicos (PMM) através da Lei nº 12.871, que tinha como objetivo além de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação. Além disso, tinha com proposta a reordenação da oferta de cursos

de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos e definição de novos parâmetros para a formação médica no país. Nesse mesmo ano, com o respaldo da Lei nº 12.871, cria-se a Portaria Normativa MEC nº 15 de 22 de julho, que institui a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior, que teve como objetivo a criação de novos cursos de medicina e o aumento de vagas nos cursos de graduação em medicina já existentes.

No ano seguinte, em 2014, foram publicadas as novas DCNs para os cursos de graduação em Medicina. A Resolução nº 3 de 20 de Junho de 2014, a mais recente do curso, estabelece os princípios, fundamentos e finalidades da formação em medicina. Determina ainda que o curso tenha carga horária mínima de 7.200 horas e prazo mínimo de seis anos para sua integralização, seguindo três grandes áreas: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; e Educação em Saúde. Além disso, contará com um estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas, sendo a carga horária mínima do estágio de 35% da carga horária total do curso.

## **2.1 Do surgimento a expansão dos cursos de medicina na Bahia (1808 ao 2022)**

Nesta subseção, apresentamos alguns elementos que conformam o campo da educação médica na atualidade, sobretudo, compreendendo o cenário da expansão do ensino superior no Brasil, sua interiorização a partir das políticas instituídas nos últimos 20 anos e o processo de mercantilização e precarização da formação em saúde nos últimos anos. Tais elementos desembocam, diretamente, na qualidade dos profissionais formados, na coisificação do trabalho médico e no distanciamento de uma formação pautada na equidade e integralidade (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

Em 1808, através de uma carta régia, foi criado o primeiro curso de cirurgia da colônia. Segundo Morosini (2005), as Academias Médico Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, só foram transformadas em Faculdades de Medicina em 1831, que, embora muito rudimentar, apresentava-se sob a forma de um curso regular, sistematizado e com um regime escolar. Naquela época, o caráter aristocrático de exercer a carreira médica permanecia e o curso se estruturava da seguinte forma:

“[...] quatros anos, desenvolvidos por aulas teóricas, em salas do Hospital Militar, e por aulas práticas duas vezes por semana, em uma das enfermarias, ao fim do qual seria concedido um certificado ao praticante. Eram habilitados a frequentar os alunos que tivessem conhecimento de língua francesa, pagando seis mil e quatrocentos réis ao seu professor. No verão, as aulas iniciavam as setes horas da manhã e no inverno as oito, com duração de três quartos de hora, excluindo as quartas-feiras e feriados. No último dia de aula da semana, aos sábados, ocorria a sabatina ou recapitulação das matérias que haviam sido objeto das lições. Nessa ocasião os lentes poderiam arguir os estudantes ou designar arguentes e defendentes (MOROSINI, 2005, p. 22).

Historicamente, como vimos na seção anterior, o acesso ao ensino superior no Brasil tem sido marcado pela dualidade. Se, por um lado, a expansão do ensino superior no país significou o acesso de camadas mais pobres da sociedade ao espaço das universidades, por outro, também significou o abocanhamento do setor privado a formação superior no país. No campo da saúde, isso se materializa com a expansão do número de vagas em todos os cursos de saúde, especialmente, nas instituições privadas de ensino superior.

Na medicina, especificamente, durante as primeiras décadas do século XX, o país contava com apenas três instituições que ofertavam a carreira médica. Durante a década de 60, saímos de três para 35 escolas de medicina, marcando o crescimento exponencial de vagas nos anos seguintes. Em um período de menos de 20 anos, a expansão dos cursos de medicina se intensificou e quase triplicou, os dados do ano do ano de 2010 revelam que existiam cerca de 179 cursos ativos, no ano de 2018 contávamos com 323 instituições de ensino que ofertavam cursos de medicina (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Segundo Telles (2020), o PMM levou a criação de 14 mil novas vagas nos cursos de medicina em todo país, especialmente, entre os anos de 2013 e 2018, com grande expansão em regiões antes sem cursos de formação. O autor vai destacar um elemento importante no tangente as disputas políticas em torno da expansão de vagas, pois se de um lado tinham entidades médicas contrárias a expansão das vagas do outro tinham o setor privado do ensino superior que via nos cursos de medicina a galinha dos ovos de ouro, pelo elevado custo das mensalidades, o que torna esse segmento um mercado atrativo e de alta rentabilidade para as instituições privadas ofertantes (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021).

Como destacado por Santos Júnior *et al.* (2021), essa dinâmica de expansão e interiorização do ensino superior dos cursos de medicina não é aleatória, mas encontra-se fortemente relacionada aos “projetos políticos, regimes de governo, modelos econômicos, propostas de intervenção social e, propriamente, projetos de gestão do Estado e de suas políticas de educação”. Conforme assinalam Oliveira *et al.* (2019), as

pressões mercadológicas e econômico-financeiras tornam a formação médica orientada pelas leis e interesses de mercado, de demanda e procura, gerando-se crescimento substancial na oferta de escolas e vagas privadas de medicina voltadas a atender interesses de grupos socioeconômicos mais favorecidos. Essa política expansionista tem gerado uma série de questionamentos acerca da qualidade de formação profissional, sobretudo, da sua vinculação a lógica da educação e da saúde como mercadorias.

Diversos autores ao longo dos últimos anos vêm apontando, uma tendência progressiva de privatização da educação médica, com deslocamento das escolas para as Regiões Norte-Nordeste-Centro-Oeste, para cidades no interior dos estados e de médio e grande portes populacionais do país, elemento que não tem mudado as disparidades regionais de acesso a cuidado médico nas regiões historicamente mais pobres.

As primeiras escolas de ensino médico no Brasil foram criadas em 1808, tendo a Bahia como o primeiro estado sede. Houve importante processo de interiorização do ensino médico no país com redução da proporção das escolas na capital e aumento daquelas localizadas no interior dos estados, entretanto, a concentração de médicos e vagas de ensino em grandes centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas do país não foram sanadas.

Nas páginas seguintes, apresentamos os dados sobre a educação médica na Bahia incluindo alguns dados, os quais conformam a caracterização e mapeamento geral da educação médica baiana e dos municípios que possuem esses cursos, panorama que reforça a permanência do cenário de concentração das escolas em regiões mais desenvolvidas dos estados. Conforme indicado pela Tabela 1 e Figura 1, a Bahia possui 27 cursos de medicina ativos, sendo a sua maioria de natureza privada (67%), localizadas no interior do estado (79%). Anualmente são ofertadas 3.118 vagas, porém o número de médicos por habitantes na Bahia (1,35 por mil habitantes) ainda permanece menor do que a média nacional que é 2,56 por mil habitantes.

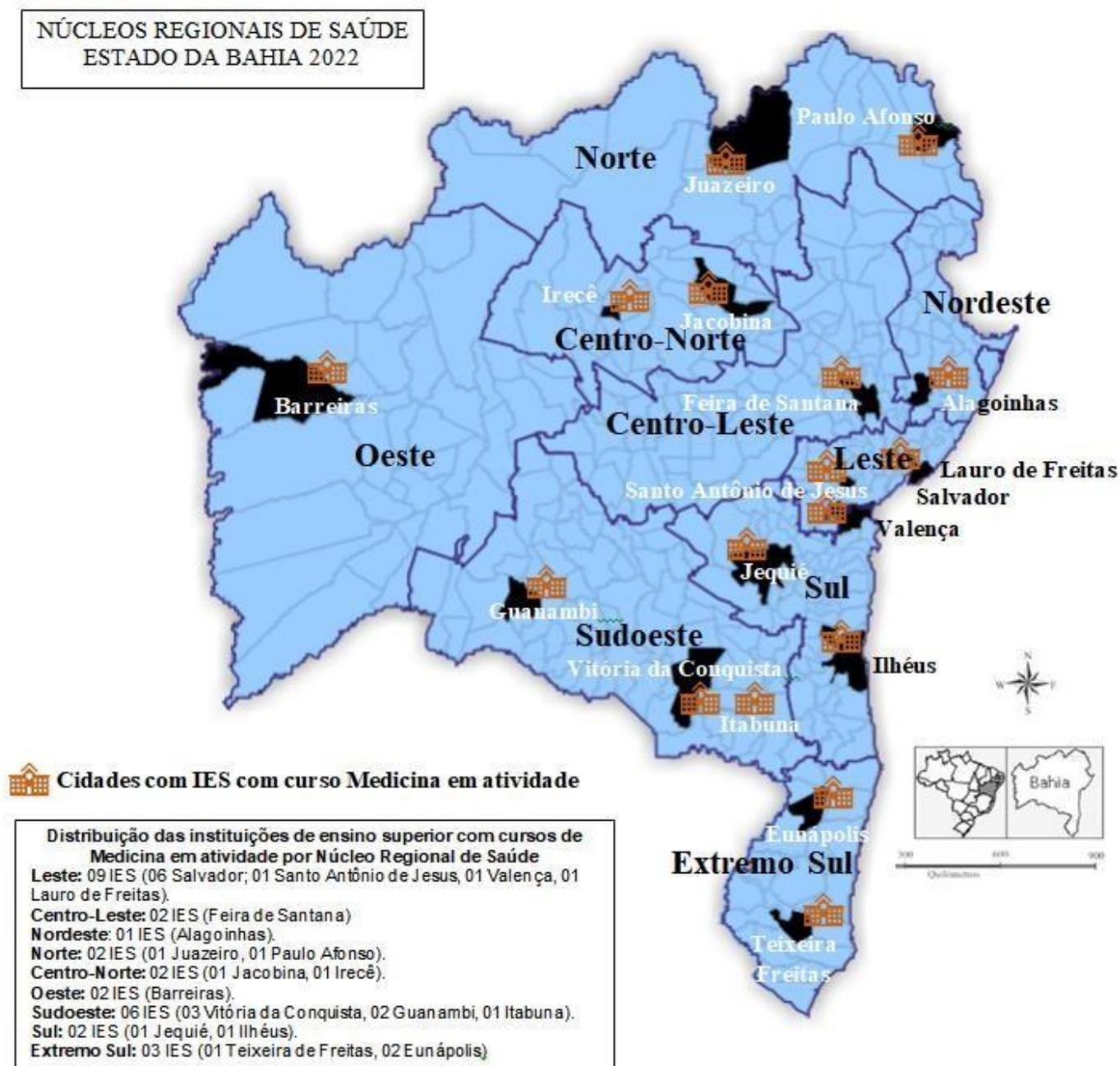
O caráter privatista do ensino superior nos cursos de saúde, demonstraram o acréscimo da participação privada nas matrículas, onde nos últimos dez anos 84% das vagas disponibilizadas pertenciam ao setor privado. Tais elementos não apenas tem colocado em risco o processo de integração ensino-serviço, como também o processo de criação de instituições restritas ao ensino, categorizadas como instituições não universitários, que não possuem estímulo a pesquisa e extensão (SCHEFFER *et al.*, 2020).

**Tabela 1.** Perfil e indicadores das IES públicas e privadas com cursos de medicina em atividade na modalidade presencial credenciados pelo MEC, Bahia, 2020\*

<b>Perfil das IES baianas com cursos de medicina em atividade</b>	
<b>Organização acadêmica</b>	% (n)
Centro Universitário	22% (06)
Universidade	37% (10)
Faculdade	41% (11)
<b>Natureza Jurídica</b>	
<i>Privada</i>	
Com fins lucrativos	56% (15)
Sem fins lucrativos	11% (03)
<i>Pública</i>	
Estadual	15% (04)
Federal	18% (05)
<b>Localização do campus do curso</b>	
Capital	21% (06)
Interior do estado	79% (23)
<b>Indicadores das IES baianas com cursos de medicina em atividade</b>	
Cursos/Milhão de hab	1,93
Vagas totais ofertadas	3.118
Inscritos	88.012
Taxa de concorrência	23.75 candidato/vaga
Total de matriculados	11.633
Concluintes no ano	1.168
Docentes	2.061
Relação aluno/docente	5,6

*Fonte:* Elaborado pelo autor a partir dos dados do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira e do Diretório das Escolas de Medicina (DIREM).

**Figura 01.** Distribuição das IES com cursos de medicina em atividade por município baiano e Núcleo Regional de Saúde

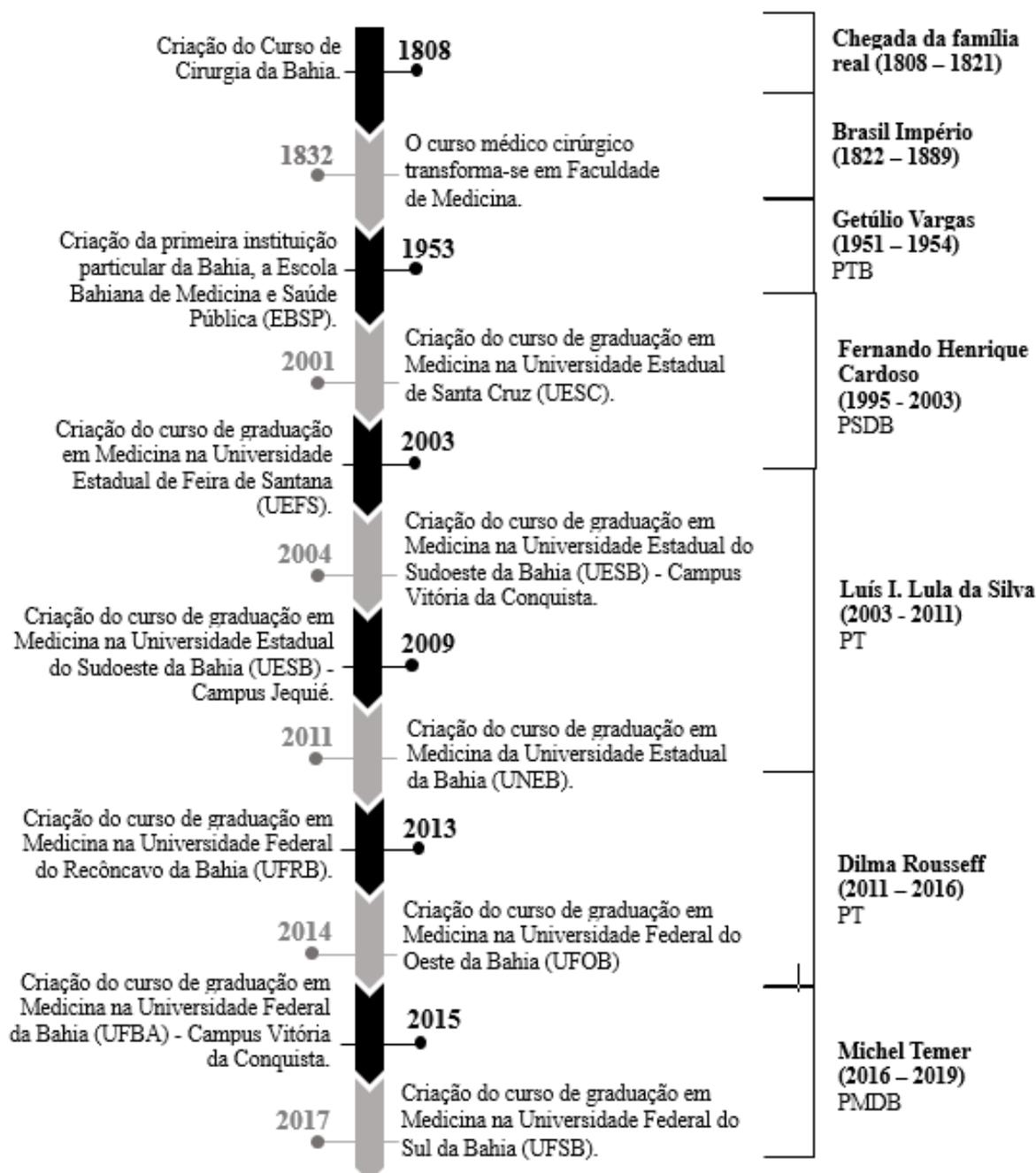


**Fonte:** elaboração própria a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP.

Uma análise mais específica das instituições públicas, foco da análise dessa dissertação, evidencia que o seu crescimento ocorre e se intensifica a partir dos anos 2000 (Figura 2). Porém, como evidenciado no Quadro 1, a discussão sobre a abordagem dos aspectos étnico-raciais na formação médica de forma mais específica só surge com as DCNs de 2014, antes disso, diversos marcos normativos que redirecionam a formação para educação das relações étnico-raciais no ensino superior e no processo de formação

em saúde são construídos, servindo como indutoras do processo de inclusão da temática apenas nas DCNs de 2014.

**Figura 2.** Linha do tempo: do surgimento à expansão dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia, 1808 a 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 1.** Quadro síntese dos marcos normativos que tratam sobre saúde da população negra no processo de formação no Ensino Superior/ na formação em saúde/ formação médica.

Ano	Marco Normativo	Ação
2004	Resolução nº 1, de 17 de junho 2004 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.  Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.	- Inclusão de discussão da questão racial como parte integrante da matriz curricular, tanto dos cursos de licenciatura para Educação Infantil, os anos iniciais e finais da Educação Fundamental, Educação Média, Educação de Jovens e Adultos, como de processos de formação continuada de professores, <b>inclusive de docentes no Ensino Superior.</b>  - Inclusão, respeitada a autonomia dos estabelecimentos do Ensino Superior, nos <b>conteúdos de disciplinas e em atividades curriculares dos cursos que ministra</b> , de Educação das Relações Étnico-Raciais, de conhecimentos de matriz africana e/ou que dizem respeito à população negra. Por exemplo: <b>em Medicina, entre outras questões, estudo da anemia falciforme</b> , da problemática da pressão alta; em Matemática, contribuições de raiz africana, identificadas e descritas pela Etno-Matemática; em Filosofia, estudo da filosofia tradicional africana e de contribuições de filósofos africanos e afrodescendentes da atualidade.
2009	Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	- <b>Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação</b> e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde. - <b>Garantia da inserção dos objetivos desta Política</b> nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde.
2010	Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 - Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.	- <b>A inclusão do conteúdo da saúde da população negra</b> nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. - <b>A inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política</b> das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS. - <b>Incorporar nas matrizes curriculares dos cursos de formação de professores</b> temas que incluam valores concernentes à pluralidade étnica e cultural da sociedade brasileira.
2014	Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.	- Determina que <b>o profissional médico será formado para considerar sempre as dimensões</b> da diversidade biológica, subjetiva, <b>étnico-racial</b> , de gênero, orientação sexual, entre outros.  - <b>Determina a abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas</b> acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), <b>educação das relações étnico-raciais</b> e história da cultura afro-brasileira e indígena.  - Avaliará a postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, a palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, <b>considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial</b> , de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência.

Fonte: elaboração própria.

## 2.2 A medicina e o seu papel na construção do racismo

É inegável o papel da medicina na construção das teorias higienistas e na perpetuação e fundamentação científica da existência de superioridade entre as raças. Na história da medicina ocidental, os corpos negros muitas vezes aparecem nas produções científicas como os “corpos pedagógicos” ou “corpos experimentais”, nos quais os médicos e seus estudantes executavam procedimentos e treinam o ofício. As constatações das historiografias brasileira e estrangeira reforçam a íntima relação entre o processo de escravidão dos povos negros e a medicina oitocentista (LIMA, 2011; SHERIDAN, 1985; FETT, 2002; VIANA, GOMES, PIMENTA, 2020; GOMES, VIANA, 2021):

Partia-se do pressuposto de que características como capacidade craniana, peso do cérebro e a conformação das circunvoluções cerebrais poderiam informar sobre aspectos morais e intelectuais dos indivíduos e, em uma dimensão mais ampla, as possibilidades de aprimoramento das sociedades humanas. Eram centrais as discussões quanto às possibilidades de as chamadas 'raças primitivas', incluindo populações indígenas e negras, com as quais os europeus se defrontavam em seu expansionismo ao redor do mundo, galgarem os degraus rumo à civilização (SÁ *et al.*, 2008, p. 199).

Segundo Guimarães (2004), o racismo surge como doutrina no Brasil, com o processo de abolição da escravatura e o suposto processo de igualdade política entre todos os brasileiros, sobretudo, baseado nas teorias eugenistas europeias. Para ele:

[...] o modo como as elites intelectuais, principalmente aquelas localizadas em Salvador e Recife, reagiam às desigualdades regionais crescentes que se avolumavam entre o Norte e o Sul do país, em decorrência da decadência do açúcar e da prosperidade trazida pelo café. Quem não se lembra do temor de Nina Rodrigues ao ver se desenvolver no Sul uma nação branca, enquanto a mestiçagem campeava no Norte? O racismo duro da Escola de Medicina da Bahia e da Escola de Direito do Recife, entrincheirado nos estudos de medicina legal, da criminalidade e das deficiências físicas e mentais, evoluiu, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, em direção a doutrinas menos pessimistas que desaguarão em diferentes versões do "embranquecimento", subsidiando desde as políticas de imigração, que pretendiam a substituição pura e simples da mão-de-obra negra por imigrantes europeus, até as teorias de miscigenação que pregavam a lenta mais contínua fixação pela população brasileira de caracteres mentais, somáticos, psicológicos e culturais da raça branca [...]. Foi também no Sul, centro da vida econômica e política, que as campanhas de sanitização e higienização públicas ganharam vigência, forçando a amenização das teorias eugenistas em versões que privilegiavam as ações de saúde pública e de educação, em detrimento de políticas médicas de controle da reprodução humana e dos casamentos.

Andrade Júnior (2016, p. 20) vai acrescentar que:

A Medicina enquanto autoridade científica, até meados do séc. XX exerceu uma posição de alta relevância na construção dos conceitos raciais deterministas, como também na formulação de propostas que pudessem solucionar o problema da configuração étnica brasileira, o fazendo a partir da empunhadura dos elementos oriundos do darwinismo social, tendo a

Antropologia Médica, como área de estudo que maior contribui para estas formulações

A medicina, portanto, enquanto prática social (DONNANGELO, 1975; AROUCA, 1975) se baseou nas teorias raciais europeias para atualizar e naturalizar, pela ciência, as desigualdades sociais e raciais brasileiras do final do século (GUIMARÃES, 2004).

### CAPÍTULO III

*É apenas se analisando o racismo e sua função na sociedade capitalista que pode surgir uma compreensão profunda das relações de classe. A luta de classes está indissoluvelmente ligada à luta para acabar com o racismo (HOOKS, 2015, p. 195).*

#### BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE RAÇA E RACISMO

Iniciaremos esta seção tratando de nos explicar, isto é, de responder a um questionamento que muito apareceu durante as discussões sobre essa pesquisa: mas porquê utilizar aspectos étnico-raciais e racismo? Os dois não seriam, na proposta apresentada, sinônimos? Faremos, de antemão, algumas considerações que justificam o uso do termo étnico-raciais no título. Tomaremos já de início o entendimento de raça assumido pelo estado brasileiro através das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana quando coloca que:

[...] se entende por raça a construção social forjada nas tensas relações entre brancos e negros, muitas vezes simuladas como harmoniosas, nada tendo a ver com o conceito biológico de raça cunhado no século XVIII e hoje sobejamente superado. Cabe esclarecer que o termo raça é utilizado com frequência nas relações sociais brasileiras, para informar como determinadas características físicas, como cor de pele, tipo de cabelo, entre outras, influenciam, interferem e até mesmo determinam o destino e o lugar social dos sujeitos no interior da sociedade brasileira. Contudo, o termo foi ressignificado pelo Movimento Negro que, em várias situações, o utiliza com um sentido político e de valorização do legado deixado pelos africanos. É importante, também, explicar que o emprego do termo étnico, na expressão étnico-racial, serve para marcar que essas relações tensas devidas a diferenças na cor da pele e traços fisionômicos o são também devido à raiz cultural plantada na ancestralidade africana, que difere em visão de mundo, valores e princípios das de origem indígena, europeia e asiática. Convivem, no Brasil, de maneira tensa, a cultura e o padrão estético negro e africano e um padrão estético e cultural branco europeu. [...] Ainda persiste em nosso país um imaginário étnico-racial que privilegia a brancura e valoriza principalmente as raízes europeias da sua cultura, ignorando ou pouco valorizando as outras, que são a indígena, a africana, a asiática. (BRASIL, 2004, p.13-14)

Segundo Almeida (2018), a raça opera a partir de dois elementos que se entrecruzam: a característica biológica, em que a identidade racial é atribuída a partir de um traço físico, como cor da pele, forma do cabelo, entre outros e pela característica étnica/cultural, em que a identidade será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes, uma forma certa de existir. No entendimento do autor, a raça

constitui-se como um elemento essencialmente político, de dominação de classes, onde o negro é o oprimido e o branco o opressor.

Por isso, apesar do amplo consenso de que o conceito de raças humanas não se justifica cientificamente, utilizaremos a expressão étnico-raciais não por atribuição genética, mas sim enquanto fenômeno social, cultural e histórico, que do ponto de vista político demarca as lutas do Movimento Negro. No nosso país, de forma mais específica, a classificação racial une pretos e pardos sob a denominação de negros, já que guardam entre si similaridades quanto as características socioeconômicas e por serem alvo de discriminações no âmbito das relações sociais. Isso se coloca na medida em que o método de classificação racial tem implicações sociológicas e, “no Brasil, exprime questões como a tendência ao branqueamento, a cultura do silenciamento sobre a cor dos indivíduos e a necessidade de enquadramento fenotípico, que perfazem as etiquetas das relações raciais” (NERY *et al.*, 2022, p. 3).

É inegável que, nos últimos anos, as discussões e os casos de racismo têm se tornado mais aberto no nosso país, Lima (2019) tem destacado que na mesma proporção tem se construído uma narrativa ultraconservadora que concebe o racismo como “mimimi” dos negros, isto é, um exagero das minorias. Alguns autores vão destacar a existência de hierarquias e tipologias de racismo que o sustentam: o racismo institucional, baseado na discriminação racial nos sistemas financeiro, jurídico, educacional, entre outros; o racismo interpessoal que se sustenta a partir da discriminação, aberta ou aversiva, por membros do grupo dominante contra membros de grupos menos dominantes; e o racismo internalizado que se baseia na aceitação consciente ou inconsciente da hierarquia racial por membros de grupos menos dominantes (JONES, 2002; WERNECK, 2016). O modelo de Jones (2002) tem sido utilizado no campo da saúde para explicar essas tipologias (Figura 3):

**Figura 3.** Dimensões do racismo



Fonte: Dimensões do racismo baseado no modelo proposto por JONES (2002).

Diversas tipologias e conceitos em torno do que vem a ser racismo é encontrado na literatura e embora todas elas reconheçam que o racismo permaneça operando efetivamente nas dinâmicas sociais, transformá-la em uma categoria analítica que permita investigá-lo empiricamente tem sido um desafio. Campos (2017) vai destacar que, de modo geral, as teorias sociológicas dedicadas a explicar como o racismo opera se dividem em três: a primeira, o coloca como uma doutrina, ideologia ou um conjunto de ideais que atribuem uma inferioridade natural a determinados grupos com origens ou marcas adstritas específicas; a segunda concepção, entende o racismo como um conjunto de atitudes, práticas e comportamentos mais ou menos irrefletidos, e a terceira, compreende o racismo como uma propriedade de estruturas sociais, sistemas ou instituições.

Mais recentemente, de forma calorosa, as discussões sobre raça e racismo foram permeadas pela obra do autor brasileiro Sílvio Luiz de Almeida, advogado, filósofo e professor universitário que buscou discutir o que ele intitula como racismo estrutural. Na obra *O que é racismo estrutural?* (2018), o autor constrói a tese do racismo como fundamento estruturador das relações sociais, o objetivo do autor não é ampliar a discussão em torno de uma tipologia específica ou terminológica do racismo, mas sim demonstrar que não existe racismo que não seja estrutural, isto é, o racismo estrutural “é um elemento entre a organização econômica e política da sociedade, que integra o processo histórico de construção das sociedades capitalistas que se construíram a partir do trabalho de povos africanos escravizados” (ALMEIDA, 2018).

Campos (2017) vai nos lembrar que o sufixo “ismo” é tradicionalmente utilizado para indicar doutrinas ou crenças, e que no caso do racismo o termo surgiu para denotar uma ideologia, e é nesse contexto que a expressão passa a ser utilizada em 1920 e amplamente discutida nos trabalhos acadêmicos de 1940. Essa concepção de racismo enquanto ideologia é também lembrada por Melo (2019, p. 161), a partir de outros autores, quando coloca que o “racismo, além de ser uma forma de representação negativada da diferença (VALA, 2015), é também um tipo de ideologia, cuja operação discursiva serve não só para inferiorizar e excluir, mas também para incluir e superiorizar(MILES, 1989)”.

Entretanto, o racismo não é qualquer tipo de ideologia, Melo destaca que (2019, p. 162):

“Trata-se de uma ideologia da “falsa consciência”, uma versão parcial e deturpada dos fatos e da realidade para atender certos interesses. Um tipo de ideologia voltada para a legitimação, racionalização e justificação das assimetrias ou desigualdades entre os grupos (TYLER, 2006), ideologia com “adequabilidade prática” (MILES, 1989). Enfim, uma forma de ação social (WETHERELL; POTTER, 1992). O racismo se apresenta com lógicas próprias e formas de expressão intercambiáveis, de forma que é preciso estudar, para além das atitudes raciais individuais, os mecanismos, práticas e relações que produzem e reproduzem a desigualdade racial em todos os níveis (BONILLA-SILVA, 2015)”.

Na história do Brasil, o racismo sempre foi cordial ou sutil nas suas formas de demonstração. Florestan Fernandes, um dos principais teóricos brasileiros na discussão sobre a relação entre raça e classe na questão social do negro, vai lembrar que no nosso país são as atitudes do povo brasileiro diante do preconceito de cor, quando considera algo ultrajante (para quem sofre) e degradante (para quem o pratica). Ele vai dizer, que no Brasil, existe uma espécie de, nas palavras dele, “preconceito de ter preconceito” (FERNANDES, 1966, p. 33).

Sobre isso, trazemos uma das entrevistas de Kabengele Munanga, que ao ser questionado sobre a questão do racismo no Brasil, destaca que:

Quando a Folha de S. Paulo fez aquela pesquisa de opinião em 1995, perguntaram para muitos brasileiros se existe racismo no Brasil. Mais de 80% disseram que sim. Perguntaram para as mesmas pessoas: "você já discriminou alguém?". A maioria disse que não. Significa que há racismo, mas sem racistas. Ele está no ar... Como você vai combater isso? Muitas vezes o brasileiro chega a dizer ao negro que reage: "você que é complexado, o problema está na sua cabeça". Ele rejeita a culpa e coloca na própria vítima. Já ouviu falar de crime perfeito? Nosso **racismo é um crime perfeito**, porque a própria vítima é que

é responsável pelo seu racismo, quem comentou não tem nenhum problema (grifo nosso). (MUNANGA, 2010)<sup>12</sup>

Esse preconceito de ter preconceito se baliza, sobretudo, pelas características históricas da constituição do país e da própria consolidação do capitalismo nas terras colonizadas, em que o trabalho escravizado era justificado e pautado na raça enquanto elemento central e justificável, isto é, que o corpo negro serviria como um instrumento de trabalho que poderia ser adquirido e comercializado (SCHWARCZ, 1993). Nessa direção, cabe destacarmos que foi essa concepção, ou melhor, essa ideologia que propiciou (e por que não dizer que segue propiciando?) o processo de acumulação do capital.

Observem que, nessa breve seção, não tomamos como objetivo aprofundar ou fazer uma extensa revisão das análises em torno dos conceitos e/ou terminologias do racismo, tentamos fazer um movimento de aproximação, tendo em vista que as discussões sobre o papel do racismo na organização da sociedade brasileira, suas formas de organização e modos de operar são realizadas por uma série de pesquisadores e intelectuais. Na nossa análise, a partir da reflexão com os autores aqui apresentados e tantos outros lidos, tomaremos como entendimento o racismo como uma “formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo social ou étnico em uma posição melhor em detrimento de outro” (SANTOS *et al.*, 2020, p. 225) e, no nosso caso, a população negra em posição de subalternidade em relação à população branca.

Antes de finalizarmos, cabe fazer algumas considerações que permeiam o assunto do racismo nos últimos anos no que diz respeito as formas como o racismo se reconstrói na sociedade e tem se mostrado na sociedade brasileira. Lima (2019) acredita que o que há de novo no racismo do Brasil é surgimento de discursos ressentidos pela suposta perda de poder por parte da classe média que, a priori, relaciona-se como o surgimento de movimentos de extrema-direita. Para ele, parece existir um “misto de nostalgia do passado e ressentimento contra os negros e outras minorias, que alimentou formas mais

---

<sup>12</sup> Para ver mais da entrevista, acessar o site: <https://fpabramo.org.br/2010/09/08/nosso-racismo-e-um-crime-perfeito-entrevista-com-kabengele-munanga/>. Sugerimos também a entrevista mais recente da Folha de São Paulo, onde o pesquisador reforça que não há uma receita pronta para o combate ao racismo, ele coloca que é preciso três caminhos: as leis, a educação antirracista e as ações afirmativas. Para ler mais, acessar o site: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2023/02/educacao-cidada-e-primordial-para-enfrentar-racismo-diz-kabengele-munanga.shtml>

abertas e virulentas de expressão do racismo” (LIMA, 2019, p. 159), decorrente, sobretudo do:

[...] reconhecimento oficial por parte do Governo Federal da existência de racismo no Brasil, na década de 1990, e a consequente criação dos Programas de Políticas de Ação Afirmativa, sobretudo nas universidades, produziram, juntamente com outros fatores, as condições necessárias para o surgimento de discursos e práticas sociais mais flagrantemente racistas, considerando que um dos vetores que alimenta o racismo é o senso de posição grupal. Há evidências dessa transformação de um racismo paternalista, zeloso de uma dominação docilizada, para um racismo do tipo infra-humanizador, depois da implantação das cotas nas universidades do Brasil. (LIMA, 2019, p. 165)

Observamos, portanto, que o racismo se torna um crime perfeito na medida em que os mecanismos pelos quais ele age se constroem e reconstroem, vestem e se revestem com o processo histórico e cultural do tempo presente. Concordamos com Campos (2017) que para combater o racismo a partir das suas diversas dimensões é preciso pensar como integrar as dimensões teóricas, analíticas e metodológicas sem, todavia, conferir primazia a uma dessas dimensões ou fundi-las em um conceito abarcante, isto é, as pesquisas empíricas sobre o racismo têm muito a ganhar com uma integração analítica da dimensão ideológica, prática e estrutural – perspectiva e tentativa que adotamos no desenvolvimento dessa dissertação.

Diversos pesquisadores, ativistas, intelectuais e os próprios movimentos sociais negros organizados protagonizaram e protagonizam a luta pelo reconhecimento do racismo enquanto uma questão estruturante da sociedade brasileira, alcançando diversas conquistas no bojo da luta antirracista. Mas embora se tenha avançado nos últimos anos, o racismo segue sendo um dos principais determinantes das condições de vida, morte e cuidado da população negra

### **3.1 O corpo negro na educação e na saúde**

O sistema público de saúde brasileiro é uma conquista<sup>13</sup> histórica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. As contribuições do SUS na oferta de saúde da população é inegável, sendo reconhecido como uma das maiores políticas de saúde do

---

<sup>13</sup> A discussão em torno das políticas enquanto concessão-conquista permeiam o campo do serviço social brasileiro, alguns compreendem as políticas sociais como concessão estatal, partindo da concepção de que o Estado serve unicamente à classe burguesa e tem como função primordial cooptar o trabalhador, visando a manutenção do modo de produção existente. Já a outra posição afirma as políticas sociais como genuínas conquistas da classe trabalhadora, pois refletem um considerável e importante histórico de movimentos sociais, organização sindical, enfrentamentos e lutas por direitos (RUVIARO; COSTA SILVA, 2015, p. 1). Para maior aprofundamento, sugerimos consulta a “As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento” em PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

mundo. Ao mesmo tempo, mesmo após seus 33 anos de existência, a sua implantação segue sendo um desafio frente ao cenário de desfinanciamento e subfinanciamento crônico. Além desse cenário, a implantação do SUS ideal requer o compromisso ético e político do ponto de vista institucional em reconhecer, combater o racismo e melhorar a qualidade de vida das populações mais vulneráveis, especialmente, da população negra, a qual compõe maior parcela da população brasileira e maior parcela da população SUS-dependente.

No campo da saúde coletiva, mais especificamente considerando a epidemiologia, a discussão sobre o uso e as categorias no tangente a raça, etnia e cor da pele tem sido alvo de discussão, intensificando nos últimos anos. A perspectiva biomédica, que negligencia/não considera o processo de determinação social da saúde no processo saúde-doença-cuidado, calcado na lógica dos determinantes biológicos ligado ao indivíduo gerou, por muito tempo, o apagamento da influência das condições sociais da população negra brasileira e as iniquidades das condições de subsistência dessa população no aparecimento de doenças e agravos.

Deve-se reconhecer também que durante a construção das políticas públicas brasileiras o racismo teve uma “configuração institucional, tendo o Estado legitimado historicamente o racismo institucional” (LÓPEZ, 2012, p. 124). Há uma dificuldade por parte das instituições, formuladores de políticas públicas, pesquisadores, gestores e profissionais reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re)produtoras de racismo. O racismo institucional, como evidencia López (2012, p. 127), “atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial”. A autora ainda acrescenta que o racismo institucional “extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades” (LÓPEZ, 2012, p. 127).

O estado brasileiro assumiu a saúde da população negra como uma demanda e problema a ser resolvido a partir da instituição de uma política pública específica apenas recentemente. Destaca-se que o mito da democracia racial e a negação do racismo por parte da sociedade brasileira, inclusive, em sua dimensão institucional segue sendo uma barreira para garantir a redução efetiva das iniquidades (WERNECK, 2016). Jaccoud (2008), reconhece que as políticas sociais instituídas aumentaram o acesso aos serviços e benefícios, porém não tem modificado os índices históricos de desigualdade entre brancos

e negros, seja no campo da histórica racialização da pobreza seja na dimensão dos problemas de saúde preveníveis.

Pearce *et al.* (2004) destacam que existem poucas diferenças genéticas sistemáticas entre as raças, pelo menos no que diz respeito aos genes que afetam a saúde. As diferenças étnicas na saúde se devem a fatores históricos, culturais e socioeconômicos, que por sua vez influenciam o estilo de vida e o acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, historicamente, a sociedade brasileira garantiu a população negra um local de ausência de direitos e de piores condições de vida/saúde. Os indicadores são inúmeros - diversos e assimétricos em relação a população branca nas várias fases do ciclo de vida - e são evidenciados direta e indiretamente através das prevalências mais elevadas das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes e acidente vascular cerebral) e de seus fatores de risco (tabagismo, menor consumo de frutas e hortaliças, consumo abusivo de álcool e inatividade física) entre a população negra quando comparada com a população branca (MALTA *et al.*, 2015; AZEVEDO BARROS, 2017; SILVA *et al.*, 2019).

López (2012) assinala que as políticas públicas instituídas nos últimos 20 anos da história da democracia brasileira, a exemplo do Estatuto da Igualdade Racial, da Política de Ações Afirmativas e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), “destinam a corrigir uma história de desigualdades e desvantagens sofridas por um grupo étnico-racial frente a um Estado nacional que o discriminou negativamente” (LÓPEZ, 2012, p. 124). A instituição de políticas, de modo geral, constitui-se como uma resposta social a problemas existentes na sociedade, sendo tais políticas um passo importante, mas não suficiente.

As desigualdades raciais preexistentes no Brasil junto a ampliação desse quadro durante o contexto pandêmico têm reforçado a importância e o compromisso que as agendas de pesquisa precisam assumir no enfrentamento do racismo. Conforme Batista *et al.* (2020), a avaliação do processo de implementação de uma política pública requer o julgamento de sua materialização, falha ou sucesso seja do ponto de vista das formulações teóricas seja das ações para alcançar as proposições da política.

Embora a trajetória das ações no tangente a incorporação da saúde da população negra na agenda da saúde tenha mais de 20 anos (Quadro 2), observamos que o conjunto de políticas desenvolvidas ao longo dos últimos anos, fruto, sobretudo, da luta do Movimento Negro não tem se traduzido efetivamente na diminuição das iniquidades étnico-raciais em um conjunto de doenças e condições de saúde da população negra

brasileira.

**Quadro 2.** Quadro síntese dos marcos normativos que tratam sobre saúde da população negra no SUS.

ANO	MARCO NORMATIVO / EVENTO	AÇÃO
1995	<p><b>1. Criação do Subgrupo Saúde do GTI (Grupo de Trabalho Interministerial) para Valorização da Pessoa Negra;</b></p> <p><b>2. Inserção da variável raça/cor no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).</b></p>	<p>1. O GTI foi uma instância burocrática criada a partir das demandas da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, realizada em 1995. Foi instituído por decreto da Presidência da República de 20 de novembro de 1995, com a função de propor políticas públicas para a população negra. No campo da saúde, a marcha havia demandado a implementação da assistência integral à saúde da mulher.</p>
1996	<p><b>1. Realização de mesa redonda sobre saúde da população negra;</b></p> <p><b>2. Inserção da variável raça/cor no SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos);</b></p> <p><b>3. Criação do PAF (Programa de Anemia Falciforme).</b></p>	<p>1. O evento foi realizado pelo Subgrupo Saúde quando o GTI publicou o Relatório Final da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra. O texto apresentou: uma taxonomia de doenças “negras”; a demanda de produção estatística sobre as desigualdades raciais em saúde; a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, via DNV (Declaração de Nascidos Vivos) e DO (Declaração de Óbitos) e a demanda por uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.</p> <p>3. O Programa de Anemia Falciforme foi resultado das ações dos movimentos negros pelo reconhecimento de doença de maior incidência na população negra brasileira.</p>
1997	<p><b>Primeira proposta de Política de Saúde para a População Negra.</b></p>	<p>A proposta foi apresentada a partir dos trabalhos do Subgrupo Saúde do GTI para Valorização da População Negra.</p>
1998	<p><b>Inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS.</b></p>	<p>O Ministério da Saúde aprovou a inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS, pela Portaria 3.947.</p>
2001	<p><b>1. Inserção da doença falciforme no PNTN (Programa Nacional de Triagem Neonatal);</b></p>	<p>1. A portaria n. 822, publicada em junho de 2001 pelo Ministério da Saúde, estabeleceu que o programa,</p>

	<p><b>2. Realização da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas Correlatas de Intolerância;</b></p> <p><b>3. Criação do PCRI (Programa de Combate ao Racismo Institucional).</b></p>	<p>popularmente conhecido como “teste do pezinho”, passasse a diagnosticar precocemente a doença falciforme.</p> <p>2. Com a ativista negra Edna Roland (ONG Fala Preta!) como relatora-geral, a conferência estabeleceu as recomendações internacionais para a atuação dos Estados-membros das Nações Unidas em relação ao racismo e às desigualdades raciais. Isso influenciou, nos anos seguintes, o aumento da adoção de políticas públicas para as populações negras (Caldwell, 2017: 216; Milanezi, 2019). No campo da saúde, a preparação para a conferência foi um período de fortalecimento das organizações do movimento de mulheres negras, como a AMNB (Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras). A publicação de estudos sobre as desigualdades raciais e saúde também favoreceu o evento, a exemplo do livro “Saúde da população negra no Brasil”, da médica Fátima Oliveira, com apoio da Opas (Organização Pan-Americana da Saúde).</p> <p>3. O programa foi resultado de uma parceria entre o governo brasileiro — por meio da Agência Brasileira de Cooperação, o Ministério da Saúde, o Ministério Público e a Secretaria Especial para a Promoção de Políticas de Igualdade Racial — e agências internacionais, como o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O objetivo central do programa era combater o racismo institucional dentro do SUS, principalmente no âmbito municipal.</p>
2003	<p><b>Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde.</b></p>	<p>Pela primeira vez, a conferência incorporou a questão da saúde da população negra em seu relatório final.</p>
2004	<p><b>1. Realização do 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra;</b></p> <p><b>2. Instituição do CTSPN (Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra).</b></p>	<p>1. O evento culminou na publicação do Caderno de Textos Básicos, em assinatura de termo de compromisso entre a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e o Ministério da Saúde. Ele também resultou na criação da instância burocrática central da focalização, o CTSPN (Comitê Técnico de Saúde da População Negra).</p>

		<p>2. Pela portaria n. 1.678, de agosto de 2004, e pela portaria n. 2.632, de dezembro, ambas do Ministério da Saúde, o comitê nasceu com o objetivo de acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que viria a ser legalizada em 2009. Atualmente, essa função passou a ser da Cippe (Comissão Intersetorial de Políticas Promoção da Equidade), instituída em 2016.</p>
2005	<p><b>1. Inserção da variável raça/cor;</b></p> <p><b>2. Legalização da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.</b></p>	<p>1. A variável apareceu nos sistemas de informação do Programa Nacional de DST/Aids.</p> <p>2. A legalização veio pela portaria n. 1.391, de 16 de agosto de 2005.</p>
2006	<p><b>1. Representação do movimento negro no CNS (Conselho Nacional de Saúde);</b></p> <p><b>2. Realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra;</b></p> <p><b>3. Aprovação da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra).</b></p>	<p>1. As primeiras representantes do movimento no CNS foram Fernanda Lopes (Abrasco e Fundo Baobá) e Jurema Werneck (Criola e Anistia Internacional no Brasil). Atualmente, compõe o CNS a Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids.</p> <p>Vale lembrar que o CNS é um órgão colegiado, diretamente vinculado ao Ministério da Saúde desde 1937. Ele é composto por 48 membros, advindos de quatro setores: entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; entidades nacionais de profissionais de saúde, ou comunidade científica na área da saúde; entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e das nacionais com atividades na área da saúde e segmento do governo federal.</p> <p>O CNS tem o papel de mediação das demandas em saúde entre esses atores políticos. Tem também o de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde pactuadas.</p> <p>2. O evento marcou o lançamento da proposta da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), que viria a ser legalizada em 2009.</p> <p>3. A aprovação foi dada pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.</p>
2008	<p><b>1. Instituição do primeiro plano operativo da PNSIPN;</b></p> <p><b>2. Pactuação da PNSIPN;</b></p> <p><b>3. Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra.</b></p>	<p>1. Mesmo antes de a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ser legalizada, em 2009, o documento definiu seus protocolos e metas.</p> <p>2. A política foi pactuada na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) do Ministério da Saúde. A aprovação é necessária à instituição da política como lei. A CIT é um órgão colegiado intergovernamental existente desde 1991 para discussão e pactuação das políticas do SUS, por consenso.</p>

		3. A comissão foi uma instância de assessoramento ao Conselho Nacional de Saúde.
2009	<b>Instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.</b>	A política foi aprovada pela portaria n. 992, de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde.
2014	<b>1. Lançamento de curso sobre a Saúde da População Negra;</b> <b>2. Instituição do segundo plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;</b> <b>3. Redefinição do CTSPN (Comitê Técnico de Saúde da População Negra).</b>	1. O curso foi lançado no UNA-SUS (Sistema Universidade Aberta do SUS), uma plataforma de educação permanente de profissionais do Sistema Único de Saúde. Esse curso foi disponibilizado em 2014 e está ainda ativo em 2020. 2. O plano definiu os protocolos da política para os anos de 2013 a 2015, conforme a resolução n. 02, de setembro de 2014, da Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Saúde. 3. A redefinição ocorreu pela portaria n. 2.629, de novembro de 2014, do Ministério da Saúde. No ano seguinte, a pasta aprovou o regimento interno do comitê, conforme a portaria n. 1.063, de julho de 2015.
2016	<b>Criação da Cippe (Comissão Intersetorial de Políticas Promoção da Equidade)</b>	Conforme a resolução n. 513, de maio de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a comissão passou a ser responsável por acompanhar as políticas definidas como de equidade em saúde. Entre elas estão políticas da população negra, LGBT, população em situação de rua, campo, floresta e águas, povos e comunidades tradicionais. De acordo com a última divulgação do CNS, a coordenação atual da Cippe está a cargo da Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids.
2017	<b>1. Instituição de obrigatoriedade e padronização da coleta da raça/cor no SUS;</b> <b>2. Instituição do terceiro plano operativo da PNSIPN</b>	1. Houve atualização da obrigatoriedade da coleta do dado racial nos sistemas de informação do SUS, conforme a portaria n. 344, de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde. 2. Houve novas definições de protocolos da política para os anos de 2017 a 2019, conforme a resolução n. 16, de março de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Institucionalização da Saúde da População Negra no SUS (2020).

A Saúde da População Negra (SPN), enquanto um campo de conhecimento em construção no país, tem sido marcada por uma série de transformações que permeiam a história do negro no país. No campo científico, a produção e o interesse em torno dessa temática tem sido crescente e tem se preocupado em discutir os efeitos do racismo nas condições de vida e morte dessa população, sobretudo, a partir do ponto de vista das

ciências sociais, sociologia, política e gestão, saúde coletiva, entre outros. Diversos avanços nas últimas décadas têm permitido desvelar o racismo estrutural e institucional que impera no país.

Dentre os avanços político-normativos da saúde, destaca-se a PNSIPN, instituída pelo MS em 2009, a qual reconhece as barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população e assume a urgência das instituições construírem mecanismos de promoção da saúde integral dessa população e do enfrentamento do racismo institucional no âmbito da saúde. Dentre as diretrizes e objetivos gerais estabelecidos pela Portaria nº 992 de 2009 evidencia-se o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e o fomento ao desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, fortalecendo uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Nessa mesma direção, compreendendo a pesquisa com uma ferramenta indispensável para auxiliar no desenvolvimento de intervenções que ajudarão a prevenir ou mitigar o impacto na saúde de políticas, programas, processos, ações ou eventos originários de qualquer setor, o MS através do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT) publicou a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), que propõe como objetivo alinhar as prioridades atuais de saúde com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisas estratégicos para o SUS. Dentre os 14 eixos temáticos priorizados, destaca-se estudos relacionados à saúde da População Negra.

Na educação, o corpo negro manteve-se no lugar de subalternidade ou, em outras palavras, em um não lugar. Em 1854, o Decreto nº 1.331, determinava que as escolas públicas do país não poderiam admitir pessoas escravizadas e que a educação do negro dependia da disponibilidade de professores. Mais à frente, em 1878, o Decreto nº 7.031-A, estabelecia que pessoas negras só poderiam estudar no período noturno e diversas estratégias foram desenvolvidas para impedir o acesso pleno dessa população ao acesso à educação. Os dados da educação quanto a desigualdade entre brancos e negros, evidenciam que pessoas negras têm menor número de anos de estudos do que pessoas brancas (4,2 anos para negros e 6,2 anos para brancos); na faixa etária de 14 a 15 anos, o índice de pessoas negras não alfabetizadas é 12% maior do que o de pessoas brancas na mesma situação; cerca de 15% das crianças brancas entre 10 e 14 anos encontram-se no

mercado de trabalho, enquanto 40,5% das crianças negras, na mesma faixa etária, vivem essa situação.

Do ponto de vista político-normativo, um marco importante foram as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africanas e a Lei nº 10.639 de 09 de janeiro de 2003, que propuseram também a divulgação e produção de conhecimentos, bem como de atitudes, posturas e valores que eduquem cidadãos quanto à pluralidade étnico-racial. O Estatuto da Igualdade Racial, marco legal na história das políticas públicas voltadas a população negra no país, também estabelece como objetivo o financiamento de pesquisas, nas áreas de educação, saúde e emprego, voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população negra, bem como o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Finalizando os breves apontamentos e elementos normativos que constituem a história das condições sociais da população negra no nosso país, entendemos que a saúde e a educação são dois campos estratégicos na luta antirracista. A educação, como um dos principais ativos e mecanismos de transformação de um povo, como colocamos anteriormente, como uma arma relevante para a população negra acessar o mundo e disputar politicamente a memória. Por sua vez, se a saúde é capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença (TAVARES, 2010), torna-se condição *sine qua non* para existência da mobilização da população negra.

## CAPÍTULO IV

*A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.*  
*Paulo Freire*

### PERCURSOS METODOLÓGICOS

Estabelecer os caminhos metodológicos para chegar ao objetivo que se almeja dentro de uma pesquisa não é uma tarefa simples ou puramente epistemológica, envolve um conjunto de variáveis dificilmente mensuradas, mas que demandam do pesquisador escolhas. Olhar para pesquisa como um trajeto que se constrói considerando as intempéries do percurso foi necessário nesse processo de gerar e conformar a nossa dissertação, afirmamos isso, pois nem sempre o trajeto construído é o desejado ou esperado. A ânsia era ouvir os sujeitos, entender o que falam e/ou o que omitem, o que motivam e o que elegem como prioridade no seu processo de fazer docência, como enxergam o seu preparo no combate ao racismo e como entendem o seu papel enquanto formadores de profissionais de saúde. Mas independente da conformação que a pesquisa assume, acreditamos que o processo de pesquisar envolve se dispor “a produzir respostas a questões” (DROESCHER; SILVA, 2014, p. 175) ou mesmo, ao nosso ver, formular novas questões. Concordamos com Bassi (2006) ao dizer que a pesquisa é o trajeto percorrido e não os resultados obtidos. Portanto, ao longo desse trajeto tivemos que fazer ajustes, abdicar e entender que o tempo é rei, ainda que doloroso para nós, retirar a pesquisa de campo mostrou-se como o caminho possível, nesse primeiro momento, para finalizar essa etapa. Mesmo com a saída da pesquisa de campo na conformação dos nossos resultados (mas não do nosso horizonte de pesquisa, tendo em vista que seguiremos com a coleta de dados e posterior divulgação dos resultados do campo), entendemos e acolhemos a ideia de que a análise do objeto não perderá robustez ou não será menor considerando os percursos metodológicos assumidos. Assim, nesse capítulo, teceremos as nossas escolhas metodológicas para tratar do nosso objeto de estudo.

Escolhemos adotar uma pesquisa de abordagem exploratório-descritiva e qualitativa, tendo em vista que a preocupação é o aprofundamento da compreensão de um fenômeno e não a representatividade numérica, e exploratório-descritiva, a qual busca familiarizar-se com o problema ou fato, explicitá-lo, descrevê-lo para construir novas conjecturas ou questões (FONSECA, 2002). Gil (2002, p. 41) vai destacar que pesquisas

qualitativas visam “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Segundo Gil (2007), abordagens dessa natureza envolvem levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema, análises de exemplos que ajudem a compreensão e estudos de casos.

Para tanto, escolhemos percorrer duas estratégias metodológicas complementares com vistas a dar conta dos objetivos propostos: o primeiro, foi um levantamento bibliográfico através de uma revisão integrativa da literatura e, o segundo, uma revisão documental dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e currículos médicos das instituições públicas de ensino superior do estado da Bahia, considerando instituições federais e estaduais. Nos parágrafos seguintes julgamos necessário fazer mais algumas considerações:

A nossa questão de pesquisa, nesse processo, nos fez refletir o modo como conformamos os nossos objetivos e os percursos metodológicos que adotaríamos. A nossa questão de pesquisa nos impelia em ouvir os sujeitos. Porém, relendo a maior parte das públicas brasileiras sobre a questão da formação em saúde, percebemos que se fazia necessária uma parada, sobretudo, para retomar os conhecimentos construídos por pesquisadores sobre a temática. Entendemos que isto poderia constituir um quadro demonstrativo robusto acerca da produção desse conhecimento, servindo como ponto de partida para construção de novas pesquisas e para o solidificar um corpo teórico em torno do tema. As inquietações surgidas ainda nesse processo, bem como a ausência de um trabalho amplo e profundo que tratasse sobre o assunto, apontaram para nós a necessidade desse primeiro movimento que é o primeiro percurso metodológico escolhido. Reconhecemos que era imprescindível uma revisão crítica da produção do conhecimento sobre formação pedagógica e racismo no campo da medicina, sobretudo, que abrangesse as publicações científicas advindas de outras áreas que pudessem contribuir para o nosso entendimento, como é o caso da área da educação. Foi assim que decidimos pela elaboração dessa revisão integrativa da literatura. Essa, talvez, tenha sido a primeira justificava na definição do primeiro objetivo, qual seja: identificar, na literatura, se ocorre e como ocorre o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos.

Em outra altura, assim como surgiu em nós, questionamentos quanto a relação existente entre a formação docente para as relações étnico-raciais, os PPP e as matrizes

curriculares desses cursos podem vir a existir. Tivemos o entendimento de que tais documentos funcionam como orientadores das práticas e do trabalho pedagógico, constituindo-se como ação política, “construído e organizado na pluralidade das intenções”. As temáticas escolhidas, a existência ou não de determinados temas, as concepções existentes sobre o tema e a própria bibliografia escolhida são elementos que direcionam a seleção dos docentes que lecionam nos cursos de ensino superior, bem como sua própria formação pedagógica no contexto da instituição.

#### **4.1 Revisão integrativa da literatura**

Buscando identificar e compreender, na literatura, o que tem sido produzido sobre o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos desenvolvemos uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de revisão constitui-se como uma ferramenta importante ao proporcionar a síntese do conhecimento por meio de um panorama consistente e compreensível de problemas sociais diversos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Figueiredo (1990, p. 132) vai destacar que revisões de literatura assumem uma função histórica na construção do saber científico, isso porque tais estudos oferecem uma visão geral do estado de desenvolvimento de um assunto em determinado período. Compreendemos também que é a partir dela que as concepções em torno de um objeto vão sendo vistas e revistas ao longo do tempo, sendo capaz de mostrar tendências e posicionamentos frente a um mesmo objeto. Outra função destacada pelo autor diz respeito a capacidade de atualização inerente aos estudos de revisão, por permitiram compilar informações veiculadas nas principais fontes de literatura, orientando o ensino e auxiliando na formulação de novos problemas de pesquisa. Noronha e Ferreira (2000) concordam com Figueiredo (1990) na medida em que acredita que estudos dessa natureza podem fornecer análises robustas sobre o estado da arte de um tema específico, elucidando novas ideias e tendências, métodos com maior ou menor evidência.

Andrade (2021, p. 01) coloca que “os estudos de revisão de literatura estão entre as fontes bibliográficas mais relevantes para a construção e divulgação do conhecimento científico”. Concordando com seu posicionamento tomamos como referência a complexidade que envolve estudos desse tipo, sobre esse ponto Dorsa (2020) destaca que as revisões:

Como fio condutor na elaboração de um projeto de pesquisa, de teses, dissertações ou mesmo da escrita de um artigo, a revisão de literatura estabelece uma linha de raciocínio que pode guiar a leitura dos pesquisadores, levando-os das premissas às conclusões. É importante enfatizar que a grande pergunta com relação à revisão de literatura é a busca de responder ao seguinte questionamento: o que foi desenvolvido por outros pesquisadores sobre este tema? (DORSA, 2020, p. 681)

Nesse processo de construção da pesquisa, ao refletirmos sobre as nossas perguntas de investigação, o objetivo e o objeto do nosso trabalho, outros questionamentos foram sendo tecidos quanto à escolha de uma abordagem metodológica que pudesse, em alguma medida, responder o que nos propomos a pesquisar, uma abordagem que fosse possível uma análise “a partir de uma perspectiva histórica sobre determinado tema” (DORSA, 2020, p. 681).

Comungamos com isso, mas também queríamos poder conhecer como a abordagem do racismo na formação médica a partir da ótica da formação dos docentes que lecionam nesses cursos ocorre. Acreditamos que, diante dos desdobramentos que a formação em medicina vem alcançando e o próprio debate fervoroso que tem ocorrido em torno do racismo nos últimos anos, descortinar a forma como tem se dado a formação pedagógica dos docentes sobre a temática seria uma possibilidade de acréscimo no que tange as pesquisas na área da educação médica do nosso século.

Há uma série de tipologias e categorizações de revisão, variando de acordo com o objetivo e o conteúdo, mas que de modo geral possuem em comum a ideia de ser “uma forma de pesquisa que utilizam de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.133). Considerando as diferentes tipologias das revisões existentes, escolhemos a construção de uma revisão integrativa, por ser um tipo de pesquisa “planejada, com critérios explícitos e sistemáticos para buscar e selecionar os estudos a serem sintetizados” (ANDRADE, 2021, p. 02).

Enquanto a revisão sistemática busca responder a uma questão específica e circunscrita, a revisão integrativa responde por questões de pesquisa mais amplas e é assim chamada por fornecer “informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento” (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014, p. 09), envolve a análise de “diferentes tipos de estudo, quantitativos, qualitativos e até mesmo teóricos” (ANDRADE, 2021, p. 02). Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 103) destacam que esse tipo de revisão incorpora um vasto leque de propósitos e pode “gerar

um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas”.

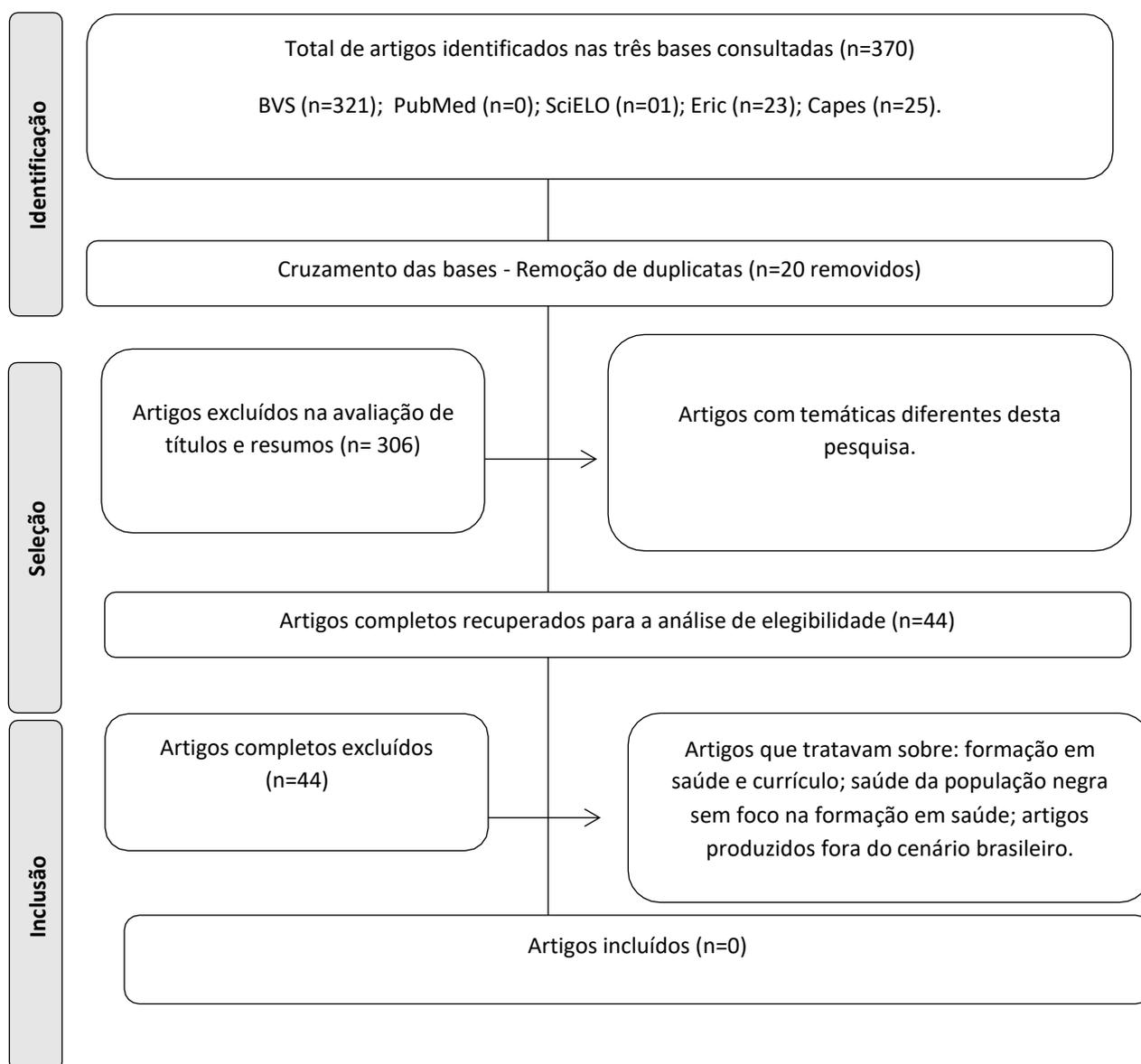
Assim, para o desenvolvimento do tipo de revisão proposta nessa dissertação adotamos as etapas definidas por Souza, Silva e Carvalho (2010) e seguimos as recomendações da *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020): 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados; 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

As bases de dados que utilizamos abarcaram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *US National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Educational Resources Information Centre* (ERIC), por serem tradicionais nas áreas de educação, saúde e educação médica. Além dessas, também analisamos o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), buscando identificar dissertações e teses que tratassem sobre a temática.

Os descritores foram escolhidos considerando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizando os termos em inglês e português. Para elaboração das estratégias de busca utilizamos as associações dos descritores com os operadores booleanos (AND, AND NOT, OR). Descrevemos os critérios de inclusão e exclusão de forma detalha no protocolo de pesquisa (Apêndice A), considerando a concordância com a pergunta norteadora e as características do objeto.

Na Figura 4, buscando evidenciar os resultados quantitativos encontrados no processo de revisão, apresentamos as etapas desenvolvidas no processo sistemático de captação e seleção dos artigos.

**Figura 4.** Fluxograma para o processo sistemático de seleção dos artigos, de acordo a PRISMA (2020).



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

## 4.2 Revisão Documental

A proposta dessa subseção é apresentar a segunda estratégia metodológica escolhida: a revisão documental ou análise documental, que para Pimentel (2001) trata-se do “tratamento metodológico de documentos” ou mesmo de “um processo de garimpagem”, em que se montam peças como se fosse um quebra-cabeça. A revisão documental é um método analítico que permite mapear informações e organizar acontecimentos por meio da análise de documentos preexistentes (CELLARD, 2008). Segundo Gil (2008, p. 45), esse tipo de pesquisa tem como fonte materiais que não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Percebemos, ao longo do processo de construção do nosso trabalho, que diversas terminologias do que viria a ser o tratamento de documentos no desenvolvimento de uma pesquisa foram desenvolvidas: pesquisa documental, análise documental ou técnica de pesquisa com documentos. Fávero e Centenaro (2019), ao investigarem os limites e potencialidades da análise documental no tratamento do seu objeto, vão evidenciar que a literatura especializada sobre o tema não formulou um consenso único de como denominar esse tipo de abordagem metodológica. Entretanto, conforme os autores, é consenso na literatura que a pesquisa documental busca “conhecer, descrever, caracterizar, analisar e produzir sínteses de objetos de pesquisa específicos” (FÁVERO; CENTENARO, 2019, p. 171). Souza e Giacomoni (2021, p. ) vão acrescentar que:

A pesquisa documental é uma das metodologias possíveis no estudo e investigação de fenômenos sociais. [...] Um documento é algo que fica, é um testemunho. Além disso, é resultado de várias forças entrecruzadas que resultam na montagem de práticas. A história como prática social procura compreender estes fenômenos extraíndo sentidos para o seu entendimento.

Para Paduá (1997, p. 62), a pesquisa documental é entendida como:

[...] aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

De forma geral, têm se assumido que a análise documental é um procedimento metodológico praticamente decisivo nas áreas das ciências humanas e sociais (CECHINEL *et al.*, 2016, p. 02). Diversas pesquisas tem colocado o papel da análise documental nos estudos dos diversos campos, especialmente, do serviço social, direito,

história e da área da educação. Ao nosso ver, nas pesquisas que envolvem as políticas de educação e as políticas de saúde – dois campos de pesquisa que se entrecruzam na nossa dissertação, esse tipo de abordagem metodológica também assume papel de destaque.

A diversidade de termos que envolve a análise documental relaciona-se diretamente com os diferentes significados atribuído ao centro da sua análise, que é o documento. Alguns autores (CELLARD, 2008; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009) têm tido compreensões diferentes do que viria a ser o documento. Prates e Prates (2009, p. 114-115) vão destacar que os documentos expressam “discursos, normativas, sentidos atribuídos, regras, conceitos (ora explicitados, ora vagos) pressupostos, delimitações, valores, descrições de fatos”. Concordamos com ele e destacamos ainda que são permeados pelas relações de poder e por intencionalidades, isto é, nenhum documento é neutro, sendo necessário compreendê-lo no contexto da conjuntura histórica em que foi produzido (FÁVERO; CENTENARO, 2019).

Não tomaremos a discussão de qual termo ou denominação se encaixa melhor, isto é, se pesquisa documental ou análise documental. Assumiremos aqui como o entendimento de que ambas as denominações tratam de um “procedimento metodológico que se utiliza de técnicas e instrumentos para apreensão, compreensão e análise de documentos” (FÁVERO; CENTENARO, 2019, p. 172) e, incluindo, a grosso modo, “as dimensões metodológica, técnica e epistemológica da pesquisa com documentos” (FÁVERO; CENTENARO, 2019, p. 172).

Assim, para analisar os PPP e as grades curriculares dos cursos de medicina quanto à presença de disciplinas voltadas para abordagem sobre raça e racismo propomos, portanto, como processo de investigação e percurso metodológico a análise documental. Andrade et al (2018, p. 2) vão chamar nossa atenção para o fato de que a investigação documental demanda perícia, isto porquê:

[...] requer avaliação do contexto de produção dos documentos, de sua autoria, natureza e procedência. Analisar documentos implica fazê-lo a partir do ponto de vista de quem os produziu, no local de produção, o que requer cuidado e perícia por parte do pesquisador. Da mesma forma, a natureza (jurídica, técnica, histórica, etc.) de um documento deve ser considerada no momento da análise, certificando-se de sua autenticidade e confiabilidade

Os objetos de análise que escolhemos foram as matrizes curriculares e PPP dos cursos de graduação em medicina das universidades públicas do Estado da Bahia constante no cadastro do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio

Teixeira (INEP), que foram implementadas ou reestruturadas após o ano de 2014, ano em que as novas DCNs para os cursos de medicina foram publicadas. Nesta etapa buscamos descrever as características de um determinado fenômeno, nesta pesquisa, o PPP, o currículo dos cursos de medicina e a presença de componentes curriculares voltados para a abordagem sobre raça e racismo.

#### *4.2.1 Os Projetos Políticos Pedagógicos e as matrizes curriculares enquanto objetos de análise*

O PPP tem sido alvo de discussões por docentes, pesquisadores e instituições educacionais em todos os níveis. Távora (2010) tem apontado que, ao longo da história da educação no país, posturas distintas são adotadas pelos autores quanto ao PPP, refletindo em diferentes concepções filosóficas, pedagógicas e metodológicas. Enquanto objeto de análise, esses documentos têm sido bastante pesquisados, principalmente, no campo da educação básica. Em termos legais, as bases que fundamentam a sua construção baseiam-se nos artigos número 12 e 13 da LDB de 1996, os quais estabelecem que as instituições de ensino deverão “elaborar e executar sua proposta pedagógica”, visando a construção e consolidação de uma identidade institucional, conforme o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) (BRASIL, 1996).

No campo da educação médica, tanto a DCN de 2001 como a de 2014, preveem que todo curso deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, devendo buscar uma formação integral e adequada do estudante por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Do ponto de vista conceitual, vão definir o PPP como o plano global da instituição que define claramente o tipo de ação educativa que se pretende realizar. É compreendido como a sistematização, nunca definitiva, de um processo de planejamento que deve ser participativo e que se aperfeiçoa e se concretiza durante, isto é, trata-se de um instrumento teórico-pedagógico para a intervenção e mudança da realidade (VASCONCELOS, 2004, p.169). Veiga (1995) vai destacar que o PPP se constitui como uma ação intencional construída coletivamente, devendo-se preocupar com a articulação entre o projeto pedagógico e o político, que deve partir de objetivos e necessidades concretas da sociedade. Libâneo, Oliveira e Toschi (2005, p. 345) colocam que é um documento que possui “uma direção política e pedagógica para o trabalho escolar, formula metas, prevê as ações, institui procedimentos e instrumentos de ação”.

Notemos que todos os autores, de modo geral, destacam características e capacidades que marcam os projetos pedagógicos: seu teor intencional, sua direcionalidade política e pedagógica e o caráter eminentemente participativo na sua elaboração. De acordo com Barbosa (2012), sua estrutura vai ser dividida em uma estrutura política, que traduz o compromisso da instituição frente a sociedade e uma estrutura pedagógica, que reflete os elementos que constituem o processo de ensino aprendizagem, e diz respeito ao “saber fazer”. O primeiro tem o objetivo de educar enquanto ato político, em que a formação do sujeito pauta-se na premissa da educação emancipatória, o segundo abrange a perspectiva sistematização da gestão educacional, da prática docente e das ações organizacionais.

Veiga (2004) também tem defendido a concepção de PPP como algo que é um “vir a ser”, mas que ao direcionar uma proposta pedagógica, ele já se concretiza a dizer de “como será feito”, o que nas palavras de Dias Sobrinho (1992, p.7 apud OLIVEIRA; SOUZA; BAHIA, 2011, p. 41) significa aquele o PPP seria aquele que “arranja o presente e o liga a visão do futuro”.

A matriz curricular ou currículo, por sua vez, também definida segundo a LDB de 1996, é o documento norteador dos conteúdos que serão abordados nos cursos, como descrito no capítulo 2 dessa dissertação. Ela deverá descrever as matérias que serão ofertadas, as abordagens seguidas e devem ser norteadas pelas DCN para os cursos de ensino superior, estabelecidas pelo MEC. Do ponto de vista epistemológico, como amplamente discutido anteriormente, a constituição das matrizes curriculares pode ser vistas como uma prática produtiva, pois traz consigo “significações produzidas pelas relações existentes entre a escola e a comunidade que dela faz parte” (SILVA, 1999, p. 19).

Portanto, a escolha desses objetos de análise justifica-se na medida em que os entendemos enquanto expressão das práticas sociais, constituindo-se como arcabouço concreto daquilo que os discentes, docentes, instituição de ensino e comunidade produzem historicamente, podendo evidenciar as escolhas diante das contradições e dos embates que se apresentam.

#### *4.2.2 O contexto: as instituições de ensino superior do estado da Bahia*

O contexto para o desenvolvimento dessa pesquisa foi as instituições públicas de ensino superior do Estado da Bahia. Tal escolha justifica-se por três motivos: 1) no

contexto da expansão do número de escolas médicas no país, a região Nordeste foi a que mais expandiu em número de vagas e o Estado da Bahia sendo o número 1 no ranking dessa região (DIREM, 2020); 2) dentre os estados da região Nordeste, a Bahia é o que mais possui instituições com cursos de medicina (DIREM, 2020); 3) a Bahia é o estado do nordeste com maior número de pessoas que se autodeclaram pretas ou pardas (IBGE, 2019).

A Bahia, por sua vez, é um estado brasileiro localizado na região Nordeste do país, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.722,61 quilômetros quadrados, e ocupando 6,6% da área geográfica do país e 36,3% da região (BAHIA, 2020). De acordo com a divisão político-administrativa, abrange 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador, possuindo uma densidade demográfica de 26,23 habitantes por quilômetro quadrado. Seu contingente populacional é o quarto maior do país, com uma estimativa de 14.812.617 de pessoas residentes em 2018, representando 7,1% do total de habitantes do país.

#### *4.2.3 O levantamento dos dados*

Por trata-se de materiais de domínio público, para o levantamento de dados recorreremos aos sites institucionais das IES, pois como previsto no artigo 47 da LDB de 96 todas as instituições devem informar os programas dos cursos e demais componentes curriculares, sua duração, requisitos, qualificação dos professores, recursos disponíveis e critérios de avaliação, devendo a divulgação ser realizada em página específica na internet no sítio eletrônico oficial da instituição de ensino superior, cabe divulgar ainda a lista das disciplinas que compõem a grade curricular e as respectivas cargas horárias, bem como a identificação dos docentes que ministrarão as aulas em cada curso, as disciplinas que efetivamente ministrará naquele curso ou cursos, sua titulação, abrangendo a qualificação profissional do docente e o tempo de casa do docente, de forma total, contínua ou intermitente (BRASIL, 1996).

Aquelas IES em que não estavam disponíveis ou não foram localizadas as matrizes nos sites institucionais, solicitamos através de contato via e-mail da coordenação acadêmica.

Para caracterização dos cursos, bem como dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) em que essas instituições estavam presentes, recorreremos aos dados do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do

Diretório das Escolas de Medicina (DIREM), do Departamento de Saúde do SUS (DATASUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

#### *4.2.4 Os instrumentos construídos para o levantamento dos dados*

Elaboramos um instrumento de coleta que abarcou: exame do contexto, que serviu para situar as condições históricas e sociais em que esses documentos foram produzidos; identificação das instituições quanto ao número de vagas anuais, caráter (federal ou estadual), localidade, ano do PPP, ano de autorização do curso pelo Ministério da Educação, método de ensino, número de discentes e docentes, tendo como objetivo conhecer e caracterizar a identidade desses cursos; identificação das disciplinas que abordam os aspectos étnico-raciais e racismo, considerando qual semestre do curso a disciplina é ofertada, caráter (obrigatória ou optativa) e bibliografia utilizada.

#### *4.2.5 Tratamento dos dados*

Os currículos que possuíam disciplinas sobre a temática submetemos a técnica de análise de conteúdo, compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2011, p. 47), através de três fases distintas: 1) pré-análise; 2) análise do material; e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Buscando fundamentar as análises documentais e dar significados aos discursos explícitos e implícitos nesses currículos, buscamos referenciais teóricos do campo do currículo e da educação para as relações étnico-raciais na constituição curricular. As fases que compuseram a análise documental aqui apresentada estão descritos no protocolo das etapas de revisão documental (Apêndice B).

Com a finalidade de dar conta das nossas questões de pesquisa, subdividiremos a apresentação e discussão dos resultados em dois capítulos distintos: um primeiro que buscará expor os resultados encontrados na primeira etapa metodológica e, portanto, responder o primeiro objetivo específico e um segundo que será voltado para discutir os achados da análise documental, respondendo, portanto, o segundo objetivo específico proposto.

## CAPÍTULO V

*Falta uma formação com menos microscopia e mais macroscopia. Com os olhos voltados para fora. Para fora dos microscópios, dos laboratórios, dos muros da universidade, do bairro, da cidade, do país. Com os olhos voltados para fora de nós mesmos. O título de graduado vai pro indivíduo degradado. Chamam de formação esse processo de formatação. Se a visão não é universal, não é universidade - é linha de montagem. É indústria. É produção em série de diplomas enlatados em canudos de veludo” Gustavo Di Lorenzo, acadêmico de Medicina da Unesp.*

### RESULTADOS: ENTRE O SILÊNCIO E AUSÊNCIA DA TEMÁTICA

A proposta deste capítulo é apresentar os dados obtidos no levantamento bibliográfico da literatura brasileira sobre a temática e da análise documental dos PPP e matrizes curriculares. Seguiremos as categorias de análise que emergiram durante a compilação dos resultados, quais sejam: 5.1) A produção científica sobre a temática; 5.2) O que não dizem os PPP; 5.3) O currículo médico e suas nuances na perpetuação do racismo; 5.4) Remando contra a maré: estratégias de fortalecimento.

#### 5.1 A produção científica sobre a temática

Os resultados oriundos da revisão integrativa da literatura dessa dissertação chamam atenção, pois considerando as estratégias de buscas adotadas e os descritores selecionados, constatamos que inexistem publicações que tratem especificamente da formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo. Essa primeira constatação, nos aponta, para além da escassez de estudos que tratam sobre a temática sinaliza para o fato de que as publicações sobre educação médica e racismo têm se debruçado, especialmente, em tratar sobre a abordagem curricular ou mesmo os impactos do racismo na saúde da população negra.

Algumas limitações precisam ser consideradas: uma delas refere-se à indisponibilidade de informações científicas sobre a temática no período analisado, todavia acreditamos que o cotejamento com as diferentes bases de dados tenha minimizado essas possíveis lacunas. Outro elemento que merece destaque é a utilização dos descritores, tendo em vista que o termo “formação pedagógica” não é catalogado no DeCS.

Não é possível determinarmos o porquê da ausência da temática nos periódicos, Werneck (2016) elenca algumas possibilidades: desinteresse, falta de estímulos ou existência de restrições explícitas nas instituições de pesquisa; se devido a barreiras interpostas pelos conselhos editoriais dos diferentes periódicos; ou, ainda, se devido a combinações entre os variados elementos (p. 536). De modo geral, as publicações sobre formação pedagógica nos cursos de medicina têm ocorrido de forma genérica, sem focalizar nas lacunas que permeiam a educação para as relações étnico-raciais e racismo. Nas nossas pesquisas, dois trabalhos merecem destaque:

No ano de 2018, a dissertação intitulada “Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de medicina: uma análise curricular” defendida no Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFA), objetivou verificar a presença da temática étnico-racial no Curso de Graduação em Medicina, visando identificar abordagens sobre as Relações Étnico-Raciais e da Saúde da População Negra no Projeto Pedagógico e nos conteúdos da matriz curricular de um curso de graduação, público, em Medicina no estado de Alagoas. Os resultados da pesquisa demonstraram a existência de um silenciamento acerca das relações Étnico-Raciais na estrutura do Projeto Pedagógico nos fundamentos e justificativas, bem como, nos objetivos e competências para a formação médica. Nas abordagens dos conteúdos foram encontradas citações pontuais sobre as nosologias consideradas prevalentes na população negra como a doença falciforme, diabetes mellitus, glaucoma e hipertensão arterial, para os demais assuntos não foram identificados elementos que considerem de forma explícita o viés étnico-racial ligado à Saúde da População Negra nas ementas e nos planos de disciplinas obrigatórias da graduação. Evidenciou-se que a instituição possui aspectos na organização do curso e na matriz curricular que permitem integralizar essa temática em todos os seus eixos formativos de maneira transversal.

Dois anos depois, em 2020, a dissertação intitulada “Como a equidade racial está sendo implementada na formação em saúde? Pesquisa-intervenção nos cursos de graduação em saúde coletiva, enfermagem e medicina da Universidade de Brasília” defendida na Universidade de Brasília (UnB) no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva buscou produzir evidências sobre a implementação da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina da UnB. Na etapa de análise documental dos programas de ensino-aprendizagem, Souza (2020) evidenciou que a equidade racial

apareceu explicitamente no curso seis disciplinas obrigatórias e em nenhum optativa do curso de medicina, percebeu também que a inserção ficou concentrada no primeiro semestre e que geralmente a temática é abordada de acordo com a afinidade individual de determinados professores.

Embora ambos tenham a proposta de discutir a abordagem do racismo e dos aspectos étnico-raciais na formação médica, observamos que nenhuma das pesquisas focalizam a formação pedagógica dos docentes como elemento fundamental no processo de construção de currículos pautados na educação antirracista.

## 5.2 O que não dizem os PPP

Foram analisados dez PPP dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia (Quadro 3). Na nossa análise, apenas dois projetos possuíam menções aos aspectos étnico-raciais, sem mencionar a palavra racismo durante a sua constituição. Vasconcelos (2007) considera relevante destacar algumas finalidades do projeto pedagógico, tais como, ressignificar o trabalho pedagógico, por meio do planejamento, da sua intencionalidade. Nesse movimento, a nós coube o movimento de questionar: quais são as conceituações sobre PPP assumidas por essas universidades? Qual projeto de formação tem sido adotadas por essas universidades?

**Quadro 3** - Análise dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia quanto menção sobre raça e racismo.

NOME DA INSTITUIÇÃO	ANO DE AUTORIZAÇÃO	ANO DO PPP	DISCUSSÃO/MENÇÃO SOBRE RAÇA E RACISMO NO PPP
Universidade Federal da Bahia (UFBA) Campus Vitória da Conquista	2015	2015	Sim
Universidade Federal da Bahia (UFBA) Campus Salvador	-	2021	Não
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)	2013		Não
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)	2011	2011	Não
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Campus Vitória da Conquista	2004	2009	Não
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Campus Jequié	2008	2016	Não
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)	2001	2015	Não
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	2002	2015	Não

Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)	2014	2014	Não
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)	2019	2014	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para nós, o PPP é o documento que orientam os docentes no planejamento do seu componente curricular e de modo se almeja concretizar a política educacional da instituição, Veiga (1998, p. 13) vai colocar que esse projeto “é político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade. [...]” e “pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade”. Para Fusari (1995, p.102) “os adjetivos político e pedagógico a ele acrescentados garantem de um lado a não neutralidade dessa documentação e de outro o compromisso com o pedagógico”.

Para nós, não atentar para este aspecto na construção dos projetos que orientam a identidade da universidade consiste em reproduzir um sistema racista que silencia e invisibiliza questões que estruturam a sociedade brasileira.

### **5.3 O currículo médico e suas nuances na perpetuação do racismo**

Analisamos as matrizes curriculares de dez cursos, sendo que apenas seis possuíam algum componente que mencionava a saúde da população negra (Quadro 4). Das seis disciplinas, apenas quatro eram de caráter obrigatório, sendo a média de carga horária de 60 horas. As análises das disciplinas quanto aos elementos propostos em suas ementas evidenciam que a temática sobre saúde da população negra, raça e racismo são colocadas de forma pontuais, sobretudo, nas disciplinas do campo da Saúde Coletiva. As referências utilizadas se referem, de forma genérica, a saúde da população negra, não possuindo referências que discutam questões mais centrais na constituição do racismo enquanto ideologia.

**Quadro 4** - Análise das matrizes curriculares dos cursos de medicina das IES públicas do estado da Bahia.

Nome da Universidade	Presença de disciplina sobre a temática	Carga horária da disciplina	Caráter	Semestre ofertada	Modalidade
Universidade Federal da Bahia (UFBA) Campus Vitória da Conquista	Sim	102h	Obrigatória	8º semestre	Teórica e Prática
Universidade Federal da Bahia (UFBA) Campus Salvador	Sim	34h	Optativa	-	Teórica
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)	Sim	68h	Obrigatória	1º semestre	Teórica
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)	Sim	30h	Obrigatória	3º semestre	Teórica e Prática
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Campus Vitória da Conquista	Não	-	-	-	-
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Jequié	Sim	45h	Obrigatória	-	Teórica
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)	Não	-	-	-	-
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	Não	-	-	-	-
Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)	Sim	60h	Optativa	-	Teórica
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)	Não	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor.

Falar sobre educação para as relações étnico-raciais na formação em saúde é algo recente, porém defendido a alguns anos por uma série de pensadoras e ativistas do campo da saúde coletiva (MOREIRA; SANTOS; ARAÚJO, 2021). Iniciamos com algumas questões que também estimulam as reflexões pretendidas durante toda essa dissertação: a educação médica que se tem é a educação médica que se quer? Quando falamos em formação de pessoal em saúde, abordando as relações étnico-raciais como eixo norteador, conforme indicado pelas DCNs, do que estamos falando? Onde cabe o corpo negro na formação dos médicos e médicas do nosso país? Este conjunto de perguntas demarcam questões iniciais que nos permitiram refletir nessa seção. Outras, suscitadas pela Nilma Lino destinadas a professores e professoras da educação básica também nos convidam a questionar aos docentes dos cursos médicos: como será que nós, docentes dos cursos de medicina, temos abordado a questão racial na escola e na prática clínica? Que atitudes tomamos frente a situações de discriminação racial no interior das salas de aula ou mesmo durante uma consulta no campo de prática? Por que será que a questão racial ainda

encontra tanta dificuldade para entrar nas escolas de medicina e na formação dos médicos e médicas brasileiras?

Aprender essa diversidade, compreender e enfrentá-la parecem ser um receio da pedagogia e da educação escolar (GOMES, 2006, p.09). Nas escolas médicas, trabalhar com questões como racismo, lgbtfobia, sexismo, segue gerando um mal-estar. A escola médica tem se comprometido de forma muito tímida na construção de currículos que tensionam problemas estruturais da nossa sociedade.

Limitar a abordagem dos aspectos étnico-raciais apenas as aulas que tratam sobre determinantes sociais em saúde, ou ainda, lembrá-los apenas quando falamos em Anemia falciforme, pelos maiores índices de assassinato, diabetes *mellitus*, hipertensão e tantas outras doenças, ou ainda pela maior vulnerabilidade socioeconômica, maior risco de suicídio, feminicídio, violência obstétrica não é colocar estes sujeitos como protagonista. Mesmo sabendo que os usuários atendidos nos campos de prática são majoritariamente negros, o currículo médico não contempla a promoção de ações de combate ao racismo. Ainda que experiências pontuais tenham sido desenvolvidas para o combate à discriminação racial no âmbito das faculdades de medicina, devemos reconhecer que não se planejam ações efetivas que busquem, coletivamente, refletir e enfrentar o racismo. Sem contar com um currículo que aborde as questões ligadas à cultura afro-brasileira e a história dos povos africanos, e uma formação que os oriente para desenvolvimento de práticas pedagógicas que trabalhem a diversidade racial, a abordagem dos aspectos étnico-raciais na formação médica perpassa pela construção de uma clínica racializada.

Racializar a consulta é compreender este indivíduo negro nas nuances que não só determinam o seu risco de adoecer, viver ou de auto cuidar-se, é compreender como as formas de racismo configuram-se como definidor no acesso ao serviço, na construção de sua autoimagem e do que se entende sobre cuidado. Racializar o cuidado em saúde é também compreender, na dinâmica da formação e da conformação dos currículos, as relações existentes entre a figura do que é ser médico e que imagem historicamente foi construída sobre quem pode ser médico no país, é entender que historicamente algumas populações não eram dignas de cuidado em saúde e que isso se reverbera até hoje na distribuição de piores condições de autocuidado em populações pretas e periféricas. Racializar o currículo é trazer, ao longo da história da medicina, o seu papel na disseminação da teoria racista e, ao mesmo tempo, fortalecer a imagem de médicos e

médicas, pesquisadores e pesquisadoras negros que tem contribuído para os debates no campo da saúde.

Os cursos médicos já possuem uma carga horária extensa, e desse modo não estamos, portanto, advogando a necessidade de construir uma disciplina a cada semestre para discutir tais aspectos, muito menos determinando que professores e professoras forcem nas aulas de biologia celular e molecular ou microbiologia a presença de elementos que discutam racismo, o que estamos propondo é, como evidenciado por Gomes (2012, p. 105) "uma mudança cultural e política no campo curricular e epistemológico".

O curso de medicina, por sua vez, historicamente foi um curso acessível apenas as camadas mais ricas da sociedade e, até recentemente, essa realidade se manteve inalterada. Com as maiores concorrências, cursos em horário integral, mensalidades caras e custos altos relacionados a xerox e materiais de estágio. Com a introdução massiva de pessoas negras no espaço da universidade, esperava-se que a discussão sobre raça e racismo fosse aparecer não apenas a partir do currículo oculto ou através de iniciativas autônomas de estudantes negros.

No cenário de crescente incremento no número de escolas médicas do país, as preocupações em torno do profissional médico que almeja-se formar perpassa pela compreensão de quem são os docentes que lecionam nesses cursos e qual o grau de formação pedagógica para abordagem de problemas estruturantes da sociedade brasileira. Em uma sociedade marcada pelo racismo estrutural, em que iniquidades étnico-raciais determinam o risco de morrer e viver, a formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem do racismo como um problema de saúde é fundamental. Nesse contexto, a discriminação racial se faz presente como fator de seletividade na instituição escolar e o silêncio é um dos rituais pedagógicos por meio do qual ela se expressa. Não se pode confundir esse silêncio com o desconhecimento sobre o assunto ou a sua invisibilidade.

#### **5.4 Remando contra a maré: estratégias de fortalecimento**

Algumas experiências ao longo das leituras que construíram essa dissertação foram sendo colhidas, sobretudo por acreditar que, embora o debate ainda esteja extremamente invisibilizado e materializado nas políticas educacionais e curriculares das IES, movimentos e estratégias de fortalecimento e enfrentamento têm sido construídas, principalmente, pelos estudantes negros e negras que tem adentrado a universidade a partir da política de cotas. Guimarães, Rios e Sotero (2020) vão colocar que dentro os tantos impactos decorrentes da ampliação do número de negros na história da

universidade brasileira, o principal tem sido à produção do conhecimento. Os autores reforçam que a juventude negra universitária (e aqui destacamos também os docentes e técnico-administrativos) tem possibilitado e fomentando a criação de linhas de pesquisa, linhas editoriais e mesmo a produção de trabalhos de conclusão de curso ou mestrados e doutorados sobre a temática racial.

No conjunto de estratégias construídas para o fortalecimento e permanência de jovens negros no interior dos cursos<sup>14</sup>, destacamos o Negrufba, Coletivo de Negros e Negras da UFBA, fundado em 2011, com objetivo de ampliar sua contribuição nas discussões sobre as relações raciais na contemporaneidade; O Coletivo Negro da Universidade de São Paulo (USP), fundado em 2013, com foco no debate sobre acesso e permanência na instituição; O Coletivo Luiza Bairros na UFBA, que tinha como proposta reunir docentes, discentes e servidores técnico-administrativos e que possuía duas frentes de trabalho, uma pautada na fiscalização e acompanhamento das ações afirmativas e outra nas ações de combate ao racismo (GUIMARÃES; RIOS; SOTERO, 2020).

No campo da medicina, de forma mais específica, destaca-se o Coletivo Negrex, coletivo auto-organizado formado por estudantes e médicos negros de todo o país, criado em 2015, que tem buscado acumular experiências na produção de conhecimento prático-teórico sobre os efeitos do racismo no processo saúde-doença-cuidado e especificidades clínicas e sociais da população negra. Dentre as estratégias de fortalecimento e tensionamento dos currículos médicos, os membros tem buscado, dentro dos componentes curriculares, discutir racismo e os elementos da PNSIPN. Outro coletivo criado, foi o Núcleo Ayé, formado por estudantes da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), criado em 2017, que objetivava recepcionar os primeiros ingressantes da Universidade aprovados pelo sistema de cotas, adotado pela universidade em 2018.

Recentemente, também tomamos nota da experiência na construção e aplicação de uma oficina chamada “A sua consulta tem cor?”, que tinha como proposta promover debate sobre a saúde da população negra entre profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e estudantes de medicina, visando a promoção de uma prática de cuidado antirracista (BORRET *et al.*, 2020).

Outras ações institucionais também tem buscado reconstruir a história do povo negro e debater a temática do racismo no contexto das organizações, destacam-se: o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GT-SPN) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), fundado em 2017; o Grupo de Trabalho

---

<sup>14</sup> Para uma aproximação mais detalhada acerca dos coletivos negros nas universidades,, sugerimos o artigo de Coletivos Negros e novas Identidades Raciais em que Guimarães, Rios e Sotero (2020) analisam as estratégias, organização, perfis e discursos em coletivos atuantes em três universidades para propor hipóteses interpretativas sobre a formação de novas identidades negras no Brasil.

(GT) Populações (In)Visibilizadas e Diversidades da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundado em 2019, que propõe como objetivo promover visibilidade e articular ações (pesquisa, ensino e extensão universitária) com a Abem e os espaços de educação médica sobre os temas de raça, etnia, gênero, sexualidade, e suas interseccionalidades e aprofundar o debate sobre populações negligenciadas e invisibilizadas socialmente como: população negra, indígena, mulheres, LGBTQIA+, privada de liberdade, em situação de rua, ribeirinha, quilombola, rural, cigana, imigrantes, refugiados humanitários e pessoas com deficiência.

No campo das IES, destacamos que o PPP do curso de medicina da UFBA, campus Vitória da Conquista, destacava a criação de um Programa Permanente de Extensão de Educação das Relações Étnico-raciais (ERE): uma questão de saúde, com objetivo de contribuir para a promoção da igualdade racial junto à comunidade universitária de graduações na área de saúde e através de um curso de 40 h, trabalhar conteúdos que venham a atender as demandas postas pela Lei 10.639/03, tendo em vista tanto o marco legal quanto a carência de ações curriculares com esta temática nos cursos oferecidos pela universidade.

Ainda nesse contexto, a UFBA aprovou uma resolução que estabelece normas para implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais referentes à Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana, Educação em Direitos Humanos e Educação Ambiental nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de graduação, estabelecendo o desenvolvimento de conteúdos, competências, atitudes e valores relacionado à Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana e dos povos Indígenas de forma obrigatória a ser inserido no PPP de todos os cursos da instituição, de modo a garantir que os estudantes vivenciem os estudos, as reflexões, as proposições e as discussões relacionadas a estes conteúdos durante sua formação, devendo ser contemplado em pelo menos em um componente curricular obrigatório de cada curso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado teve como objetivo analisar o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos. Foi ainda intenção da pesquisa: identificar, na literatura, se ocorre e como ocorre o processo de formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos e analisar os PPP e as grades curriculares dos cursos de medicina quanto à presença de disciplinas voltadas para abordagem sobre raça e racismo. Para tanto, nos valem de três perguntas: após a publicação das DCNs de 2014 que orientam a construção dos currículos médicos e determinam a inclusão da abordagem dos aspectos étnico-raciais na formação, tais cursos têm incluído nas grades curriculares disciplinas que abordam raça, racismo e aspectos étnico-raciais? As faculdades de medicina têm, de fato, incluído discussões sobre raça e racismo nos currículos? A literatura científica tem produzido conhecimento sobre a formação pedagógica desses docentes para tratar sobre a temática?

É relevante fazermos algumas ponderações quanto ao título escolhido, pois algumas pessoas que leram acharam que este devesse ser “Abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos currículos dos cursos de medicina” e não “Formação pedagógica do docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos”. Em certo momento, também nos tomamos a refletir se, de fato, com os percursos metodológicos reconfigurados, isto é, com a retirada das entrevistas com os docentes e coordenadores, o título não devesse centrar-se no currículo. Ao caminhar pelas nossas leituras, entretanto, percebemos que a própria DCN do curso de medicina determina que é o Projeto Pedagógico um norteador do currículo do curso de graduação em Medicina e que é esse currículo que materializa o perfil de acadêmico e profissional egresso que se espera. Tomamos como entendimento também que o currículo determina e orienta as práticas docentes e, se no currículo dos cursos não aparecem os elementos que direcionam para uma educação médica para as relações étnico-raciais, terão os professores formação pedagógica para exercê-la?

O percurso que fizemos para compreender se ocorre e como ocorre esse processo de formação pedagógica, talvez, tenha sido um tanto inverso, mas nos possibilitou fazer algumas considerações acerca da temática que apresentamos. Diante das questões de

investigação propostas, atrelada a uma dissertação de abordagem exploratória e qualitativa, as duas hipóteses formuladas por nós no início dessa dissertação: de fato, embora as DCNs tenham determinado a inclusão da temática nos currículos, observamos que nos cursos de medicina das instituições públicas de ensino superior da Bahia sua presença não ocorre de forma sistemática, mantendo um caráter pontual e/ou isolado em alguns currículos, ainda que dentro da grade curricular obrigatória.

A segunda hipótese era que inexistem ações para formação pedagógica dos professores que lecionam nesses cursos relacionadas ao tema do racismo e as questões étnico-raciais. No nosso estudo, ao compreendemos que o currículo e o PPP possuem intencionalidade política do que se pretende imprimir à prática educativa. É, ao mesmo tempo, elementos que dão sustentação à organização do curso e ao perfil de profissional que se almeja formar para sociedade. Na nossa concepção, sabemos que nenhum dos dois possuem como elemento central tratar sobre a formação pedagógica dos docentes, porém entendemos que esses documentos são fios condutores ou ainda, indutores de mudança, que devem apontar os caminhos para a formação pedagógica desses docentes.

Escurecido esses fatos, passamos agora a tratar das nossas reflexões: O que tem interessado as agendas de pesquisa em educação médica no país? Por que determinadas temáticas possuem maior capilaridade em detrimento a outras nas publicações do campo da saúde e da educação? Quais estratégias precisam ser desenvolvidas por parte das instituições públicas de educação e saúde para garantir que a produção científica sobre saúde da população negra nas suas seja efetivada? Quais os objetivos na formação dos médicos e médicas brasileiras considerando a estrutura social racista do nosso país? Qual é a distância entre o “projeto” de educação para as relações étnico-raciais nos cursos de medicina e a prática efetiva?

Compreendemos, para tanto, que o modelo de formação que queremos, deve estar, em maior ou menor medida, concatenado com as intencionalidades imprimidas nos PPPs, nas matrizes curriculares e na formação pedagógica dos docentes que lecionam nesses cursos. Isso significa dizer, em outras palavras, que é impossível formar médicos e médicas capazes de abordar o racismo durante a sua consulta, sem materializar no cotidiano das instituições de ensino superior, a temática. Não é só sobre discutir raça e racismo nos currículos médicos, é preciso abrir espaço para discutir sobre branquitude, mito da democracia racial e tantas outras questões que costuram a temática.

O nosso estudo, em alguma medida, reforça o entendimento de que o racismo estrutural encontra-se incorporado nas leis, isto é, nos currículos, nas políticas

institucionais e se reverberando nas práticas ou na falta delas, garantindo vantagens a certo grupo racial em detrimento de outros.

Consideramos, na construção das etapas da análise documental, a carência de caminhos, metodologias e métricas que contribuam para avaliar a efetivação das políticas e práticas no tangente a implantação das DCNs nos cursos, especialmente, no tangente a abordagem de temas secundarizados durante a formação médica, como é o caso do racismo, sexismo, entre outros.

Ao nosso ver, uma das estruturas de ação necessárias para mudar este quadro é para além da inclusão de disciplinas nos currículos é a formação pedagógica dos docentes que lecionam nesses cursos. Não se tem um corpo de conhecimentos, métodos ou estratégias sistematicamente desenvolvidas para o manejo clínico das repercussões do racismo sobre a saúde da população negra.

Finalizamos essa dissertação afirmando que a análise aqui desenvolvida nos fez caminhar por percursos ainda não desbravadas, sobretudo, pela intersecção entre formação pedagógica no campo da saúde e educação para as relações étnico-raciais. Nas nossas pesquisas, encontramos alguns estudos que tratavam sobre a abordagem dos aspectos étnico-raciais nos currículos de medicina de algumas instituições públicas, entretanto não foram encontrados trabalhos que analisassem especificamente a formação pedagógica tomando como elemento norteador os currículos e PPP, especificamente, nas instituições públicas de ensino do estado da Bahia. Que os nossos escritos possam servir de catalisador para a transformação.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. B. S. **A atuação do professor universitário diante das mudanças sociais.** Monografia (Especialização Lato Sensu em Formação de Professores com Ênfase no Magistério Superior) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, IFSP, 2014.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234–2249, dez. 2010.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALMEIDA, L. B. A Educação Superior no Brasil: um olhar a partir da história. **Revista Anhanguera, Goiânia**, v.19, n.1, jan/dez p. 03-23, 2018.

ANASTASIOU, L. G. C. Propostas curriculares em questão: saberes e docentes e trajetórias da educação. In: CUNHA, Maria Isabel da (Org.). **Reflexões e Práticas em Pedagogia Universitária.** Campinas, SP: Papirus, 2007.

ANDERY, M. A. *et al.* **Para Compreender a Ciência:** uma perspectiva histórica. 16 ed. Rio de Janeiro: Garamond; São Paulo: EDUC, 2012.

ANDRADE, M. C. R. O papel das revisões de literatura na produção e síntese do conhecimento científico em Psicologia. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 14, n. spe, p. 1-5, dez. 2021. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202021000300001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000300001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em jun. 2023. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e23310>.

ANDRADE JÚNIOR, M. J. **A contribuição da Medicina na construção do Racismo Científico no Brasil:** Um olhar sobre a Eugenia. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2016.

ANUNCIACÃO, B. C. P. **A Pedagogia Histórico-Crítica na formação inicial de professores de Química na Ufba:** limites e possibilidades no estágio curricular. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Universidade Federal da Bahia/Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador, 2014.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 1975.

AZEVEDO BARROS, M. B. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, ano 2017, v. 51, p. 1-8, 9 ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.201705100015>.

BAHIA, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023.** v. 44, supl.1, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/3205/2511?inline=1>

BARBOSA, S. W. X. A significação do projeto político pedagógico: um olhar avaliativo. **Revista Espaço do Currículo**, [S. l.], v. 4, n. 2, pp.227-239, Set. 2011 – Mar. 2012. DOI: 10.15687/rec.v4i2.12339. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rec/article/view/12339>. Acesso em: jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 2011. São Paulo: Edições 70.

BARROS, A. S. X. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. **Educação & Sociedade**, 36(131), 361–390, 2015. <https://doi.org/10.1590/ES0101-7330201596208>

BASSI, L. A. P. **Como o professor médico percebe a sua formação ao longo da trajetória: em busca das marcas constituintes do processo de formação docente.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. A Função Docente em Medicina e a Formação/Educação Permanente do Professor. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 22, n. 2-3, p. 31-36, 1998.

BEHRENS, M. A. A formação pedagógica e os desafios do mundo moderno. In: MASETTO, M. T. (Org.). **Docência na universidade.** Campinas, SP: Papyrus, 1998.

BONILLA-SILVA, E. The Structure of Racism in Color-Blind, “Post-Racial” America. **American Behavioral Scientist**, v. 59 n. 11, 1358-1376, 2015. doi: 10.1177/0002764215586826.

BORRET, R. H.; SILVA, M. F.; JATOBÁ, L. R.; VIEIRA, R. C.; OLIVEIRA, D. O. P. S. de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade : um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2255, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2255. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255>. Acesso em: 24 jul. 2023.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136. 2011. ISSN 1980-5756. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

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, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996.

BRITO, T. T. R.; CUNHA, A. M. O. A docência no instituto de biologia da universidade federal de Uberlândia: percorrendo caminhos e encontrando representações. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 4, n. 4, p. 191-192, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/568>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BULCÃO L. G.; SAYD, J. D. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. **Physis**, v.13, n.1, p.11–38, jan. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312003000100002>.

BUNGE, M. **La ciência, su método y su filosofía.** Panamericana, 2003.

CALDWELL, K. L. Health. **Equity in Brazil: Intersections of Gender, Race and Policy.** Champaign: University of Illinois Press, 216 pp, 2017.

CAMPOS, L. A. Racismo em três dimensões: Uma abordagem realista-crítica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 95, p. 329507, 2017.

CECHINEL, A. *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, UNESC, Criciúma, v. 5, nº1. 2016. Disponível em < <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/criaredu/article/view/2446>>. Acesso em jun. 2023. <https://doi.org/10.18616/ce.v5i1.2446>

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.) A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2008. p. 295 - 316.

CHARLES, C.; VERGER, J. **História das universidades**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

COELHO, S. S.; VASCONCELOS, M. C. C. A criação das instituições de ensino superior no Brasil: o desafio tardio na América latina. **Anais do IX Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária da América do Sul**. Florianópolis. 2009.

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019 [1990].

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras** - Relatório Geral. Rio de Janeiro: Cineaem; 1997.

COSTA, C. F.; GOULART, S. Capitalismo acadêmico e reformas neoliberais no ensino superior brasileiro. **Cadernos EBAPE.BR**, 16(3), 396–409, 2018. <https://doi.org/10.1590/1679-395165788>

CUNHA, A. M. O; BRITO, T.T.R.; CICLLINI, G. A. Dormi aluno (a)... Acordei professor: Interfaces da formação para o exercício do ensino superior. In: SILVA, J. R. S.; OLIVEIRA, J. F. O.; MANCEBO, D. (Org.). **Reforma Universitária: Dimensões e perspectivas**. São Paulo: Alínea e Átomo, 2006.

CUNHA, M. I. Significant learnings in the Preservice Teacher Education: a study with students and professor enrolled in undergraduate programs, **Interface \_ Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.9, p.103-16, 2001.

CUNHA, L. A. **A Universidade Temporã: O Ensino Superior da Colônia à Era de Vargas**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade temporã: o ensino superior, da Colônia à Era Vargas**. São Paulo: Unesp, 2007.

DANTAS, A.; PRONKO, M. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, A. B. et al (orgs.). **Hegemonia burguesa na educação pública: problematizações no curso TEMS (EPSJV/Pronera)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. p. 73-96.

DEFENDI, C. L.; MARTINS, S. S. A importância dos saberes docentes no ensino superior. **Revista Metalinguagem**, v. 1, n. 6, p. 121 – 139, 2016. Disponível em: <http://seer.spo.ifsp.edu.br/index.php/metalinguagens/article/view/402>.

DIAS SOBRINHO, José. **Universidade: projeto, qualidade, avaliação e autonomia**. Pro - Posições. Campinas, 1992.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, jun. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira; 1975.

DORSA, A. C. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. In: EQUIPE EDITORIAL. Editorial. **Interações (Campo Grande)**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 681–684, 2020. DOI: 10.20435/inter.v21i4.3203. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/3203>. Acesso em: jun. 2023.

DROESCHER, F. D.; SILVA, E. L. O pesquisador e a produção científica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 19, n. 1, p. 170-189, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/37717>. Acesso em: jun. 2023.

DUK, C. **Educar na Diversidade**: material de formação docente. 3. ed. – Brasília: [MEC, SEESP], 2006.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Rev. Min. Enferm.** [online]. 2014, vol.18, n.1, pp.09-11. ISSN 2316-9389. Disponível em < <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em jun. 2023. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

FANON, F. **Pele Negra, máscaras brancas**: Tradução Renato da Silveira, Salvador: EDUFBA, 2008.

FÁVERO, A. A.; CENTENARO, J. B.; A pesquisa documental nas investigações de políticas educacionais: potencialidades e limites. **Revista Contrapontos**. Itajaí, Vol. 19, Nº 1. 2019. Disponível em < <https://periodicos.univali.br/index.php/rc/article/view/13579>>. Acesso em jun. 2023. <https://doi.org/10.14210/contrapontos.v19n1.p170-184>

FÁVERO, M. L. A. Da Cátedra Universitária ao Departamento: subsídios para discussão. In: 23a Reunião Anual da ANPEd, 2000, Caxambú - MG. **Anais da 23a Reunião da ANPEd, 2000**.  
FÁVERO, M. L. A. **A universidade brasileira em busca de sua identidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

FERNANDES, C. M. B. Docência universitária e os desafios da formação pedagógica. **Interface**, Botucatu, v.5, n. 9, p. 177-88, ago. 2001. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000200022>.  
FERNANDES, F. **O Negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1966.

FERREIRA, C. C.; SOUZA, A. M. L. Formação e Prática do Professor de Medicina: um Estudo Realizado na Universidade Federal de Rondônia. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 635-643, 2016.

FERREIRA, L. S. **Trabalho pedagógico na escola**: sujeitos, tempos e conhecimentos. Curitiba: CRV, 2017.

FIGUEIREDO, Nice. Da importância dos artigos de revisão da literatura. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**. São Paulo, v. 23, n. 1/4, p. 131-135, jan./dez. 1990.

FILHO, M. C. **A reforma universitária e a universidade de São Paulo - década de 1960**. Tese de Doutorado – Doutorado em educação: História, política e sociedade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRIGOTTO, G. Escola e trabalho numa perspectiva histórica: contradições e controvérsias. **Sísifo - Revista de Ciências da Educação**, n. 9, p.129-136, mai/ago., 2009.

GARCÍA, J. C. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: OPS, 1972.

GAUTHIER, C. *et al.* **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisa contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, A. S. A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, v. 47, n. 1, p. 9-43, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012004000100001>

GUIMARÃES, A. S. A.; RIOS, F.; SOTERO, E. Coletivos negros e novas identidades raciais. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 39, n. 2, p. 309-327, 2020.

HOOKS, BELL. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo Martins Fontes, 2013.

IBGE. **PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS CONTÍNUA ANUAL**: microdados 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov>.

br/Trabalho\_e\_Rendimento/Pesquisa\_Nacional\_por\_Amostra\_de\_Domicilios\_continua/Anual/Microdados/Dados/.

JONES, C. P. **Confronting institutionalized racism**. *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação escolar: política, estrutura e organização**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LIMA, M. E. O. O que há de novo no "novo" racismo do Brasil? **Revista Ensaios e Pesquisa em Educação e Cultura**, vol. 4, n. 7, 2019. <https://doi.org/10.29327/211303.4.7-10>

KUENZER, A. Z. Formação de professores para o ensino médio: Velhos problemas, novos desafios. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 116, p. 667-688, jul.-set. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000300004>

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan. 2012.

MAGALHAES, S. M. O. Trabalho, pesquisa e ensino: tensões e desafios para a docência no ensino superior. **Psicol. Ensino & Form.**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 60-78, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-20612013000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612013000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em jul. 2023.

MALDONADO-TORRES, Nelson. **Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto**. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global, p. 127-167, 2007.

MALTA, D. C. et al. Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180020, 2018.

MARTINS, A. C. P. Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 17, n. 3, p. 4-6, 2002.

MARTINS, A. C. P. Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. **Acta Cir. Bras.** vol. 17, suppl.3, São Paulo, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502002000900001>

MASETTO, M.T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MASETTO, M. T. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente.

In: MASETTO, M. (Org.). **Docência na Universidade**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

MASETTO, Marcos Tarciso. Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior. **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MELO, G. F. **Pedagogia Universitária: aprender a profissão, profissionalizar a docência**. Curitiba: CRV, 2018.

MENDONÇA, A. W. **Anísio Teixeira e a Universidade de Educação**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002.

MILANEZI, J. **Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MILANEZI, J. A institucionalização da saúde da população negra no SUS. In: **Nexo Políticas Públicas**. 2020. Disponível em <<https://pp.nexojournal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>>. Acesso em jul. 2023.

MILES, R. **Racism**. Londres: Routledge, 1989.

MOEHLECKE, S.; CATANI, A. M. Reforma e Expansão do Acesso ao Ensino Superior: balanço e proposições. In: Política para as Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes). In: OLIVEIRA, João F. et al. **Políticas de acesso e expansão da educação superior: concepções e desafios**. Brasília: INEP, 2006.

MOROSINI, M. C. Docência universitária e os desafios da realidade nacional. In: MOROSINI, M. C. (Org.). *et al.* **Professor do ensino superior: identidade, docência e formação**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000.

MOROSINI, M. C. O ensino superior no Brasil. In: STEPHANOU, M.; BASTOS, M. H. C. (Orgs.). **Histórias e memórias da educação no Brasil**. v. III: Século XX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MOROSINI, M. C. O ensino superior no Brasil. In: STEPHANOU, M.; BASTOS, M. H. C. (Orgs.). **Histórias e memórias da educação no Brasil**. v. III: Século XX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MOROSINI, M. C. (Org.). **Professor do Ensino Superior: identidade, docência e formação**. 2. ed. Brasília: Plano, 2001.

MOTTA, V; ANDRADE, M. C. O empresariamento da educação de novo tipo e suas dimensões. **Educação e Sociedade**, vol.41, Campinas, 2020.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A. A. P. (Org.) **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Cadernos Penesb 5. Niterói: EdUFF, 2004.

MUNANGA, K. **Nosso racismo é um crime perfeito**. Entrevista para Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em <<https://fpabramo.org.br/2010/09/08/nosso-racismo-e-um-crime-perfeito-entrevista-com-kabengele-munanga/>>. Acesso em: jun. 2023.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. DE A.; CARVALHO, F. M. Transformações no Trabalho Médico. **Revista Brasileira De Educação Médica**, 29(2), 129–135, 2005. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-019>

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. DE A.; CARVALHO, F. M. Transformações no Trabalho Médico. **Revista Brasileira De Educação Médica**, 29(2), 129–135, 2005. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-019>

NORONHA, Daisy Pires; FERREIRA, Sueli Mara S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, Bernadete Santos; CONDÓN, Beatriz Valadares; KREMER, Jeannette Marguerite (orgs.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000

NERY, F. S. D. et al. Tendência temporal dos anos potenciais de vida perdidos por acidentes de trabalho fatais segundo raça/cor da pele na Bahia, 2000-2019. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p. e1, 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. e0018317, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>

OLIVEIRA, M. A. M.; SOUZA, M. I. S; BAHIA, M. G. M.; Projeto político-pedagógico: da construção à implementação. In: OLIVEIRA, M. A. M. (Org) **Gestão educacional: novos olhares, novas abordagens**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 48-60.

PACHANE, G. G.; PEREIRA, E. M. A. A importância da formação didático-pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 35, n. 1, p. 1-13, 10 jul. 2004. <https://doi.org/10.35362/rie3512925>

- PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.
- PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P.; M., BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**. 2021. 372 :n71. doi:10.1136/bmj.n71
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. Apresentação. In: **Educação profissional em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em saúde collection, pp. 9-12. ISBN 978-85-7541-318-0.
- PEARCE, N.; FOLIAKI, S.; SPORLE, A.; CUNNINGHAM, C. Genetics, race, ethnicity, and health. **BMJ**. 328(7447):1070-2, 2004. doi: 10.1136/bmj.328.7447.1070. PMID: 15117796; PMCID: PMC403856.
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. Particularidade das relações entre trabalho e educação na conformação do estado brasileiro. In: **Educação profissional em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em saúde collection, pp. 63-82. ISBN 978-85-7541-318-0.
- PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Editora Cortez, 2005.
- PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. v. 1. Coleção Docência em Formação: Ensino Superior. São Paulo: Cortez, 2014.
- PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, nº114, 2001.p. 179-195. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114> >. Acesso em: jun. 2023.
- PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 111-125, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/356>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- QUEIROZ, M. de S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 25: 318-25, 1991.
- RAMOS, M. N. Avaliação por competência. In: Fonseca AF, organizador. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 55-59.
- RAMOS, MARISE. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: RAMOS, MARISE (Org.). **Ensino Médio Integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. P.106-127.
- RAMOS, M. Concepção do ensino médio integrado à educação profissional. Natal: Secretaria de Educação do Estado RN, 2007.
- RIBEIRO, P. R. M. História da educação escolar no Brasil: notas para uma reflexão. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [Internet]. 4, fev/jul, p. 15–30, 1993. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1993000100003>.
- RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017.
- RODRIGUES, J. M. C. **Construindo a profissionalização docente**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003
- RODRIGUEZ, C. A. **As inovações no ensino superior e a formação do médico professor**. Mestrado [Dissertação] - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Paraná, 2003.
- RODRIGUEZ, C. A.; NETO, P. P; BEHRENS, M. A. Paradigmas educacionais e a formação médica. **Rev. bras. educ. med.** 2004;28:234-241.

ROTHEN, J. C. A universidade brasileira na Reforma Francisco Campos de 1931. **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 8, n. 2 [17], p. 141-160, maio/ago. 2008. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/rbhe/issue/view/1376>

SÁ, G. J. S. et al. Crânios, corpos e medidas: a constituição do acervo de instrumentos antropométricos do Museu Nacional na passagem do século XIX para o XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 197–208, jan. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100012>

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D., GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. de História & Ciências Sociais**, n. I, p. 1-15, jul., 2009. Disponível em: < <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351> >. Acesso em jun. 2023.

SANTOS B. S.; ALMEIDA FILHO N. (Org.). **A Universidade no século XXI: por uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, M. P. A. D.; *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, 34(99), 225–244, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>

SANTOS JÚNIOR, C. J. et al. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, p. e058, 2021.

SAVIANI, D. **A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas**. 4ª ed. Campinas-SP: Autores Associados, 1998.

SCHEFFER, M.; et al. **Demografia Médica no Brasil**, 2020. São Paulo: FMUSP; CFM; 2020. 312p

SCHEFFER M; CASSENOTE A; GUERRA A; et al. **Demografia Médica no Brasil**, 2020. São Paulo: FMUSP; CFM; 2020. 312 p

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão**. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.

SOUZA, J. E.; GIACOMONI, C. Análise documental como ferramenta metodológica em história da educação: um olhar para pesquisas locais. **Cadernos CERU**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 139-156, 2021. DOI: 10.11606/issn.2595-2536.v32i1p139-156. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/189278>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. São Paulo: **Rev Einstein**; 8(1 Pt 1):102-6. 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em jun. 2023. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

SOUSA, A. S. Q.; MAGALHÃES, M. R. M. S. Políticas públicas para o professor universitário: perspectivas e desafios no curso de direito, na região amazônica. Palestra “Ética na docência universitária: apontamentos para um diálogo”. In: **Anais do I Colóquio Internacional sobre ensino superior**, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, out. 2008.

TARDIF, M. Saberes docente e formação profissional. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

TAVARES, J. Saúde é a capacidade de lutar contra tudo o que nos oprime. Setor de Comunicação, **MST - Movimento dos trabalhadores Rurais Sem Terra**, 2010.

TÁVORA, M. J. de S. O Projeto Político-Pedagógico na Produção Acadêmico-Científica Brasileira: A Retomada do Conhecimento. **Revista Cocar**, [S. l.], v. 4, n. 7, p. 19–26, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/35>.

TEIXEIRA, A. **Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Desafios da formação técnica e ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família, In: TRAD, L. A. B. (org.) **Família contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010, p. 133-156

TELLES, A. O. **A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos**. 2020. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

TYLER, T.R. Psychological perspectives on legitimacy and legitimation. **Annual Review of Psychology**, 57, 375–400, 2006. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190038

URIARTE, U. M. O que é fazer etnografia para os antropólogos. **Ponto Urbe**, n 11, 2012. Disponível em:< <http://journals.openedition.org/pontourbe/300>>. Acesso em jun. 2023. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.300>

VALA, J. Racismos: representações sociais, preconceito racial e pressões normativas. In.

JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (Eds.), **As representações sociais nas sociedades em mudança**, pp. 153-183. (Coleção Psicologia Social). Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento: projeto de ensino aprendizagem e projeto político-pedagógico**. 16.ed. São Paulo: Libertad, 2004.

VASCONCELLOS, C. S. **Coordenação do Trabalho Pedagógico: do trabalho político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula**. São Paulo: Libertard, 2002.

VASCONCELLOS, C. S. Projeto de Ensino-Aprendizagem e Projeto Político-Pedagógico. 10 ed. São Paulo: Libertard, 2002  
VEIGA, I. P. A. **Projeto Político-Pedagógico da escola: Uma construção possível**. Campinas: Papyrus, 1995.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WETHERELL, M.; POTTER, J. **Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of expoliation**. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1992.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa

#### PROTOCOLO DE PESQUISA – REVISÃO INTEGRATIVA

Seguindo as etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010) e conforme orientações da *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), construímos o seguinte protocolo de pesquisa para orientar nossa busca:

**1ª Fase - elaboração da pergunta norteadora:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

O que tem sido produzido sobre a formação pedagógica dos docentes dos cursos de medicina para abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo nos cursos médicos? Quais caminhos, estratégias e ferramentas têm sido utilizados para formação desses docentes para tratar sobre raça e racismo na formação dos estudantes de medicina? Quais os avanços e desafios nesse processo de formação pedagógica têm sido evidenciados? Existem experiências exitosas e não exitosas sobre a temática?

**2ª Fase - busca ou amostragem na literatura:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

#### **Estratégias de busca e fontes de informações**

Bases de dados 1: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *US National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Educational Resources Information Centre* (ERIC) e o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Descritores identificados no DECS/MESH terms: racismo, educação médica, medicina, atividades de capacitação, atividades formativas, atividades de formação, capacitação acadêmica, atividades de treinamento, docentes médicos, raça, saúde étnica, raça e saúde, etnia e saúde, minorias étnicas e raciais, desigualdade racial em saúde, saúde da população negra.

Estratégias de busca em português, inglês e espanhol:

“atividades de capacitação” OR “atividades formativas” OR “atividades de formação” OR “capacitação acadêmica” OR “atividades de treinamento” AND “docentes médicos” OR medicina AND raça OR racismo OR “saúde étnica” OR “raça e saúde” OR “etnia e saúde” OR “minorias étnicas e raciais” OR “desigualdade racial em saúde” Educação médica AND docentes médicos AND raça OR racismo OR “saúde étnica” OR “raça e saúde” OR “etnia e saúde” OR “minorias étnicas e raciais” OR “desigualdade racial em saúde”

### **Critérios de inclusão, exclusão e recorte temporal:**

Adotamos como critério de inclusão: estudos (artigos científicos, teses e dissertações) que abordassem a temática publicados no período compreendido entre janeiro de 2014 (ano em que foi publicado as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina mais recente e que inclui educação das relações étnico-raciais) a setembro de 2022 (período em que foi realizado o levantamento de todos os artigos que compuseram o *corpus* de análise), escritos em inglês, português, espanhol, que estavam disponíveis completos gratuitamente. Não excluimos, *a priori* nenhuma abordagem metodológica, sendo incluídos tanto artigos qualitativos quanto quantitativos, bem como revisões e relatos de experiência. Excluimos documentos normativos e literatura cinzenta.

**3ª Fase - coleta de dados:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

A extração dos dados será realizada mediante a seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. Os artigos selecionados serão lidos na íntegra. Após a avaliação, os trabalhos serão categorizados para integrar o *corpus* desta revisão através de uma planilha do Excel contendo os seguintes termos: autores, ano de publicação, periódico veiculado, local do estudo, desenho do estudo/métodos, número de pessoas investigadas (caso exista), objetivo, população estudada, principais resultados e/ou experiências.

**4ª Fase - análise crítica dos estudos incluídos:** Plano de análise dos dados e interpretação dos resultados.

#### **Categorias de análise:**

1. **Caracterização da produção científica:** autores que mais produzem, revistas que mais veiculam a temática, tendência histórica das publicações, distribuição por abordagem metodológica e local do estudo, principais resultados encontrados;
2. **Concepções de formação pedagógica, currículo e educação para as relações étnico-raciais:** apresentar as concepções emergentes sobre os elementos abordados no texto.
3. **Experiências no processo de formação pedagógica para educação das relações étnico-raciais:** identificar caminhos, estratégias e ferramentas que têm sido adotadas e as experiências exitosas e não exitosas sobre a temática.

APÊNDICE B – Protocolo das etapas de revisão documental

## **PROTOCOLO DE ANÁLISE – REVISÃO DOCUMENTAL**

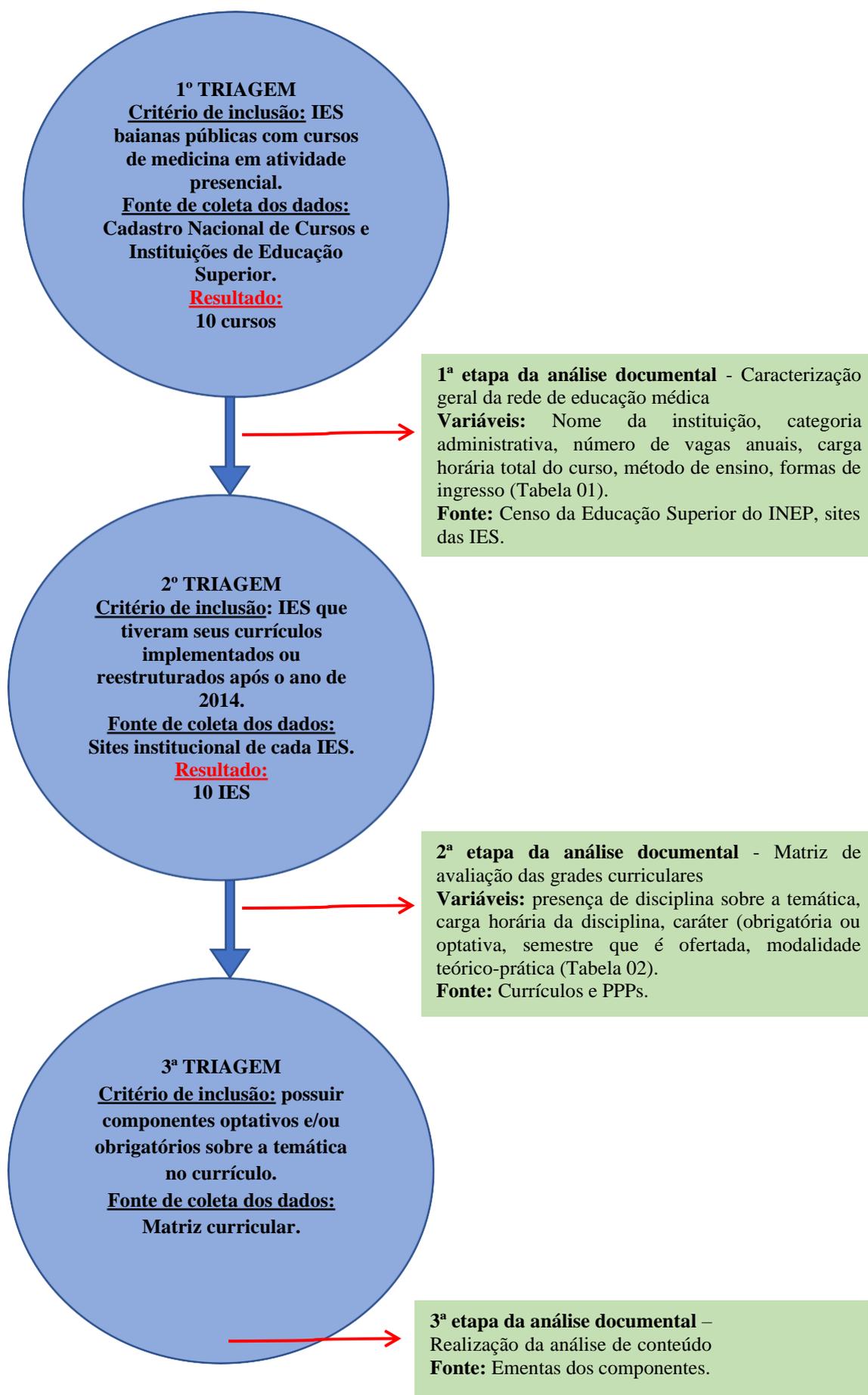
Para a análise documental proposta seguimos três fases de triagem e após cada fase os resultados foram submetidos as etapas correspondentes a análise documental, conforme sumarizado pela Figura abaixo. Na primeira fase da triagem, seguimos com a identificação das Instituições de Educação Superior (IES) credenciadas junto ao Ministério da Educação (MEC) de acordo com sua organização acadêmica (faculdades, centros universitários e universidades) através do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior - Cadastro e-MEC (<https://emec.mec.gov.br/>).

Nesta fase, aplicamos os critérios de inclusão delimitados quanto ao local do estudo, quais sejam: foram incluídas instituições baianas de ensino superior públicas e privadas que possuíssem cursos de medicina em atividade na modalidade presencial. Após esta primeira fase de triagem foi selecionada 27 IES (29 cursos de medicina) e todas foram submetidas à primeira etapa da análise documental. Nessa etapa, recorreremos ao Censo da Educação Superior do INEP através do portal do Censo da Educação Superior, os sites institucionais das IES e do Sistema Integrado de Seleção Unificada (SISU) para caracterização geral da rede de educação médica do estado (Tabela 01).

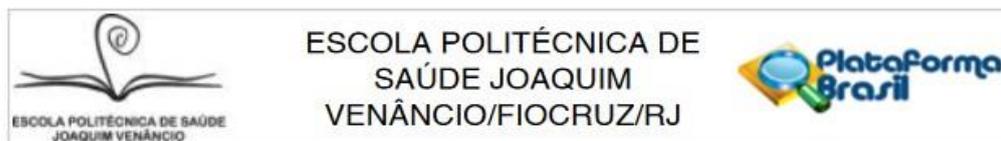
Na segunda fase da triagem, identificamos nos sites de cada instituição de ensino o ano de implementação e/ou reestruturação do currículo e selecionados apenas IES que tiveram seus currículos implementados ou reestruturados após o ano de 2014, ano em que as novas DCNs para os cursos de medicina foram publicadas. Nessa segunda etapa da análise documental, foram selecionadas X IES e extraídos X documentos (X matrizes curriculares e X PPP) de cada instituição através dos respectivos sites institucionais. Nos sites em que as matrizes não estavam disponíveis, foi solicitado via e-mail. As matrizes curriculares e PPP foram organizados em pastas e analisadas conforme variáveis da Tabela 02.

Após a segunda etapa da análise documental procederemos com a terceira fase da triagem, onde serão selecionadas IES que possuam componentes optativos e/ou obrigatórios sobre a temática no currículo. As selecionadas serão submetidas à análise de conteúdo a partir da leitura de suas ementas.

## Fluxograma das fases de triagem e etapas da análise documental



## ANEXOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS DOCENTES DOS CURSOS DE MEDICINA PARA ABORDAGEM DOS ASPECTOS ÉTNICO-RACIAIS E RACISMO NOS CURSOS MÉDICOS

**Pesquisador:** Hebert Luan Pereira Campos dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67740723.3.0000.5241

**Instituição Proponente:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.058.341

**Apresentação do Projeto:**

O projeto apresentado por Hebert Luan Pereira Campos dos Santos aborda a questão do racismo e das relações étnico-raciais nos cursos de medicina de duas universidades federais no Brasil, a Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que são os centros coparticipantes e onde o pesquisador fará as entrevistas em seu trabalho de campo. Segundo ele, a formação destes profissionais tem passado por várias transformações, demandando das instituições uma adequação dos currículos. A partir de 2014, com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso médico, foi reconhecida a importância e urgência de reformulação da formação dos médicos e considerando o racismo como condição histórica que traz vulnerabilidade da população negra quanto ao acesso à saúde, as DCN propõem que a educação das relações étnico-raciais esteja presente na formação dos médicos e médicas de todo país. A metodologia terá três etapas que são distintas, mas se complementam em uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratório-descritiva. A primeira delas é um levantamento bibliográfico; depois uma revisão documental dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e dos currículos médicos e, por último, um estudo de caso por meio de entrevista semiestruturada com coordenadores e docentes dos cursos de medicina. Estas entrevistas terão uma abordagem dos aspectos étnico-raciais e racismo na formação médica e na formação pedagógica dos docentes que lecionam nesses cursos. Assim, o pesquisador pretende analisar

**Endereço:** Avenida Brasil, 4365 º Manguinhos Ramal.: 9809  
**Bairro:** Manguinhos CEP: 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3865-9809 **E-mail:** cep.epsjv@fiocruz.br