

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**REFORMAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA DE 2001 E 2014**

Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

Santos-SP

2017

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**REFORMAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA DE 2001 E 2014**

Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas de Saúde
Orientador: Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello

Santos

2017

R672r Rocha, Vinicius Ximenes Muricy da.
Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. - / Vinicius Ximenes Muricy da Rocha; orientador Guilherme Arantes Mello. - 2018.
177 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Educação médica. 2. Formação em Saúde. 3. Programa mais médicos. 4. Diretrizes curriculares. I. Mello, Guilherme Arantes. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

AGRADECIMENTO

À UNISANTOS e ao professor Guilherme Melo, que acolheram este aprendiz, em momento de mudanças significativas de vida para o retorno às atividades do Mestrado;

À Felipe Proenço, representando a antiga equipe da SGTES/Ministério da Saúde, e Otoniel Miranda, representando a antiga equipe da DDES/SESu/MEC, pela grande jornada e parceria que foi a construção do Programa Mais Médicos;

À Paulo Speller e Adriana Weska, que com amorosidade e força me ensinaram os caminhos de um cargo de direção e me ensinaram os caminhos de uma gestão comprometida e dedicada 24 hs ao público;

Aos irmãos Henrique Gonçalves e Ana Carolina Pierreti, obrigado por tantos sonhos construídos juntos que moldaram muito do meu pensamento sobre o sentido das lutas por mudança na educação médica;

À Cesario Almeida e Thompson Mariz, obrigado pelo espaço dado para ensaiar sonhos...gratidão;

À Oona Caju e Ana Izabel Menezes, companheiras que me acompanharam, cada uma, em momento diferente desta jornada...sem vocês, não teria conseguido.

Aos meus pais e antepassados, que enchem de mística meu espírito e me trazem o compromisso da luta social em honra e respeito por tudo que foi vivido em passado por nossa família. Serei fiel a este compromisso até o fim.

Aos orixás, em especial Xangô, rei e senhor, obrigado pelo axé e proteção de suas falanges. Que Olorum nos abençoe.

Motumbá!!!

RESUMO

O presente trabalho trata de pesquisa qualitativa, de cunho documental, abordando análise comparativa entre a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001 e a Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014, que versam sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina. Tais documentos são responsáveis pelo caráter oficial que as reformas na educação médica do país vêm ocorrendo desde o início dos anos 2000, no sentido de aprofundar a relação da formação médica com o Sistema Único de Saúde (SUS). A DCN 2014 surgiu sob o advento do Programa Mais Médicos, a partir das determinações da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Esta lei, alvo de polêmicas e ataques por diversos setores da sociedade política, meios de comunicação e corporação médica, busca atualizar a formação médica do país às mudanças que ocorreram nas políticas públicas de saúde e educação do Brasil nos últimos 15 anos, no sentido das pautas que envolvem acesso a direitos sociais, equidade, qualificação dos serviços públicos, mudanças nas políticas de assistência à saúde, inclusão social e democratização do ensino superior. Assim o trabalho tem por objetivo 1 – Analisar, sob as bases do referencial teórico estabelecido, as relações entre as DCN 2001 e as de 2014, levando em consideração suas continuidades, diferenças, inovações e mudanças estabelecidas; 2- Refletir sobre as significações que conceitos similares ou conexos, da educação médica, utilizados em épocas distintas, tomam frente a contextos históricos marcados por temporalidades diferentes; 3- Elaborar apontamentos sobre o potencial de inovação/mudança/transformação das propostas apresentadas pelas DCN 2014. Para tal intuito se utilizou como métodos de análise a Análise de Conteúdo, com referencial em Bardin e Franco; e a História dos Conceitos, com referencial em Koselleck e Marçal Brandão. Como conclusão o trabalho mostra um esforço conceitual e normativo importante da nova DCN 2014, que busca induzir que as escolas médicas brasileiras avancem de um patamar de inovações para mudanças, no sentido reformista que este novo dispositivo se apresenta. Contudo o sucesso de tal política dependerá de diversas condições objetivas, que envolvem os riscos de retrocessos nas políticas sociais a partir da aprovação da Emenda Constitucional 55/2016, e a eventual estagnação das políticas sociais do país, inclusive nos setores saúde e educação, bem como a interferência que as relações externas dos setores de oposição ao Programa Mais Médicos conseguirão ter no âmbito das escolas médicas no país. Conseqüentemente, o trabalho aponta para a importância da continuidade de pesquisas que avaliem a implementação concreta das novas DCNs, no sentido da materialização daquilo que ela preconiza em seu escopo, bem como problematiza a necessidade de uma compreensão crítica na incorporação da pedagogia das competências como elemento estruturante da formação médica em cada curso, visto que a mesma, sem mediações, pode reproduzir uma lógica individualista de construção do aprendizado, potencialmente “capturável” pela lógica liberal que permeia a ideologia hegemônica nos processos organização corporativa da prática médica no Brasil. Ou seja, assim não se produzirão mudanças e nem transformação.

Palavras Chave – Educação Médica. Formação em Saúde. Programa Mais Médicos. Diretrizes Curriculares Nacionais Medicina

ABSTRACT

This paper deals with a qualitative research, of a documentary nature, addressing a comparative analysis between Resolution CNE / CES nº 4 of November 7, 2001 and Resolution No. 3 of June 20, 2014, which deal with the National Curricular Guidelines (DCN) of the Undergraduate Medical Courses. These documents are responsible for the official character that reforms in medical education in the country have been occurring since the beginning of the 2000s, in order to deepen the relationship between medical education and the Unified Health System (SUS). The DCN 2014 arose under the advent of the More Doctors Program, based on the provisions of Law 12,871, of October 22, 2013. This law, which is the target of controversy and attacks by various sectors of political society, media and medical corporation, seeks Update the country's medical education to the changes that have occurred in Brazil's health and education public policies in the last 15 years, in the sense of guidelines that include access to social rights, equity, qualification of public services, changes in health care policies, social inclusion and Democratization of higher education. Thus, the objective of the study is to analyze the relationships between the DCN 2001 and the 2014, taking into account their continuities, differences, innovations and established changes; 2- Reflect on the meanings that similar or related concepts of medical education used in different epochs take on historical contexts marked by different temporalities; 3- To elaborate notes on the potential of innovation / change / transformation of the proposals presented by the DCN 2014. For this purpose the Content Analysis was used as analysis methods, with reference in Bardin and Franco; And the History of Concepts, with a reference in Koselleck and Marçal Brandão. As conclusion, the work shows an important conceptual and normative effort of the new DCN 2014, which seeks to induce Brazilian medical schools to move from a level of innovations to changes, in the reformist sense that this new device presents itself. However, the success of such a policy will depend on a number of objective conditions, which involve the risk of retrogression in social policies after the approval of Constitutional Amendment 55/2016, and the eventual stagnation of the country's social policies, including in the health and education sectors, As well as the interference that the external relations of the sectors of opposition to the Mais Médicos Program will be able to have in the scope of the medical schools in the country. Consequently, the work points to the importance of the continuity of research that evaluates the concrete implementation of the new DCNs, in the sense of materializing what it advocates in its scope, as well as problematizes the need for a critical understanding in the incorporation of the pedagogy of competences as element Structuring of medical training in each course, since it can reproduce an individualistic logic of learning construction, potentially "capable" by the liberal logic that permeates hegemonic ideology in the corporate organization processes of medical practice in Brazil. That is, there will be no change or transformation.

Keywords - Medical Education. Health Education. More Doctors Program. National Curricular Guidelines Medicine

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Propostas apresentadas pela Comissão de Especialistas (“Informe Frenk et al”, 2010)	62
Figura 2 - Três Gerações de Reformas na Formação em Saúde (Frenk et al, 2010)	65
Figura 3 - Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes (Andrade, 1979).....	66
Figura 4 - Esquema teórico de um modelo para a educação médica (Nunes, 1989)	69
Figura 5 - Fluxo Metodológico da Pesquisa:	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre modelo médico-assistencial privatista, modelo sanitário e modelo da Vigilância da Saúde (Teixeira, 1998).....	27
Quadro 2 - Medicina Preventiva dos seminários de Tehuacan e Vinha Del Mar (Arouca, 2003).....	36
Quadro 3 - Diferenças entre Experiências IDA e Projeto UNI (Tancredi, 1995).....	41
Quadro 4 - Modelo explicativo da organização das DCNs de Medicina 2014.....	107
Quadro 5 - Comparativo entre texto DCN dos cursos de Medicina 2001 e 2014..	111
Quadro 6 - Comparação entre Medicina Preventiva, IDA, Projeto UNI, DCN 2001 e DCN 2014.....	127
Quadro 7 - Níveis de Reformas Curriculares da Escola Médica (Ferreira, Almeida, 1999)	152

SUMÁRIO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. MARCO TEÓRICO	22
1.1 A Construção do campo da Saúde Coletiva e a Educação Médica	23
1.2 A Educação Médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: há relações com as bases da medicina preventiva?	31
1.3 A Lei 12.871/2013, chamada de Lei do Mais Médicos, buscou atualizar a formação médica com o atual estágios das políticas de saúde e educação no Brasil.	55
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	90
3. METODOLOGIA.....	92
4. ANÁLISE	104
5. DISCUSSÃO	142
CONCLUSÃO	160
BIBLIOGRAFIA	166

INTRODUÇÃO

Dentro da construção da Medicina Preventiva, momento anterior à definição do campo acadêmico e de práticas da Saúde Coletiva brasileira, o tema da educação médica teve espaço especial numa perspectiva de reformulação das práticas de saúde naquele contexto.

Mundialmente, após a Segunda Guerra Mundial, há um movimento impulsionado pela nascente Organização Mundial de Saúde (OMS), com reverberação nas Américas a partir da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), de destaque na discussão sobre a Medicina Preventiva, no âmbito dos seminários de Colorado Springs (1952), Vinha Del Mar (1955) e Tehuacán (1956), que incentivaram discussões importantes sobre a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, considerando aspectos conceituais, metodológicos, técnicos e contextuais. Também naquele mesmo momento histórico, ocorre a primeira Conferência Mundial de Educação Médica, em Londres (1953), promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME), e o primeiro Congresso Panamericano de Educação Médica, ocorrida em Lima (1951)¹.

Dentro daquele momento, foram rediscutidos aspectos da formação dos médicos, até então ainda envolvida pelas inovações trazidas, no início do século XX, pela reforma no ensino médico realizada nos Estados Unidos e Canadá, que foi adotada por diversos outros países do Ocidente, a partir das formulações de Abraham Flexner (1910), tendo como referência o trabalho: *“Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of*

¹ ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde. A Mudança é Possível. 2 ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro. ABEM, 2011. p. 33-37.

*Teaching*². Estas reformas deram um caráter científico, baseado no paradigma cartesiano e positivista, para a formação médica, trazendo pela primeira vez uma preocupação com a produção de conhecimentos, com rigor no método no interior da escola médica, e com uma estruturação da formação baseada nos ciclos básico, clínico e profissional, tendo uma concentração de cenários de formação que se baseariam na bancada de laboratórios, em um primeiro momento, até o enfoque eminentemente prático nos últimos anos, baseados no hospital universitário.³ Formavam-se “médicos cientistas”⁴.

É importante destacar a idéia que os movimentos de mudança na educação médica sempre vêm acompanhados por uma lógica de respostas às necessidades sociais de um tempo, marcadas por um determinado contexto. Assim foi, por exemplo, a organização científica da educação médica, pautada pelos valores da sociedade norte americana e pela nova fase do capitalismo no continente americano, na primeira metade do século XX, foram influenciadas pelas propostas difundidas pela Fundação Rockefeller junto às escolas médicas brasileiras⁵.

No final dos anos de 1950 e durante os anos de 1960, proposições de mudanças na educação médica, capitaneadas pela OPAS como alternativa, são baseadas, por outro lado, nas necessidades de um mundo combalido após a guerra, com fortes demandas de proteção aos elementos mais vulneráveis, o que demandava do Estado a atenção e cuidado a estes grupos, propondo a expansão cobertura de

² PAGLIOSA F. L. & DA ROS M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica 32 (4) : 492–499; 2008.

³ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010.

⁴ Da Ros, M.A. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins, J.J., Rego, S., Lampert, J.B. and Araújo, J.G.C. Eds., Educação médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades, Hucitec, São Paulo, 2004: 224-244

⁵ BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007.

saúde. Era necessário se pensar novos “perfis profissionais” para dar suporte a esta demanda social⁶.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), vivia naquele período um momento de progresso e prestígio. Conforme Pires-Alves (2007):

Após o virtual desmoronamento da Liga das Nações, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial, a metade final da década de 1940 experimentou o início de um processo de criação e fortalecimento de organizações internacionais. Como resultado de uma hábil gestão de Fred Soper, diretor (1947–1959) da então ainda Repartição Sanitária Pan-americana, este cenário favorável encontrará esta organização em posição de forte legitimidade e, ao mesmo tempo, como organismo intergovernamental autônomo e escritório da OMS para a região das Américas e, ainda, em invejável saúde financeira⁷. Enquanto se desenrolava o propalado ciclo dourado da prosperidade capitalista do pós–segunda guerra, a OPAS aumentou seu orçamento e expandiu seus meios operacionais diretos, por meio de uma rede de centros especializados e a divisão do continente em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local. Este ciclo de expansão das estruturas institucionais da OPAS avançou pelos anos 1960 e 1970, já na gestão de Abraham Horwitz (1959–1975)⁷(...)

Assim esta entidade foi espaço fundamental para propagação, nas Américas, de uma visão que questionava que a formação médica baseada **exclusivamente** no seu compromisso com o desenvolvimento da pesquisa científica, e não também no suporte para expansão de serviços de saúde, não atendia nem quantitativa e nem qualitativamente a demanda por médicos que a sociedade exigia, o que foi tema dos seminários de Medicina Preventiva, conforme descreveremos posteriormente. Também é importante destacar que no mesmo período, especialmente na Europa Ocidental, no Canadá e nos Estados Unidos, inicia-se um movimento de diversificação

⁶ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

⁷ PIRES-ALVES, F. Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina – Bireme. Ciência & Saúde Coletiva, 13(3). Rio de Janeiro, 2008:899-908

dos cenários de ensino, com a ampliação da formação a partir da criação de centros universitários⁸, e uma reorganização do ensino médico a partir de iniciativas que variaram entre os diversos países, tendo como ícones a reforma no ensino médico no Reino Unido com a introdução do projeto General Pactioners(GP), em 1957, os incentivos para a formação de médicos de família no Canadá e nos Estados Unidos, em 1960⁹, a sistematização da metodologia do “ensino baseado em problemas” pela Universidade de McMaster, no Canadá, em 1969¹⁰, e sua difusão desta proposta por outras instituições como Jonh Hopkins e Maastrich. Documentos produzidos pelas organizações voltadas ao ensino médico, pelos organismos multilaterais, ou pelas fundações internacionais, colaboraram para edificar as bases deste movimento de mudança¹¹. Destacamos também a experiência precursora de todo este movimento relacionado à criação da Escola de Medicina de Western Reserve (Cleveland, Ohio), durante os anos de 1940¹².

A América Latina se incorporou a este movimento internacional, tendo como destaque a figura de Juan César Garcia, diretor da OPAS, e um dos responsáveis pela circulação da produção acadêmica e visibilidade de experiências inovadoras nesta porção do continente, mesmo em contexto de repressão política e social marcado pela ordem ditatorial em diversos países¹³. Ele escreveu, em 1969, um trabalho que foi um clássico, onde apresentou uma radiografia do ensino médico na

⁸ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010.

⁹ LAMPERT, J.B. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009. p.124

¹⁰ CUTOLO, L.R.A & DELIZOICOV, D. Caracterizando a escola médica brasileira. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V. 32. no. 4 de 2003. p. 23-34.

¹¹ ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde. *A Mudança é Possível*. 2 ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro. ABEM, 2011. p. 33-37

¹² CRUZ K. T. A Formação Médica No Discurso da CINAEM. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 128

¹³ NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1752-1762, set, 2013.

América Latina, trazendo um diagnóstico fundamental para se pensar o movimento de mudança.¹⁴ Trouxe um enunciado importante que ajuda na visualização das iniciativas e propostas que vem ocorrendo no continente desde os anos de 1970:

Los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional preuniversitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud. (p.1)

As discussões levantadas por Juan César Garcia trouxeram valiosas contribuições para a análise da educação e do trabalho médico durante os anos de 1970, no sentido crítico e que inclusive abriu questionamentos ao que era preconizado pela Medicina Preventiva naquele período. Arouca fez uma reflexão importante sobre os limites do paradigma preventivista, analisando os limites de um enfoque centrado meramente na educação médica como forma de construir mudanças nas práticas e ações de saúde para o país, alertando o caráter quase que voluntarista que tais valores e projetos trazidos pela Medicina Preventiva enunciavam¹⁵. Donnangelo faz uma reflexão sobre as mudanças no mundo do trabalho médico, os valores e ideologias que marcam esta profissão, num contexto de aprofundamento da especialização profissional como um elemento cada vez mais presente na formação

¹⁴GARCIA, J. C. Características generales de La educación médica en La América Latina. Anexo al Documento CD19/16 presentado a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 10 de octubre de 1969.

¹⁵ AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo. 1ª Reimpressão. Ed. UNESP; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2003. p.109-202.

médica¹⁶. Donnangelo, em seu segundo livro, *Saúde e Sociedade*, também tece críticas à medicina (saúde) comunitária, no sentido de apontar que este movimento, *“logrou pôr em prática alguns dos princípios preventivistas, focalizando setores sociais minoritários, mas deixando intocada a hegemonia social da assistência médica convencional”*¹⁷

Podemos assim delimitar que as obras acima, vinculadas ao referencial crítico que a Saúde Coletiva adotou, a partir de sua organização político-acadêmica com a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979¹⁸, tinham “um pé atrás” quanto a este referencial alternativo proporcionado pela OPAS e por outros organismos internacionais. Mesmo tendo seus fundadores participando de experiências da saúde comunitária, como Arouca em relação ao Projeto Paulínea, que lhe serviu de importante “tubo de ensaio” para diversas de suas formulações¹⁹, ou Donnângelo, que participou da pioneira experiência do curso de medicina, que tinha o adjetivo de “experimental”, da USP²⁰, estes autores e seus contemporâneos consideravam que havia uma insuficiência do ponto de vista deste arcabouço teórico, advindo especialmente dos EUA, Canadá e Europa Ocidental²¹.

¹⁶ DONNANGELO, M. C. F. PEREIRA, L. *Medicina & Sociedade*. 2ª Ed. Série Saúde em Debate. São Paulo. Hucitec, 2011.

¹⁷ SCHRAIBER, L. B. & MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1467-1473, 2015

¹⁸ PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

¹⁹ SOPHIA, D. C. Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1960-1990. ESS/UFF, 2005 / 2o sem. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal Fluminense, 2005. p. 41.

²⁰ MOTA, A. Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina-USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 54, p. 159-172, out./dez. 2014. Editora UFPR

²¹ PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador. EDUFBA, 2006 p. 128

Partindo destas “inquietações”, pela busca de transformações, incorporamos as preocupações já trazidas por Juan César García sobre a educação médica, mesmo sendo uma figura destacada no interior da OPAS²²:

- a) reflexões sobre o sistema educacional e o acesso ao ensino superior;
- b) o paradigma do sistema de atenção que marca o país
- c) o envolvimento da formação médica com a totalidade da formação das outras áreas profissionais em saúde;
- d) a preocupação como tema da formação dentro da planificação em saúde de cada país;
- e) a articulação entre mundos da formação e do trabalho.

Naquele contexto, indagar estas questões era como se estes sanitaristas da geração radical²³, buscassem criticar, a partir das dimensões política, social e histórica, porque tais inovações e mudanças propostas, para a educação médica naquele tempo, não conseguiam encontrar a devida profundidade para estarem à altura do movimento pela democratização da saúde em países, marcados diversos deles pelo arbítrio nas esferas legal e institucional, que envolveram as ditaduras militares no continente latino-americano.

Num destes trabalhos pioneiros da Saúde Coletiva brasileira, que discutiu o tema, o professor Aloysio Amâncio, da UERJ, retratou em 1976, a discussão sobre “Saúde, Saber Médico e Recursos Humanos”. Neste artigo, além de reflexões sobre

²² Castro, J L. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em Educação do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas . Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008: 55-68

²³ MELLO, G. A. Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010. p.11

as racionalizações previstas nos programas de bem estar social no mundo sobre custo-benefício para implementação de políticas de saúde, sobre o aspecto mercadológico que toma o tema da distribuição de recursos humanos de saúde entre nações ricas e pobres, com migração de força de trabalho qualificada do setor saúde do segundo grupo de países para o primeiro no mundo todo, este intelectual estabelece algumas diferenças que ele acredita serem cruciais nas estratégias adotadas pelos países com altos índices de pobreza e desigualdade em relação àquilo que era proposto pelos países ricos e centrais dentro do capitalismo:

Não obstante, a tendência para a importação de modelos dos países mais ricos pelos países pobres tem sido para estes, certamente, um poderoso empecilho à própria criatividade e independência. Nos países pobres, provavelmente, as soluções devem estar vinculadas à capacidade econômica e à tradição cultural de seus povos. Nesta linha, é possível que a desprofissionalização da medicina, sem um prejuízo de um esforço de doutrinação e embasamento científico dos que lidam com a saúde, e a desospitalização da assistência médica e da formação de pessoal, também sem prejuízo do atendimento mais complexo quando rigorosamente intransferível, talvez sejam propostas que, num dado momento histórico, possam ser de utilidade para um maior número de pessoas do que a cópia mecânica de modelos importados de países centrais²⁴.

O mesmo autor supracitado, em artigo do ano de 1977, traz importantes reflexões sobre a influência da inserção de docentes e discentes no âmbito das relações sociais, as contradições nas relações de poder entre estes dois segmentos no âmbito do cotidiano da escola médica, os ideários de ascensão social que perpassa o ingresso em cursos de Medicina e as expectativas do futuro médico na integração com sua categoria profissional, dentro da dimensão corporativa, e os limites das

²⁴ AMÂNCIO A. QUADRA A. A. F. Saúde, Saber Médico e Recursos Humanos In FLEURY S. BAHIA L. AMARANTE P.(org) Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, CEBES, 2008: 50-51

reformas da educação médica que vinham então tentando ser implantadas, onde o trabalho até aquele momento “ *continua uma absorção de técnicas e palavras novos pelas estruturas conservadoras, dentro das quais ditas propostas são revestidas das características da estrutura antiga, tornando-a mais atraente, não pelas reais modificações, mas pelas novas aparências que estas velhas estruturas adquirem ao contato com novos influxos. (...) Em resumo: as tentativas realizadas para romper sistemas obsoletos de educação médica, mesmo os mais bem intencionados e aparentemente muito poderosos, têm acabado como experiências diluídas, sem relevo, simplesmente esquecidas ou completamente deturpadas.*²⁵

Apesar das críticas, o movimento sanitário seguiu seu projeto histórico e lançou as bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, inclusive garantindo espaço para a incorporação de temas voltados à formação dos profissionais de saúde.

Das formulações dos anos de 1970 em diante, muitas propostas foram institucionalizadas e incluídas nos marcos das políticas de educação e de saúde do país. O tema da formação esteve presente no relatório da I Conferência de Recursos Humanos em Saúde (1986). O inciso III, do art. 200 de nossa CF 1988 diz que o Sistema Único de Saúde deve ser “*o ordenador da formação dos recursos humanos do país*”²⁶, aspecto reforçado na Lei 8080/1990, que também complementa da seguinte forma:

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de

²⁵ AMÂNCIO A. QUADRA A. A. F. Saúde, Saber Médico e Recursos Humanos In FLEURY S. BAHIA L. AMARANTE P.(org) Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, CEBES, 2008: 52-54

²⁶ BRASIL. Constituição Federal. Brasília de 1988.

ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; [...] Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. [...] Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Experiências pré-SUS associadas ao Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA), como outras a partir dos anos 90, como o Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI) foram base para uma série de experiências de integração ensino-serviço-comunidade²⁷. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em conjunto com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Nacional dos Docentes da Educação Superior (ANDES) e outros atores, iniciam um importante processo de avaliação e formulação de mudanças para educação médica, através do Projeto CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico²⁸.

Todos estes movimentos acumularam para o cumprimento daquilo que era definido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, onde os cursos de nível superior devem estar sujeitos a Diretrizes Curriculares Nacionais, a serem formuladas pelo Conselho Nacional de Educação. As primeiras DCN de cursos de Medicina foram elaboradas em 2001, e as novas DCN foram homologadas e estão em vigência desde 2014.

²⁷ FEUEWERKER L.C.M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo. Hucitec/Rede Unida, 1998.

²⁸ LAMPERT, J.B. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.p.140-142

Segundo o Conselho Nacional de Educação, o papel de uma diretriz curricular nacional é²⁹:

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Devem também pautar-se pela tendência de redução da duração da formação no nível de graduação. Devem ainda promover formas de aprendizagem que contribuam para reduzir a evasão, como a organização dos cursos em sistemas de módulos. Devem induzir a implementação de programas de iniciação científica nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. (p.02 – grifo nosso)

Dentro desta institucionalização definida para o setor educação, mais especificamente no ensino superior, percebe-se que o texto das diretrizes curriculares, não só para os cursos de Medicina, mas também para outros como a Enfermagem e a Nutrição^{30,31}, buscaram estabelecer conexões junto aos marcos constitucionais de 1988 para se estruturar a formação de profissionais de saúde a partir da implantação do SUS.

Neste sentido, esta pesquisa busca compreender se as críticas trazidas pela Saúde Coletiva - a partir de sua epistemologia, seus pressupostos, seus conceitos, suas preocupações enquanto objeto de estudo e intervenção, e sua organização acadêmica - à construção dos referenciais das reformas na educação médica vinculados aos marcos da Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária foram

²⁹ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer CES/CNE nº 776/1997. Ministério da Educação (MEC), 1997.

³⁰ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CES/CNE nº 03, de 07 de novembro de 2001.

³¹ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CES/CNE nº 05, de 07 de novembro de 2001.

contemplados nesta construção histórica a partir do novo marco institucional estabelecido no final dos anos 80.

Procuramos assim refletir sobre valores e preocupações trazidas pelo movimento sanitário para os dispositivos de mudança que orientam hoje a educação médica, se foram incorporados ou não na construção da concepção de tais mudanças. Também analisaremos a pertinência destas críticas diante de uma sociedade em mudança e um novo contexto histórico estabelecido em pleno século XXI.

Assim, este trabalho optou por realizar uma análise comparativa entre as DCN dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014, por considerar que estes documentos são os referenciais “de princípio” para as mudanças que vem buscando ser estabelecidas pelas políticas públicas e pelas instituições de saúde e educação.

Há uma escassez de trabalhos no âmbito deste campo do conhecimento sobre o tema específico das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina, e neste sentido, esperamos contribuir para este valioso debate.

Neste momento de construção de referências na discussão sobre os temas educacionais relacionados ao Programa Mais Médicos, é importante destacar que o autor deste trabalho de pesquisa foi, de julho de 2013 a março de 2016, membro da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e de dezembro de 2013 a março de 2016, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. Durante este período, a partir do setor educação, mas com plena interface com o setor saúde, participou da construção da política do Programa Mais Médicos em seus mais elementares detalhes, bastidores, arenas públicas, grandes querelas, conflitos e diversos espaços institucionais. Neste sentido, conviveu com diversos atores citados ao trabalho na elaboração da iniciativa.

Assim, buscando construir uma lógica de “sujeito implicado”³² relata os detalhes sobre as condições objetivas e subjetivas que marcaram a construção do Programa Mais Médicos. Apesar da tendência predominante nas ciências sociais e das ciências políticas de se ter o “distanciamento” do pesquisador de seu objeto da pesquisa, o autor considera importante trazer estas informações e relatos como forma de registro histórico e de possibilitar elementos de contextualização da construção desta política que hoje não estão presentes na literatura científica atual sobre o tema.

1. MARCO TEÓRICO

³² MARTINS FILHO M.T., NARVAI P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. Revista Saúde em Debate, v. 37, n. 99, p. 646-654 out/dez. Rio de Janeiro, 2013.

Cabe ao marco teórico apresentar os pressupostos que servirão de base para a análise, no que envolve uma pesquisa.

A preocupação com pressupostos é um tema de destaque dentro das ciências sociais ou das humanas, sendo um objeto importante de reflexão e preocupação. Independente das correntes epistemológicas que um campo de conhecimento se propõe a ter como referência, a apresentação de consistentes pressupostos, como base para produção, auxilia na identificação da “força do trabalho conceitual” a que se propõe.³³³⁴

Neste sentido, este trabalho tem três importantes pressupostos para desenvolvimento:

1. A Saúde Coletiva construiu sua práxis a partir de uma crítica ao modelo biomédico/médico hegemônico;
2. A educação médica ainda se utiliza de referenciais que guardam correlações com o movimento da medicina preventiva dos anos de 1950-1970;
3. A Lei 12.871/2013, chamada de Lei do Mais Médicos, buscou atualizar a formação médica com o atual estágio das políticas de saúde e educação no Brasil.

Desta forma, vamos desenvolver cada um destes pressupostos.

1.1 A Construção do campo da Saúde Coletiva e a Educação Médica

³³ TESSER G. J. Principais linhas epistemológicas contemporâneas. Educ. Rev. nº 10 p. 91-98. Curitiba Jan./Dec. Ed. UFPR, 1995

³⁴ PAULO, A. Os Conceitos/Categorias Na Construção Teórico-metodológica do Trabalho Científico: Elementos Epistemológicos e Políticos. VII Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Anais. ANPED-SUL. Itajaí, 2008.

A Saúde Coletiva, em seus precursores, especialmente a partir dos trabalhos de Arouca e Donnangelo, guarda importantes críticas aos debates estabelecidos pelo movimento de educação médica, no que diz respeito às concepções preventivistas empregadas pelas propostas de mudança na formação em vigência nos anos de 1960-1970.

Sendo assim, é importante demarcarmos onde a Saúde Coletiva se situa enquanto proponente de alternativas.

Paim e Almeida-Filho (1998) organizaram importante revisão discursiva sobre a definição do campo³⁵. Para os autores, a Saúde Coletiva é tanto um campo científico, como um campo de práticas. Enquanto campo científico, é um lugar “*onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos*”. *Dentre estes ângulos, destacamos alguns:*

*A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade.” b) “As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.” c) “**O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações**” (...). f) “**O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la**” . (p.309 – grifo nosso)*

³⁵ PAIM J. S. & ALMEIDA FILHO N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública, ou um campo aberto a novos paradigmas”. Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316. São Paulo, 1998

Neste sentido, é importante destacar que a Saúde Coletiva busca compreender o processo saúde doença em grande amplitude. Sem desconsiderar a importância da dimensão biológica, claramente exprime que o fenômeno do adoecimento, sua vivência ou ausência, não se resume somente aos limites desta última dimensão. Há por parte da produção científica deste campo uma preocupação em compreender a historicidade dos fenômenos, com uma intencionalidade baseada no compromisso com as forças que são capazes de mudar uma realidade. Os ideários de justiça social, ética, equidade, alteridade, democracia e cuidado estão presentes nos sentidos desta construção teórica. Conforme explicita Paiva & Teixeira³⁶ e Fleury et al³⁷, a Saúde Coletiva é um campo do conhecimento que assumiu o compromisso com a construção da reforma sanitária no Brasil, e de sua principal síntese, o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, Paim (1997) faz uma demarcação clara das diferenças entre as diversas correntes que marcam aquilo que ele classifica como “campo social da saúde” no país. Para ele, a Saúde Coletiva se organizou *“a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Saúde Comunitária, à Medicina da Família, além de ser fertilizada pela Medicina Social do século XIX e pela saúde pública institucionalizada, seja nos serviços de saúde, seja na academia. Envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes do pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde”*³⁸.

Para a construção deste projeto de mudança da realidade, a Saúde Coletiva busca agregar um escopo de práticas as mais diversas possíveis que tomam “como

³⁶ PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

³⁷ FLEURY S. et al. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997

³⁸ PAIM, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador. EDUFBA, 2006 p. 128

*objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos, saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização*³⁹. Assim as práticas destacadas envolvem o meio acadêmico, as instituições de saúde, a sociedade civil e os institutos de pesquisa. Grande leque de ações e atividades podem ser enquadradas como decorrentes deste campo de práticas. Para Paim e Almeida-Filho, a perspectiva participativa em que a Saúde Coletiva se coloca abre a possibilidade de inovações com um aspecto bastante marcante de trabalho vivo, produzindo novos jeitos de pesquisar, de aplicar as ciências sociais, de se comunicar socialmente, de propiciar espaços de educação popular, de planificar e planejar as ações de saúde, de pensar as relações entre Estado e sociedade civil, e de se praticar a docência. Assim, com este conjunto de iniciativas dotadas de vitalidade, **enfrenta-se a homogeneização do pensamento que tentam meramente biologizar a vida, naturalizando a vida social a partir de uma lógica de submissão da clínica, utilizada como instrumento do modelo médico-hegemônico**⁴⁰.

É importante considerar que, apesar da grande abrangência da Saúde Coletiva, tratando das publicações e da investigação realizada pelos pesquisadores da área, quando tratamos deste campo do conhecimento, estamos falando de um conjunto de saberes e práticas organizados a partir de um tripé de engloba: a) Políticas, Gestão e Planejamento em Saúde; b) Epidemiologia; c) Ciências Sociais e as Humanas em Saúde⁴¹

³⁹ PAIM J. S. & ALMEIDA FILHO N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública, ou um campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316,. São Paulo, 1998

⁴⁰ PAIM J. S. & ALMEIDA FILHO N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública, ou um campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316,. São Paulo, 1998

⁴¹ CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec. São Paulo. Ed. Fioruz. Rio de Janeiro, 2011 p. 29

Teixeira (1998) atribui que a Saúde Coletiva, através de algumas de suas ferramentas, como a Vigilância, busca superar uma lógica de subordinação do sanitário, que a partir da saúde pública tradicional servia como um “apêndice” ao modelo médico hegemônico. Para ela, a tabela abaixo ajuda a compreender as diferenças entre as três propostas de intervenção no campo da saúde⁴²:

Quadro 1 - Diferenças entre modelo médico-assistencial privatista, modelo sanitário e modelo da Vigilância da Saúde (Teixeira, 1998).

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo Médico Assistencial Privatista	Médico. Especialização. Complementariedade (paramédicos).	Doença (patologia e outras). Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias
Modelo Sanitário	Sanitário - auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais. Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de saúde. População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis. Ações intersectoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação). Operações sobre problemas e grupos populacionais

Saindo dos dispositivos teórico-conceituais, e das práticas com caráter de ensaio, há reflexões importantes, trazidas por teóricos da própria Saúde Coletiva ou

⁴² TEIXEIRA, C. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. p.18

da Medicina Social latinoamericana, que vem apontando algumas limitações que este campo enfrenta, do ponto de vista de traduzir na concretamente alguns de seus pressupostos. Fleury (1985) já nos alertava:

“(...)se a análise da constituição histórica dos saberes médicos tem tido muitos bons resultados nas investigações levadas a cabo na área da saúde coletiva, o mesmo não se poderia dizer a respeito das tentativas de conciliar os dois modelos de causalidade (natural e histórico) através da criação de um novo referencial teórico sobre a epidemiologia social, que dê conta da determinação da doença. Apesar de serem numerosos os estudos empíricos que demonstram a determinação social das diversas doenças, a saúde coletiva, entre nós, tem tido dificuldades de inserir tais estudos em um marco conceitual capaz de apreender conjuntamente as especificidade de conjugação do biológico com o social(...)”⁴³”.

Ela retrata que alguns pesquisadores, como Cristina Laurell, avançaram, durante o final dos anos de 1970 e dos anos de 1980, no sentido de enfrentar este problema, em estudos que diziam respeito à saúde do trabalhador. Outro pensador, Jaime Breilh, traz também contribuições em uma de suas últimas obras⁴⁴, mas ainda com dificuldades de uma materialização, por exemplo, capaz de ressignificar a prática da clínica. Fora do âmbito da Saúde Coletiva e da Medicina Social latino americana, temos avanços nesta perspectiva a partir de estudos desenvolvidos Michael Marmot⁴⁵ e colaboradores. Este tem coordenado a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS.

⁴³ FLEURY, S. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In NUNES, E. D. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. OPAS. Brasília, 1985. p. 89

⁴⁴ BREILH J. Epidemiologia Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidade. 1ª edição. Ed.FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

⁴⁵ PEASEY A. MARMOT M. et al Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the HAPIEE study. BMC Public Health 2006;255 DOI: 10.1186/1471-2458-6-255. CHANDOLA A. MARMOT M. et al Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 2006; 332 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38693.435301.80>. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2010.

Tal crítica à Saúde Coletiva tem sido feita também por Campos⁴⁶, que reflete sobre como a Saúde Coletiva, seja por esquemas estruturalistas ou não priorização de questões efetivas que envolvem o cuidado, individual e coletivo, tentou estabelecer uma lógica de “controle” sobre a clínica, reduzida como uma mera prática derivada do modelo médico hegemônico.

O autor refere que o campo não se propôs a uma rediscussão paradigmática sobre uma nova concepção da clínica, que desse conta das necessidades de construir uma co-gestão desta prática a partir do envolvimento dos usuários do sistema de saúde, trabalhadores e gestão, tendo o suporte de novos mecanismos de trabalho e gerenciais que possibilitariam o compartilhamento de saberes, maior integração entre diversos núcleos profissionais, redefinição de um campo compartilhado de práticas no trabalho em equipe, e uma compreensão ampliada, integral do processo saúde doença, redefinindo o objeto do cuidado. Nesta nova proposta, há responsabilidades que são inerentes aos profissionais de saúde, mas também este novo modelo de clínica ampliada incentiva o empoderamento e aquisição de autonomia pelas pessoas sob cuidados. Este referencial, consolidado num modelo denominado Saúde Paidéia, traz importantes contribuições para o campo da Saúde Coletiva. Algumas reflexões e preocupações trazidas por Campos assemelham-se às contribuições e formulações trazidas pelo campo da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, conforme nos trazem autores como Anderson⁴⁷.

⁴⁶ CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec. São Paulo. Ed. Fioruz. Rio de Janeiro, 2011 p. 46-80. CAMPOS. G.W.S A Clínica Do Sujeito: Por Uma Clínica Reformulada e Ampliada. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

⁴⁷ ANDERSON et al. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária em Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.3, n° 11, out /dez 2007. p: 157-173. ANDERSON et al. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Revista APS, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005

Compreender as formulações, proposições, efetividades, limites e insuficiências do campo da Saúde Coletiva é fundamental na compreensão sobre como este campo dialogou com a construção histórica da educação médica. Em seu primeiro contato com a educação médica, a Saúde Coletiva teceu críticas importantes.

Mas pela abrangência deste novo campo de conhecimento, e a dificuldade de elaborar algumas formulações mais concretas que trouxessem um diferencial para as novas necessidades trazidas pelas iniciativas de mudança no ensino médico, a primeira reflexão importante é: tem sido capaz da Saúde Coletiva de se inserir na formação de médicos, especialmente ao nível da graduação, de uma forma distinta do que o conjunto de práticas que tanto criticou principalmente durante os anos de 1970 e 1980? Se sim, como se deu esta materialização? Se não, porque tal projeto não foi bem sucedido?

Uma importante reflexão sobre o que possivelmente tem acontecido é que em meados dos anos 2000, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), lançou-se para a intervenção em outro horizonte, do ponto de vista da formação profissional na graduação, que é a criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva em todo o país⁴⁸. Ao mesmo tempo, analisando as publicações na área da Saúde Coletiva, através da plataforma Scielo, utilizando os descritores (educação médica OR ensino médico OR formação médica) AND (diretrizes curriculares nacionais); foram levantados somente cerca de 40 artigos, a maioria concentrada na Revista Brasileira de Educação Médica (38 artigos)⁴⁹. O artigo mais antigo, considerando-se o período de 2001 até o ano de 2016, datava do ano de

⁴⁸ BOSI, M. L. M. & PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2029-2038. Rio de Janeiro, 2010

⁴⁹ Acesso em 08 de junho de 2016.

2005⁵⁰. Neste sentido, emergem também outros questionamentos: a Saúde Coletiva diminuiu seu interesse sobre temas que dizem respeito à educação médica?

Enfim, todos estes questionamentos não serão especificamente objeto desta pesquisa, mas trazem alguma correlação que deverá ser referenciada na análise da pesquisa.

1.2 A Educação Médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: há relações com as bases da medicina preventiva?

Conforme Arouca ⁵¹ , há cinco principais categorias estratégicas que fundamentam as ações propostas pelo movimento da medicina preventiva:

- a) A Integração;
- b) A Inculcação e a Resistência;
- c) O Esquema evolutivo;
- d) A Mudança

Referindo-se ao Encontro dos Docentes de Medicina Preventiva do estado de São Paulo, em 1973, Arouca ressalta os seguintes aspectos que dizem respeito ao papel de integração desempenhado pela medicina preventiva na integração dos currículos médicos:

⁵⁰ Pesquisa realizada em 08 de junho de 2016.

⁵¹ AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo. 1ª Reimpressão. Ed. UNESP; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 157-174.

1º.) *O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.*

2º.) *Deve-se evitar que os departamentos de Medicina Preventiva hiper-desenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em 'faculdades a parte' (uma Escola Médica 'Adequada' em oposição à Escola Médica 'Inadequada').*

3º.) *Deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social.*

Assim, para ele, a introdução da medicina preventiva no ensino médico tinha a seguinte finalidade:

*A Medicina Preventiva é, portanto, dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à **criação de novas atitudes**, que devem estar incorporadas à prática de todos os 130 médicos e não serem exclusivas de 'especialistas preventivistas' (grifo nosso).*

Os pressupostos, por parte dos preventivistas, para este desempenho da medicina preventiva na formação era que os demais atores, no âmbito da escola médica, conseguiriam mudar suas atitudes nesta convivência junto aos preventivistas, valorizando a noção de sujeito e olvidando o mundo das relações, que dizem respeito, por exemplo, às lógicas de poder e reprodução das práticas no interior das instituições.

Na análise sobre inculcação e resistência, Arouca inicia sua análise sobre os seguintes aspectos:

A idéia de inculcação (da aprendizagem definem o seu lugar. O conceito fundamental que centraliza esta incorporação, conscientização) perfura o espaço para novas configurações, em que as representações dessa nova geometrização é o de contato, que amplia para o social o poder da "mirada clínica".

Assim, segundo esta concepção, a medicina preventiva deveria garantir uma diversificação dos cenários de práticas, envolvendo a possibilidade de exposição do estudante a práticas como visitas domiciliares, espaços de trabalho, serviços de base comunitária, etc, saindo da dimensão intra-hospitalar e possibilitando assim a compreensão do “mundo real”, onde pessoas “doentes e saudáveis” convivem juntas, se compreendendo melhor a verdadeira prevalência das doenças e a relação entre o adoecimento e a vida das pessoas, através do referencial da História Natural das Doenças. Assim, através da sensibilização a partir do contato do estudante com a realidade social, se seria capaz de produzir a superação à resistências quanto à mudança na prática médica.

Num contraponto a estas teses da medicina preventiva, Arouca vai discutir dois elementos inerentes à escola médica em seu tempo: **a) a escola médica reproduz as desigualdades sociais**, considerando inclusive que a escola médica seleciona socialmente, a partir de um conjunto de privilégios culturais reproduzido entre gerações, o acesso à escola médica; **b) e considera que a escola é um importante mecanismo de reprodução de violências simbólicas**, que marcam os aspectos da ação pedagógica que marcam os membros da escola médica, bem como nas hierarquizações e lógica instrumental que marcam as relações entre estudantes e docentes e a população, estratificando a morbidade e o acesso a serviços de saúde e destinando um espaço social a estas populações que são atendidas pelos projetos da medicina preventiva.

Sobre a mudança, Arouca⁵² trata do seguinte referencial sobre a formulação da Medicina Preventiva:

⁵²AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo. 1ª Reimpressão. Ed. UNESP; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 197-202.

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a idéia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática quotidiana, é que possibilita a manutenção da atitude preventivista. Assim, o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especializada, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém manter no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade.

Assim, reforça que esta proposta alimenta um ideário baseado no indivíduo, ou seja, a partir do seu desejo, e sensibilizado por uma série de atitudes construídas a partir da exposição à realidade e abordagem metodológica e pedagógica dos preventivistas, que ao mesmo tempo tem o papel disseminar a mudança em toda a escola médica, a partir de sua ação de presença e efeito demonstrativo, os futuros médicos poderão ter um comportamento e uma prática distintos do padrão em vigência.

Assim, é como se a combinação dos mecanismos de integração e inculcação fossem os articuladores de novas atitudes, que incorporadas conquistassem indivíduos para serem promotores das mudanças na realidade social, sendo assim a mudança do ponto de vista das práticas de saúde uma “decorrência prevista” dos indivíduos que fazem a assistência, convencidos e comprometidos com novos valores e referencias para sua atuação.

Para melhor compreender estes conceitos estratégicos da medicina preventiva, é importante revisitar alguns conceitos trazidos pelos seminários realizados nos anos

de 1950. Arouca⁵³ também traz uma importante sistematização dos principais enunciados, a partir dos seguintes quadros abaixo:

⁵³ AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo. 1ª Reimpressão. Ed. UNESP; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2003. p.109-150.

Quadro 2 - Medicina Preventiva dos seminários de Tehuacan e Vinha Del Mar (Arouca, 2003)

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Objetivo do Ensino de Medicina Preventiva	Dar a oportunidade ao estudante para adquirir os conceitos e métodos de atenção integral ao indivíduo e sua família, ajudando lhes a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou doenças. Criar no futuro médico a consciência da função social de sua profissão. Estimular no estudante o interesse nas atividades coletivas relacionadas com a saúde e fomentar as boas relações dos futuros médicos com as autoridades sanitárias.	Dar ao futuro médico uma compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma mudança de atitude para um conceito mais integral de medicina. Deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore à prática diária.
Visão de Homem	Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas interrelações com o meio ambiente seja físico-químico, biológico, psicológico ou social.	Entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família e esta por sua vez em uma sociedade.
Disciplinas Componentes	Ecologia, Estatística, Epidemiologia, Higiene MaternoInfantil e Escolar. Problemas de Alimentação e Nutrição, Higiene Mental e Ocupacional, Saneamento Ambiental, Educação Sanitária, Noções gerais sobre problemas e recursos médico-sociais, econômicos e culturais da região e do país. Organização da Comunidade e Administração Sanitária.	Bio-estatística, Epidemiologia, Saneamento, Problemas médicosociais da família, da comunidade e do país, Antropologia Social e Ecologia, Educação Sanitária, Medicina Ocupacional, Conhecimentos das Organizações Sanitárias e Assistenciais.
Métodos de Ensino	Preferir os métodos nos quais os alunos aprendam de forma ativa desde os primeiros anos. Combinar os métodos de instrução: aulas teóricas, meios audio-visuais, seminários, estudos de investigação e de laboratórios, trabalhos bibliográficos, visitas a instituições, atenção de um número limitado de famílias por um período.	As aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, devendo o curso ser ministrado através de seminários, discussões bibliográficas, trabalho em laboratórios, clínicas e no campo. Recomenda-se especialmente que o aluno devidamente supervisionado atue como conselheiro médico e observador de um número limitado de famílias da comunidade durante um longo período. Recomenda-se também a participação dos alunos nos serviços locais de saúde.

Continua

Funções do Departamento	Desenvolver o ensino teórico-prático de suas matérias específicas. Promover e colaborar na integração da Medicina Preventiva com outros Departamentos. Capacitar e aperfeiçoar seu próprio docente. Colaborar no ensino de Medicina Preventiva e Saúde Pública em outras Faculdades da Universidade. Realizar investigações em uma ampla área de caráter teórico até as aplicadas que devem ter prioridades; Assessorar os serviços de Saúde Pública, etc.	Ensinar Medicina Preventiva em cursos independentes e coordenar-se com outras matérias a fim de inculcar no estudante um conceito integral da medicina. Planificar e levar a cabo investigações indispensáveis para um melhor conhecimento dos problemas médicos sociais e para um ensino adequado. Fomentar o desenvolvimento de atitudes mais positivas dos membros da Faculdade com relação a conceitos de prevenção. Assessorar as organizações de Medicina Pública e Privada nas soluções de problemas de Saúde de Comunidade
Relações com outros Departamentos	Integração de cursos, seminários e apresentações clínicas de interesse comum: nomeação simultânea de assistentes pelo Departamento de Medicina Preventiva e por outro, intercâmbio de serviços, assessorias em estatística e epidemiologia. Investigação conjunta de problemas clínicos ou outros de interesse para a comunidade, etc.	Integração de cursos, seminários e outras atividades conjuntas; utilização conjunta de pessoal para o ensino teórico e práticas de campo. Investigação conjunta de problemas individuais e coletivos. No ensino das matérias básicas, o Departamento pode participar diretamente estudando e realçando a importância que tem os fatores médico-sociais e nas clínicas pode participar no estudo epidemiológico e médico-social de cada enfermo em seu próprio ambiente familiar e social e insistir sobre a importância do diagnóstico precoce e os exames médicos periódicos.
Relações com Serviços de Saúde Pública	Considerando que a Comunidade é o laboratório vital do Departamento, este deve trabalhar harmoniosamente com os Serviços de Saúde Pública e prestar ajuda para cumprir suas finalidades científicas e sociais.	Recomendou-se que os Departamentos promovam a formalização de acordos e outras medidas tendentes a produzir a conexão necessária com os Serviços de Saúde Pública para um benefício recíproco.

Cabe destacar que a Medicina Preventiva foi uma variante, pouco conhecida nesta sua faceta, da produção teórica pioneira de Abraham Flexner, relacionada à transformação modernizante da educação médica que ele propôs no início do século XX. Flexner revolucionou em seu tempo por buscar uma integração difícil em sua época entre a clínica e o laboratório. Com este fundamento e o reordenamento da formação médica baseado no hospital escola como espaço de formação central, Flexner construiu um novo paradigma de formação, onde a prática é a essência da formação médica, dotando-a de uma importante reflexão científica e superando uma lógica da cultura bacharelesca que influenciava diversas escolas médicas da época, onde ainda a formação clínica era essencialmente teórica. Neste sentido, dentro deste escopo de práticas, havia um espaço destacado para a saúde pública e a prevenção como lugares de importante intervenção do médico, sendo que caberia a este um preparo detalhado para lidar com estas preocupações na construção de sua prática profissional⁵⁴.

Para o embasamento científico desta preocupação preventivista, Flexner recorreu a elementos advindos da nascente “ciências da conduta”. Este movimento primordial foi retomado durante a o pós Segunda Guerra Mundial, a partir dos Seminários de Medicina Preventiva, e influenciou a construção de outras vertentes, especialmente durante os anos de 1960. Uma delas, que de forma importante se estabeleceu no Brasil especialmente durante os anos de 1970, foi a Medicina Comunitária⁵⁵.

A Medicina Comunitária, em sua versão mais recente, surgiu nos anos de 1960 como uma resposta a demandas sociais vindas de movimentos por luta pelos direitos

⁵⁴ ALMEIDA-FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010

⁵⁵ SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10):2635-2644, 2012

civis, especialmente nos Estados Unidos e Canadá, vinculadas a luta de negros, mulheres, hispânicos, idosos, francófonos e outras populações socialmente subalternizadas⁵⁶.

Diferenciava-se da proposta preventivista flexneriana por estabelecer uma crítica aos efeitos concretos que a especialização profissional trazia no sentido de sua inadequação ao que seriam as “reais necessidades da população”, especialmente dessas populações excluídas, ou seja, os problemas mais freqüentes, mais ou menos complexos, eram negligenciados por esta prática de formação baseada em doenças raras e centrada no hospital-escola. Este descompasso entre formação e prática profissional fez Schraiber (1989) denominar de “Tese da Inadequação”⁵⁷.

Neste sentido, a partir de “experiências de ensino extra-muros” (muros do hospital escola), a Medicina Comunitária propunha uma associação entre mudanças na lógica do ensino, propondo aí cenários alternativos como os “Centros de Saúde-Escola”, que estariam vinculados à atenção, especialmente a estes grupos sociais vulneráveis ou socialmente excluídos, através de propostas de extensão de cobertura sanitária⁵⁸.

Apesar de seu tom reformista e de sua importância na politização e construção de um espírito crítico na discussão sobre a educação médica, a proposta da Medicina Comunitária, assim como a Medicina Preventiva, estavam fortemente baseadas nas “ciências da conduta”. O fato deste referencial em comum e de terem chegado ao Brasil na mesma época, no final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, levaram

⁵⁶ PAIM, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador. EDUFBA, 2006 p. 128

⁵⁷ MOURA, L.C.S. A Face Reversa da Educação Médica: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela. A&E Editora. SIMERS. Porto Alegre, 2004: 78-79

⁵⁸ SCHRAIBER, L. B. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

a uma compreensão quase como sinônimos destas duas correntes em nosso país⁵⁹. Apesar que as mesmas, em países da América Latina, proporcionaram também que discussões emancipatórias pudessem ter espaço, como os primeiros trabalhos vinculados à Educação Popular em Saúde no Brasil⁶⁰. Este referencial da Medicina Comunitária deu impulso à construção das experiências de integração docente-assistencial (IDA) dos anos de 1970 e 1980, que vieram posteriormente às primeiras iniciativas dos departamentos de Medicina Preventiva, iniciados em meados dos anos de 1960, onde as experiências mais marcantes foram a criação do curso de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), e a criação do Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)⁶¹.

Neste sentido, durante os anos de 1970 a 1990, desenvolveram-se diversas experiências por todo o país que marcaram as propostas de integração docente assistencial - IDA e o programa UNI. Estas experiências buscaram trazer algumas inovações, a partir do financiamento da Fundação Kellogs para muitas delas. A unificação dos diversos atores que participaram destes movimentos deu origem a uma importante entidade no âmbito da formação em saúde, a Rede UNIDA, que inclusive colaborou de forma ativa na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001⁶². Tancredi (1995)⁶³ discutiu as principais diferenças entre IDA e UNI, a partir do seguinte quadro diferencial:

⁵⁹ OSMO, A. SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015

⁶⁰ VASCONCELOS, E. M. A Medicina e o Pobre. Ed. Paulinas. Belo Horizonte, 1987.

⁶¹ SOBRAL, D.T. Três Casos de Inovação Curricular no Panorama recente (1964-1988) da Educação médica Brasileira: Subsídios de um retrospecto Baseado na revisão De Documentos. Rev Bras de Ed Medica. 38 (4) : 493-501; 2014

⁶² BRASIL. Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001.

⁶³ TANCREDI, F.B. Quatorze diferenças entre Projetos IDA e UNI. Uniletter, vol 1, cap 2,1995. In: ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde. A Mudança é Possível. 2 ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro. ABEM, 2011. p. 70-71.

Quadro 3 - Diferenças entre Experiências IDA e Projeto UNI (Tancredi, 1995)

IDA	UNI
1. Uni-departamental. Em geral medicina preventiva, pediatria, enfermagem comunitária ou odontologia social.	1. Envolve todos os departamentos dos ciclos básico e clínico.
2. Envolve somente um curso ou faculdade. Geralmente medicina ou enfermagem.	2. Dois ou mais cursos/faculdades envolvidos no mesmo conjunto de atividades.
3. Favorecem a dicotomia médico generalista X médico especialista e as acusações de que os IDA pretendiam formar médicos sanitaristas com baixa qualidade técnica.	3. Propõe a formação geral, holística do médico/profissional de saúde, independente de sua vocação futura.
4. Criaram novos cenários de ensino além do hospital, sem necessariamente criar novas metodologias de ensino adequadas aos novos cenários.	4. Propõe novos cenários de ensino e a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação do estudante.
5. O planejamento e a condução dos projetos foram essencialmente uma iniciativa da universidade.	5. A paternidade e a responsabilidade pela condução dos projetos é tripartite (universidade-serviços-comunidade).
6. Adotaram uma concepção de ensino multidisciplinar	6. Propõem um enfoque interdisciplinar e multiprofissional.
7. A exposição de estudantes aos novos cenários deu-se de forma espasmódica (estágios em períodos concentrados ao longo do curso), tardia (estágios de internato) ou voluntária (atividades extracurriculares)	7. Propõem uma exposição curricular (obrigatória) ao longo de todo o curso, de forma continuada.
8. Criaram os "Centros de Saúde-Escola", um braço de extensão da universidade na comunidade, frequentemente gerenciado e mantido pela universidade e, não raro, desarticulado do sistema de saúde	8. O aprendizado se dá no sistema local de saúde. Não há "Centro de Saúde-Escola", todas as unidades da rede são cenários potenciais de ensino e são administrados pelo Sistema Local de Saúde.
9. Podiam prescindir de uma organização racional do sistema de saúde, na medida em que os Centros de Saúde-Escola estavam respaldados pelo Hospital Universitário ou outros serviços próprios da universidade.	9. Exige uma organização racional do sistema de saúde para que o estudante vivencie o que se passa nos diversos níveis de atenção e não tenha uma visão fragmentada da atenção primária à saúde.
10. Os profissionais dos serviços atuam marginalmente como recurso docente.	10. A universidade é estimulada a incorporar os profissionais do serviço como recurso docente.
11. Enfatizam-se as ações de ensino na atenção primária.	11. O aprendizado se dá nos diversos níveis de atenção do sistema local de saúde.
12. Elegeram-se preferencialmente comunidades marginalizadas e carentes, estimulando no aluno a percepção de que a medicina de comunidade, ou familiar, é algo idealizado para populações carentes.	12. Elegeram um setor geográfico onde está representado um corte da comunidade, com diferentes estratos sociais, evitando a falsa relação medicina familiar + populações marginalizadas.
13. A comunidade foi beneficiária dos serviços, mas sua participação freqüentemente foi passivo-receptiva.	13. A comunidade é envolvida, desde o princípio, como parceira da iniciativa, buscando-se uma participação ativa.
14. Alunos e professores freqüentemente usaram a comunidade como objeto de estudos e observação.	14. Exige-se um compromisso dos professores e alunos com a comunidade, a qual realmente participa do projeto como sujeito.

Analisando as formulações da medicina preventiva e as contribuições destas propostas, observa-se que os conceitos estratégicos advindos da primeira são perfeitamente identificadas nas experiências destas últimas iniciativas. Na verdade, mantendo-se esse referencial para a mudança, as propostas acumuladas pela Rede UNIDA buscam, respeitados os limites, aprimorar alguns aspectos, que também são importante de serem considerados: a) a existência de um sistema de saúde público e universal no país, e a necessidade de integrar a formação com a dinâmica do SUS; b) os avanços no campo das metodologias ativas e problematizadoras de ensino, acompanhando a tendência de outras iniciativas, que vem construindo o ciclo de formação baseada em problemas desde os anos de 1960; c) participação da comunidade, envolvendo ativamente a população assistida pelos serviços, de uma gestão compartilhada da experiência em curso; d) o envolvimento de todo o curso, com suas estruturas departamentais, no âmbito do processo de mudança, buscando o curso assumir institucionalmente as mudanças; e) envolvimento dos profissionais do serviço como elemento docente para a formação.

Concomitante ao desenvolvimento do Programa UNI, ocorre importante movimento de articulação entre estudantes, gestores acadêmicos, docentes, gestores de saúde e entidades médicas, que culminam no início dos anos de 1990 com a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). A formação desta comissão teve múltiplas causas. As principais estão relacionadas à pressão exercida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) para a realização de exames de proficiência para que egressos dos cursos de graduação tivessem acesso ao registro profissional, além das pressões de organismos internacionais para avaliação da educação superior

brasileira⁶⁴. Contrários a estes tipos de movimentos, uma série de instituições, tendo protagonismo neste espaço a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), e o Conselho Federal de Medicina (CFM), iniciaram um movimento que teve três importantes fases⁶⁵. A primeira disse respeito à auto-avaliação das escolas médicas, apropriando-se de alguns protocolos de avaliação formulados pela OPAS, adaptados para a realidade brasileira. Uma segunda etapa que constava da avaliação dos resultados desta avaliação aplicada para cerca de 70 escolas médicas por todo o país. Uma terceira etapa que formulou propostas para transformação do ensino médico no país. Havia uma quarta fase prevista, voltada para a implementação de mudanças, mas esta não ocorreu pelo intenso nível de conflito entre a DENEM, que em 2002 se retirou da comissão, e especialmente o CFM. A partir deste conflito, tal proposta chegou ao fim, já sob a égide das DCN de Medicina de 2001 e com os indicativos da criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), que inclusive incorporou elementos da própria proposta de avaliação da CINAEM e do Programa de Avaliação das Instituições Universitárias Brasileiras (PAIUB)⁶⁶, proposto pela Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Educação Superior (ANDIFES) e pelo Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB).

Mas de todas as experiências de mudanças surgidas de movimentos específicos por dentro do campo da educação médica, podemos afirmar que a CINAEM foi daquelas de maior importância e profundidade em suas proposições. A

⁶⁴ Pierucci L. A. M. Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005). Revista Espaço Acadêmico, n. 107. Maringá, abril de 2010. p.77

⁶⁵ Pierucci L. A. M. Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005). Revista Espaço Acadêmico, n. 107. Maringá, abril de 2010. p.76

⁶⁶ Polidori M. M, Marinho-Araujo C. M, Barreyro G. B. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v.14, n.53, p. 425-436, out./dez. 2006.

presença dos estudantes de medicina foi muito importante nesta “tensão interna” para construção dos processos. Desde o final dos anos de 1980 os estudantes de medicina brasileiros têm acumulado importantes reflexões sobre a educação médica. Nesta época haviam lançado a Proposta de Transformação do Ensino Médico – PTEM⁶⁷, que apesar de não ter se materializado em proposta concreta, além das chamadas Frentes de Trabalho do final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, trouxe enunciados de uma primazia, do ponto de vista ético-político, que precisam ser considerados. Para os estudantes, deveria-se acabar com a lógica de “aprender com os pobres para tratar dos ricos”.

No início dos anos de 1990, os estudantes, após reivindicação e protesto, conseguiram paridade junto aos docentes da assembléia geral da ABEM, que ocorre anualmente no Congresso Brasileiro de Educação Médica. Foram os estudantes importante sujeito social coletivo na densidade apresentada pelos trabalhos da comissão. Os trabalhos da CINAEM também contribuíram para a formação política e técnica⁶⁸ de praticamente duas ou três gerações do movimento estudantil, proporcionando atores que terão uma atuação destacada, por exemplo, posteriormente na elaboração e implementação da chamada “Lei do Mais Médicos”, já a partir de 2013.

CINAEM se destacava porque partia de um princípio extremamente conectado com o momento vivido pelo país a partir da Nova República: a construção do SUS. Para a CINAEM, a *“qualidade do ensino médico somada ao aperfeiçoamento do sistema de saúde levava a uma boa formação médica.”* Além disto, trazia uma

⁶⁷CARVALHO, R. R. Um ator social em formação: da militância à análise e descrição do processo de formação médica no Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Campinas. Campinas, 1998. p. 109-111.

⁶⁸ PINTO H. A. O Movimento Estudantil de Medicina e a transformação da Escola Médica. Interface, vol.4 no.7. Botucatu, agosto 2000. p. 159-160

proposta onde “*avaliar o ensino médico exigia propor medidas para sanar as deficiências encontradas e assim garantir qualidade para atender as necessidades médico-sociais*”⁶⁹.

Após uma profunda avaliação e reflexões que avançaram por 08 anos, cultivando importante rigor metodológico e científico, a CINAEM alcançou, em 2000, a formulação de 05 grandes eixos que norteariam a mudança na escola médica. Entre estes estavam⁷⁰:

a) o novo processo de formação: de acordo com as discussões e produção da reflexão coletiva havida nesta fase, o novo processo de formação deverá centrar-se na comunidade, com enfoque na pessoa e nas suas necessidades. Com a adoção deste enfoque, o trabalho médico daí resultante potencializará a exigência de um profissional operando um complexo conjunto de saberes, categorizáveis didaticamente em momentos: compreensão, significação e intervenção.

b) a profissionalização da docência médica: tal tema tem aparecido como uma questão central nas discussões da CINAEM desde 1997, o que também significa reconhecer a centralidade da ação docente, seja na manutenção do atual padrão de escola médica (vide a sessão anterior e a caracterização da adocracia na escola médica) como fundamentalmente para a transformação deste mesmo padrão.

c) a gestão transformadora: quase que assentada num perfil inteiramente semelhante ao da docência médica, a gestão da escola médica vai se constituir em outro importante eixo da transformação apontado pelo coletivo da CINAEM. Neste caso, trata-se de enfrentar a enorme falta de preparo dos dirigentes para a função, o sucateamento infra-estrutural, escassez de recursos financeiros, planejamento e direção desorganizados, mal direcionados, processo de gestão burocrático, ineficiente e descontínuo, avaliação inexistente ou incipiente, baixa motivação, baixo envolvimento e participação discente, e pouco diálogo. Situação que, numa instituição adocrática como a que já descrevemos, só pode produzir uma situação de enorme insatisfação docente/discente com este elemento da escola médica.

⁶⁹ CRUZ K. T. A Formação Médica No Discurso da CINAEM. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 202

⁷⁰ MEHRY E.E, ACIOLE G.G. Em Busca da Nova Escola Médica: A CINAEM e a Construção dos Novos Paradigmas para a Formação em Medicina. In Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-12.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

*d) **avaliação transformadora:** da avaliação se partiu para a perspectiva transformadora e ela deve, então, continuar a ser o ponto de partida para a contínua transformação da transformação, o que significa vesti-la com uma amplitude maior do que a de mero recurso classificatório ou seletivo, como vem sendo a prática usual.*

Se os itens a e b são temas recorrentes, e talvez até melhor elaborados pelas experiências prévias vinculadas à medicina preventiva, à saúde comunitária e às iniciativas da Rede UNIDA, no que diz respeito a lógicas de inserção do estudante e do ensino na realidade de saúde da população e de um melhor aporte teórico e metodológico para o docente, o processo ensino-aprendizagem, a integração ensino-serviço-comunidade. Mas a CINAEM ousa especialmente por enxergar a mudança não meramente como um elemento que parte da “vontade dos atores de mudar”, tirando de uma conotação individual a efetividade da mudança. Investiu-se em análises sobre relações de poder na escola médica, por exemplo, entre professores e estudantes, marcados por assimetria, dominação, violência simbólica, alienação e subjugação; levanta a necessidade de democracia interna no âmbito dos colegiados e espaços de decisão da escola médica; propõe que a avaliação do estudante não pode ter um caráter punitivo, e que é necessária uma abordagem mais construtivista e formativa para a avaliação do estudante, e que a escola também tinha que ser submetida a um processo de avaliação institucional que ajudassem a ajustes, melhorias, correções de rumos, trazendo parâmetros para o debate no interior de sua comunidade acadêmica; e também redefiniu a natureza do trabalho docente, visto que as influências externas do mercado levavam a se ter cada vez menos professores dedicados exclusivamente à universidade, ou implicados aos destinos da escola médica e seu movimento de aprimoramento, contribuindo assim para a queda de

qualidade do ensino. Elementos de ordem trabalhista e da própria discussão da estrutura das políticas de educação superior do país eram incorporados no debate⁷¹.

Diante de todos os avanços em sua formulação, possivelmente por isto que a quarta fase deste movimento não se efetivou. Cruz (2004)⁷² já trazia algumas análises que chamavam a atenção no âmbito dos atores internos da CINAEM, mesmo em seus momentos iniciais:

Esta forma de manipular os objetos está inscrita nas próprias forças constitutivas da comissão e o que vai sendo declarado são os consensos possíveis de serem ditos, que ocultam os não-ditos do jogo em questão. Nesse sentido, no campo da memória podemos recuperar que este tema foi muito bem detalhado por vários autores – Garcia, Andrade, Arouca, Donnangelo, Schraiber – cujas contribuições não aparecem no debate. Podemos arriscar algumas inferências que poderiam ser responsáveis pela interdição desses enunciados. Observando-se que os sujeitos presentes na comissão são na sua maioria médicos – alguns, não a maioria, já com uma tradição na discussão e implantação de reforma da escola médica a partir de suas experiências pioneiras nas décadas de 60 e 70 e alguns de 80 – que compreendem, a partir de seu habitus, os problemas da escola médica como problemas de ordem técnica, isolados dos demais problemas sociais e passíveis de soluções técnicas produzidas exclusivamente no âmbito das escolas médicas, percebemos uma incompatibilidade destes com os autores.

Cruz assim reforça que muitos dos atores envolvidos haviam participado de experiências anteriores. Que tinham o domínio da crítica a estes aspectos da mudança, e dos “valores preventivistas” e seus limites. Contudo, esta “interdição velada” de algumas discussões, ou momentos posteriores onde os enunciados da terceira fase da CINAEM começaram a ter seus significados distorcidos ou desviados,

⁷¹ CRUZ K. T. A Formação Médica no Discurso da CINAEM. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 204-304

⁷² CRUZ K. T. A Formação Médica no Discurso da CINAEM. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 215-218

no momento de se discutir a fase de implementação, mostra que na verdade os atores tinham pouca “disposição” para os enfrentamentos, rupturas de zonas de conforto ou alterações constitucionais, inclusive tendo que se deparar com seus pares, que envolveriam uma mudança na natureza e no *modus operandi* historicamente estabelecido na escola médica.

Concomitante à terceira fase da CINAEM temos o lançamento do Edital SESu/MEC nº 04, de dezembro de 1997, que convoca o conjunto das instituições de ensino, docentes, especialistas em educação médica, setor produtivo, etc, a contribuírem com a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Tal medida era imperativa do inciso II do artigo 53 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996), que em conjunto com a Lei n.º 9.131, de 24 de novembro de 1995, determinava atribuições para a condução destas ações pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE).

Importante que, apesar do período de 06 (seis) meses de prazo para contribuições, houve pressão e incidência por parte da CINAEM para que os prazos pudessem ser estendidos e pudessem ser incluídas suas contribuições. Neste sentido, a comissão conquistou a prorrogação do prazo, após intensa movimentação.

O edital lançado trazia o seguinte em relação ao perfil desejado do formando⁷³:

As Diretrizes Curriculares, devem possibilitar às IES definir diferentes perfis profissionais para cada área de conhecimento, garantindo uma flexibilidade de cursos e carreiras e promovendo a integração do ensino de graduação com a pós-graduação. Neste sentido, as IES devem contemplar no perfil de seus formandos as competências intelectuais que reflitam a heterogeneidade das demandas sociais em relação a profissionais de alto nível, consoante à inovação presente

⁷³ BRASIL. Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação. Edital SESu/MEC nº 04, de dezembro de 1997.

no inciso II do artigo 43 da LDB, que define como papel da educação superior o de “formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais

As diretrizes estabeleceram que os seguintes temas poderiam apresentar contribuições da sociedade civil: a) Competências e habilidades desejadas; b) Conteúdos curriculares; c) Duração dos cursos; d) Estruturação modular dos cursos; e) Estágios e atividades complementares; f) Conexão com a avaliação institucional.

Foram cerca de 1.200 contribuições recebidas, com propostas que foram analisadas por comissões de 38 especialistas⁷⁴. Neste sentido, definiram-se as seguintes competências gerais que marcam as DCN's de 2001, redigidas a partir da Resolução CES/CNE Nº 04, de 07 de novembro de 2001, que vão tratar também de competências e habilidades específicas, conteúdos gerais e estrutura dos cursos de medicina, e das competências gerais tratadas abaixo:

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

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

⁷⁴ BRASIL. Câmara de Educação Superior. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 583, de 04 de abril de 2001.

*III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;*

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

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

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

Analisando este texto constituído, percebemos a presença de elementos apontados tanto anteriormente pela Medicina Preventiva como aspectos da mudança na mirada clínica, o enfoque individual no sentido da mudança de práticas, o esquema evolutivo, a exposição à realidade de saúde a partir de aspectos que envolveram experiências de integração docente-assistencial, como a utilização de metodologias ativas de ensino serviço, a relação com a comunidade, a integração curricular e interdisciplinaridade, o enfoque nos determinantes de saúde e doença, o trabalho em equipe e aspectos apontados pelos setores mais críticos, sejam aqueles vinculados à Saúde Coletiva como pelo setor estudantil da CINAEM, como a questão da integração

do ensino médico com o SUS, tudo isto se faz presente na proposta, o que mostra o esforço de síntese que foi buscado nesta experiência.

Éfrem Maranhão, relator das DCN de 2001, junto à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE), em sua experiência como docente de uma instituição tradicional (UFRJ) e colaborador com a implementação de um curso que surge diante do novo paradigma formativo a partir dessa diretriz curricular colocada, na qualidade de professor visitante (UFV), ressalta que as DCN de 2001 estabeleceram um sentido vanguardista, para não dizer “revolucionário”, adotando um referencial kuhniano de um momento de transformação científico, considerando-se o contexto da educação médica brasileira.⁷⁵

Para ele, em texto desenvolvido em ocasião dos 10 anos de implementação dessas DCN, considerando-se – “i) *o fantástico ritmo de produção de conhecimento, onde a provisoriedade das verdades precisavam ser consideradas diante do ritmo de mudança no saber-fazer científico; ii – necessidade de se recompor a forma de se saber-fazer ciência no campo da saúde, com questões como a ética cuidadora/compassiva e da integralidade e interdisciplinaridade sendo consideradas; iii – que crescente autonomia dos usuários do sistema de saúde tem levado a uma reflexão sobre mudança no campo das práticas dos profissionais do setor saúde; iv – uma inevitável revisão da relação entre recursos de saúde/necessidades, diante das novas questões trazidas pela incorporação tecnológica e pela produção de novos conhecimentos; v – e a presença dos meios de comunicação e das novas tecnologias na construção/formatação do profissional de saúde neste começo do século XXI*” –

⁷⁵ MARANHÃO, E. A. GOMES, A.P. SIQUEIRA-BASTISTA R. O Que Mudou na Educação Médica A Partir Das Diretrizes Curriculares Nacionais: Sob o Olhar do Jano de Duas Faces In: STREIT, D. S. et al (org). Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012: 59-91

são reflexos destas novas condições laicas e pluralistas que marcam a estruturação do mundo e da sociedade atual.

Para ele, as DCN 2001 inovaram porque trouxeram:

- a) Uma clara caracterização de um perfil de egresso, onde o futuro médico deve ter uma formação “*generalista, humanista, crítica e reflexiva*”, tendo uma visão integral do processo saúde – doença, do cuidado, sendo um promotor integral da saúde do ser humano, considerando-se inclusive um senso de responsabilidade social para o exercício de tal perfil;
- b) Delimitação de competências e habilidades gerais e específicas que devem ser eixo comum da formação de todos os médicos no país, inclusive as competências gerais sendo as mesmas das DCN de outros cursos de graduação como Enfermagem e Nutrição;
- c) Uma clara tentativa de estabelecer alianças entre as ciências biomédicas, a clínica e a saúde coletiva;
- d) Determinaram o estabelecimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que “privilegiem” a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre conteúdos;
- e) Orientaram a formação pautada pela inseparabilidade entre prática e teoria, a partir do referencial da “aprendizagem significativa”, privilegiando a inserção do estudante desde o primeiro período em “atividades práticas”, permitindo a este vivenciar situações variadas na vida;
- f) Uma ênfase na formação dirigida para o SUS;
- g) A necessidade de uma formação humanista e inscrita nos princípios da ética e da bioética.

Contundo o autor trata que o tema das DCN 2001 tem que ser tratado como o deus latino do “Jano de Duas Faces⁷⁶”, onde devemos considerar um “olhar no passado”, observando o contexto de elaboração diretrizes já abordado neste trabalho, mas também um olhar para o futuro, marcado por muitas incertezas, onde apesar de “princípios bem definidos”, com diversas pesquisas demonstrando um esforço do maior conjunto das escolas médicas em reformulações curriculares, e tendo a presença de programas indutivos, para implementação das mudanças, por parte das autoridades dos Ministérios da Saúde e da Educação, como PROSAÚDE, PET-SAÚDE, Pró-Internato, entre outros, é importante considerar o fato das escolas de Medicina, como sendo um espaço socialmente estruturado tendo em seu âmbito principalmente os seguintes agentes sociais - estudantes e docentes –e que estas instituições inevitavelmente seguem princípios e normas próprias da profissão médica, o que nos faz refletir sobre como mudar a educação dos novos profissionais sem mudar o *habitus* já dignificado daqueles que se encontram em atuação? Ou seja, será possível mudar o perfil de estudantes sem mudar o perfil de professores e profissionais que atuam nesta área profissional, no caso a Medicina?

Assim ele reconhece que há mudanças em curso na escola médica, mas reforça, em sua análise, que todo o movimento que precedeu as DCN de 2001, no seu sentido mais autêntico, era de transformação do ensino médico. Neste sentido, ele alerta que no momento de transição paradigmática estabelecido pelas DCN, chamam a atenção os mecanismos existentes de acomodação do *ethos* anterior, tecendo assim críticas a aspectos dos mecanismos de avaliação de cursos, que

⁷⁶ Jano de Duas Faces é um deus, dentro da mitologia latina, relacionada à origem do universo. O criador do presente e do futuro. Um ser que representa o absoluto, o indecifrável, sempre apontando para o que foi e o que virá. Seu mistério traz temor frente ao destino, mas também a sabedoria e o sentido da criação das coisas, das pessoas e do universo. Ver em FAUSTINO R. A Origem do Universo em Ovídio. Revista Língua, Literatura e Ensino. Vol 4. Campinas, maio de 2009.

apesar do potencial estabelecido pelo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) de proporcionar que as escolas médicas não sejam recredenciadas *ad eternum* se não atenderem os requisitos nacionais estabelecidos, mas ao mesmo tempo a formatação da avaliação realizada especificamente para a graduação em Medicina não tem se alinhado perfeitamente com aquilo que está estabelecido pelas DCN.

Para o relator das DCN 2011, elementos como uma sobrevalorização do hospital como cenário de formação, cobranças rígidas de espaços instrumentais, como laboratórios e bibliotecas, tornam espaços com as especificações exigidas facilmente obsoletos e potencialmente fragmentadores das práticas de ensino. Estes e outros exemplos são características que tem predominado como foco dos modelos de avaliação em vigência, nessa sua análise. E que a partir deste tipo de orientação, se apresentam elementos de centralidade na execução da avaliação das escolas médicas. Assim ele propõe profundidade na discussão sobre o tema da avaliação, e suas implicações nas relações de poder e na indução do resultado final do modelo avaliativo que se tem numa escola médica.

Neste contexto de avaliações positivas, mas também de críticas e incertezas, que foram elaboradas as DCN 2014 para os cursos de Medicina, que terá sua construção tratada dentro do próximo tópico, que aborda a construção da Lei do Programa Mais Médicos, e sua proposta analisada no corpo da análise deste trabalho. Este processo se dá dentro de uma nova onda de reforma na educação médica do país que se colocou como uma das motivações legislativas na constituição do novo marco normativo.

Em síntese, é importante destacar os elementos que o próprio relator das DCN 2001 destaca como positivos guardam conexões e similaridades que vem sendo

preconizadas pela Medicina Preventiva desde o final da primeira metade do século XX, o que nos deixa algumas provocações importantes para a discussão a ser estabelecida ao final deste trabalho.

1.3 A Lei 12.871/2013, chamada de Lei do Mais Médicos, buscou atualizar a formação médica com o atual estágios das políticas de saúde e educação no Brasil.

Como já destacamos, mudanças na educação médica tiveram um salto importante, do ponto de vista de sua organização científica, a partir do Relatório Flexner, em 1910, voltado para discussão específica da educação médica, estando concatenado com esta proposta também os trabalhos de William Henry Welch, um famoso bacteriologista renomado do início do século XX, e de Wickliffe Rose, o presidente da Junta Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, que em 1912, sob delegação do Conselho Geral de Educação dos Estados Unidos, na época preocupado com a formação de pessoal para prestação de serviços de saúde pública, foi uma referência para a criação de escolas de saúde pública e higiene, não só nos Estados Unidos, mas por todo o mundo; e também com os trabalho de Josephine Goldmarck, que em 1923, financiada pela Fundação Rockefeller, estabeleceu as bases para a organização científica e baseada na profissionalização do ensino da Enfermagem, tendo como referencial a Universidade de Yale⁷⁷.

⁷⁷ Salud en el siglo 21: los nuevos desafios deben dar forma a la dirección de la formación. Revista RETS – Red Internacional de Educación de Técnicos em Salud. Año 3 Nº 9. Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Fundação Osvaldo Cruz. Ministério da Saúde. Ene/Feb/Mar 2011.

Este paradigma acima tem forte presença na formação profissional até hoje, mas sofreu mudanças a partir de necessidades concretas que países do mundo apresentaram, após a Segunda Guerra Mundial, conforme já discutido na introdução do trabalho.

Refletindo sobre as mudanças na educação em saúde desde o início do século XX, um conjunto de 18 especialistas em saúde do mundo todo, no ano de 2010, apresentaram importante revisão sistemática contextualizando a educação médica atual⁷⁸. Neste trabalho, estabeleceram um marco histórico em que houve 03 grandes ciclos de reformas nos modelos curriculares voltados à formação dos profissionais de saúde. Um primeiro ciclo foi estruturado no início do século XX, onde os Relatórios Flexner, Welch-Rose e Goldmarck foram as principais referências, estruturando aquilo que estes especialistas denominaram de **Ciclo da Aprendizagem de Currículo Baseado na Ciência**, onde instrucionalmente havia um currículo científico, e institucionalmente as universidades eram o epicentro de estruturação deste modelo de reforma. Este ciclo foi importante porque, além do que já descrevemos anteriormente, promoveu uma estandarização e profissionalização da formação em saúde e da docência para esta finalidade, fomentou a melhora da prática na área de saúde, fortaleceu o ensino ao nível de graduação, o compromisso e a vinculação das instituições de ensino com os serviços hospitalares, tornando-se assim referência mundial. Foi, ao longo da história posterior, alvo de críticas mal fundamentadas de intérpretes da mesma no mundo todo⁷⁹.

⁷⁸ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

⁷⁹ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

Um segundo ciclo se iniciou ao final da Segunda Guerra Mundial. Ele será um **Ciclo da Aprendizagem Baseada em Problemas**, que tem instrucionalmente a aprendizagem baseada em problemas como paradigma, e institucionalmente prezava pela diversificação das escolas médicas a partir de centros acadêmicos, ampliando o acesso para além dos núcleos das universidades, sendo estes os locais privilegiados para se estabelecerem esta mudança. Neste sentido, há uma gradação de mudanças, com as contribuições da Medicina Preventiva, as integrações entre áreas do ensino da clínica, ciência básica e ciências sociais nos anos de 1960, o ensino modular baseado em problemas nos anos de 1970, e a síntese deste movimento de mudança que foi estabelecido pela I Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo, em 1988, organizada pela Federação Mundial de Educação Médica com a contribuição de organismos internacionais como a OMS, UNICEF e Fundação Kellogs, que estabeleceu as seguintes diretrizes para a mudança na educação médica em todo o mundo⁸⁰⁸¹⁸²⁸³:

- I) Ampliar os cenários dos programas de Educação Médica incluindo os recursos da comunidade e não apenas dos hospitais.*
- II) Garantir um currículo que reflita as prioridades nacionais de saúde e a disponibilidade de recursos.*
- III) Garantir um estudo continuado proporcionando por ênfase em métodos ativos que estimulem o estudo autodirigido e independente e não apenas os métodos tutoriais.*
- IV) Construir um currículo e um sistema de avaliação que garantam aquisição para competência profissional e de valores sociais e não apenas o acúmulo e retenção de informações.*

⁸⁰ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

⁸¹ GUAL A. G., NÚÑEZ-CORTÉS J. M., PALÉS-ARGULLÓS J., ORIOL-BOSCH A. The Edinburgh Declaration, 25 years on! FEM; 16 (4): 186-189. Barcelona, 2013. In: www.fundacioneducacionmedica.org

⁸² WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION. Edinburgh Declaration. Edinburgh, Scotland. United Kingdom, 1988. In: <http://wfme.org/projects/wfme-publications/99-the-edinburgh-declaration/file>

⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Forty-Second World Health Assembly. Agenda item 18.2. Thirteenth plenary meeting. Geneva, 19 May 1989

V) *Treinar professores como educadores por excelência em Educação, tanto quanto, na área biomédica, em pesquisa e prática clínica.*

VI) *Instrução sobre o manejo do paciente com ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença.*

VII) *Integrar a teoria e a prática em Educação através da solução de problemas clínicos, tendo a comunidade como base de aprendizagem.*

VIII) *Selecionar e empregar métodos que avaliem no estudante, não apenas suas habilidades intelectuais de aquisição de conhecimento, mas também suas qualidades pessoais.*

IX) *Estimular e facilitar a cooperação com os Ministérios da Saúde e da Educação, com os serviços de saúde da comunidade e outras entidades sociais, com vistas à revisão, planejamento, desenvolvimento e controle de programas de saúde.*

X) *Garantir métodos de admissão e controle para número de ingressos de estudantes, que seja compatível com as reais necessidades nacionais de médicos.*

XI) *Estimular a oportunidade de cooperação em aprendizagem, pesquisa e trabalhos com outras profissões da área de saúde, como parte do treinamento em equipe.*

XII) *Esclarecer responsabilidades e alocar recursos para a Educação Médica continuada*

A comissão de 18 especialistas, que elaboraram esta categorização histórica, publicaram importante artigo na Revista *The Lancet*, em 2010 - vamos chamar este trabalho de “**Informe Frenk et al**⁸⁴”- que afirma que apesar das inegáveis contribuições dos ciclos anteriores, inclusive enaltecendo contribuições sinalizadas pela I e II Conferência de Edimburgo, respectivamente em 1988 e 1993. Mas apresenta diversas mudanças no mundo atual, que tem uma nova dinâmica

⁸⁴ Júlio Frenk é professor da Harvard School of Medicine. Importante autoridade na área de saúde pública mundial, liderou este grupo de 18 especialistas em educação médica, do mundo todo, que se intitulou “Comissão de Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI”. Publicaram artigo, em 2010, na Revista *The Lancet*, com o título: “Health Professional for a new century: transforming education to strengthen health system in a interdependent world”. Este artigo foi traduzido para diversos idiomas, inclusive para o espanhol, e a partir dele foram lançados debates em diversos países, em redes vinculadas à ONU como *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. Vem buscando se colocar como a alternativa paradigmática para a formação em saúde a nível mundial atual. Neste sentido, buscamos simplificar a apresentação deste material produzido pela comissão como “Relatório Frenk et al”, como forma de facilitar o entendimento histórico destes materiais fundamentais para compreensão da educação médica, assim como em outros tempos relatórios importantes foram denominados “Relatório Flexner”, “Relatório Goldmarck”, Relatório Welch-Sachs”.

estabelecida durante a passagem do século XX para o século XXI, o que traz implicações para a formação dos profissionais em saúde⁸⁵.

Ganham destaque temas que envolvem o aprofundamento da internacionalização da economia, das comunicações, da ciência e da circulação de saberes e de pessoas; a migração de força de trabalho médica; as assimetrias de aparelho formador entre os diversos países e da disponibilidade de profissionais de saúde em todo o mundo; as padronizações mundiais do ensino superior, com acordos supranacionais, a partir de referenciais como o Protocolo de Bolonha, no continente europeu, em vigência desde 1998⁸⁶; a incorporação de novas tecnologias na área da saúde e o aumento dos custos com saúde; surgimento de diversas ferramentas de tele-educação ao nível mundial; mudanças nos sistemas de saúde e na política de educação nos diversos países; a retomada de uma agenda mundial voltada à prioridade da atenção primária a partir inclusive de relatórios da Organização Mundial de Saúde sobre a importância de intervenção frente aos Determinantes Sociais de Saúde (2007)⁸⁷ e sobre a necessidade de Atenção Primária à Saúde Mais do Que Nunca (2008)⁸⁸; a necessidade de se requalificar o ensino da clínica; a pouca dedicação de docentes ao estudo voltado à educação e formação em saúde; a carência de lideranças na construção de mudanças na formação em saúde e o aprofundamento da tendência de especialização precoce dos futuros profissionais de

⁸⁵ SILVA, E. L. CUNHA, M. V., A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. *Ci. Inf.*, v. 31, n. 3, set./dez. Brasília, 2002. p. 77-82.

⁸⁶ ANTUNES, F. O Espaço Europeu de Ensino Superior para uma nova ordem educacional? In: PEREIRA, Elisabete M. A.; ALMEIDA, Maria Lourdes P. (orgs.). *Universidade contemporânea: políticas do Processo de Bolonha*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2009, p. 27-57.

⁸⁷ MARMOT M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 2005; 365: 1099–104.

⁸⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do que Nunca*. Relatório Mundial de Saúde. Genebra, Suíça, 2008.

saúde, com reflexos desde o momento de curso da graduação, especialmente na área médica⁸⁹.

Assim definem que é necessário se lançar a um terceiro ciclo de mudanças na educação médica, que seria o **Ciclo de Aprendizagem Baseado em Sistemas**, que teria como fundamento instrucional o currículo baseado em competências, onde institucionalmente a motriz desta mudança seriam as relações interdependentes entre sistemas de saúde e de educação.

Tal proposta reconhece a importância das construções históricas e científicas dos momentos anteriores, como por exemplo a construção de diretrizes gerais que criaram um parâmetro de referência para a estruturação da prática do ensino da área da saúde, com uma certa tendência à uniformização de padrões de qualidade mínimos que devem ser seguidos por todos. Contudo, afirma uma tendência de cada escola médica, a partir das necessidades específicas não só do sistema de saúde do seu país, mas da realidade social ao qual a escola médica se vincula, de estabelecer uma lógica de ensino que construa respostas a estes contextos.

Neste sentido, pelo potencial da escola médica em colaborar com as melhorias do sistema de saúde, é que o sistema de educação deve se interpenetrar com os sistemas de saúde para organizarem espécies de “**sistema de saúde-escola**”, onde as comunidades da formação, da atenção, das organizações sociais da população assistida estabelecem um diálogo permanente e co-responsável sobre o perfil profissional necessário para enfrentar os desafios do século XXI. Neste sentido, Patrícia J. García, professora da Universidade Cayetano Heredia, em Lima Perú, e

⁸⁹ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

membro da comissão, construiu o seguinte quadro que resume as considerações que o grupo traz para a agenda para a formação em saúde atual⁹⁰:

⁹⁰ GARCIA, P. J. et al. Profesionales de la Salud para el Nuevo Siglo: Transformando la Educación para Fortalecer los Sistemas de Salud en un Mundo Interdependiente. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 28(2). Lima, Perú, 2011: 337-41

Figura 1 - Propostas apresentadas pela Comissão de Especialistas (“Informe Frenk et al”, 2010)

Panel 9: reformas propuestas

Las reformas instructivas deberán incluir el rango completo desde la admisión hasta la graduación, para generar un cuerpo diverso de estudiantes con un currículo basado en competencias que, a través del uso creativo de las tecnologías de la información (TIC), prepara estudiantes para la realidades de trabajo en equipo, para desarrollar rutas flexibles de carrera que están basadas en el espíritu y los deberes de un nuevo profesionalismo.

1. Adopción de un currículo basado en competencias que responda a las rápidamente cambiantes necesidades en lugar de estar dominado por un trabajo estático de curso. Las competencias deberán ser adaptadas a contextos locales y determinados por los participantes nacionales, mientras se domina el conocimiento y experiencias globales. Simultáneamente, los presentes vacíos deberán ser llenados en el rango de competencias que se requiere para lidiar con los retos del siglo XXI comunes a todos los países—ej., la respuesta a las amenazas a la seguridad de salud global o el manejo de cada vez más complejos sistemas de salud.
2. Promoción de educación interprofesional y transprofesional que deribale los silos profesionales y a la vez realce las relaciones colaborativas y no jerárquicas en equipos efectivos. Junto con las habilidades técnicas específicas, la educación interprofesional se deberá enfocar en competencias genéricas contrapuestas, tales como las habilidades analíticas (para el uso efectivo tanto de la evidencia como de la deliberación ética en la toma de decisiones), liderazgo y capacidades de administración (para un eficiente manejo de los escasos recursos en condiciones de incertidumbre) y habilidades de comunicación (para la movilización de todos los participantes, incluyendo pacientes y poblaciones).
3. Explotación del poder de las TIC para aprender mediante el desarrollo de evidencia, capacidad para la recolección y análisis de data, simulación y exámenes, aprendizaje a distancia, conectividad colaborativa y manejo del crecimiento en conocimiento. Las universidades e instituciones similares tienen que hacer los ajustes necesarios para dominar las nuevas formas de un aprendizaje transformacional hecho posible por la revolución de las TIC, avanzando más allá de la tradicional tarea de transmitir información al más exigente rol de desarrollar las competencias para acceder, discriminar, analizar y utilizar el conocimiento. Más que nunca, estas instituciones tienen el deber de enseñar a los estudiantes como pensar creativamente para dominar grandes flujos de información en la búsqueda de soluciones.
4. Adaptar localmente pero manejar los recursos globalmente de un modo que confiera capacidad para enfrentar de manera flexible los retos locales mientras se utiliza el conocimiento global, la experiencia y los recursos compartidos, incluyendo los miembros de la facultad, el currículo, materiales didácticos y estudiantes enlazados internacionalmente mediante programas de intercambio.
5. Refuerzo de recursos educativos, ya que la facultad, sílabos, materiales didácticos e infraestructura son instrumentos necesarios para alcanzar competencias. Muchos países tienen graves déficits que requieren movilizar recursos, tanto financieros como didácticos, incluyendo el acceso abierto a jorales y materiales de enseñanza. El desarrollo de la facultad necesita especial atención mediante la creciente inversión en la educación de los educadores, rutas de carrera estables y gratificantes y una evaluación constructiva enlazada a incentivos por buen rendimiento.
6. Promover un nuevo profesionalismo que utilice competencias como el criterio objetivo para la clasificación de los profesionales de la salud, transformando los actuales silos convencionales. Un conjunto de actitudes, valores y conductas comunes se deberá desarrollar como la fundación para la preparación de una nueva generación de profesionales que complementen su aprendizaje de especialidades de experto son sus roles como agentes responsables del cambio, competentes administradores de recursos y promotores de políticas basadas en evidencia. Las reformas institucionales deberán estar en línea con los esfuerzos nacionales mediante la planificación conjunta, especialmente en los sectores de educación y salud, comprometer a todos los actores en el proceso de reforma, extender los ambientes de aprendizaje académico dentro de las comunidades, desarrollar redes globales colaborativas para el reforzamiento mutuo y el avance en la promoción de la cultura del cuestionamiento crítico y el razonamiento público.
7. El establecimiento de mecanismos de planificación conjunta en cada país para comprometer a los actores clave, especialmente ministros de educación y de salud, asociaciones profesionales y la comunidad académica, para superar la fragmentación mediante la evaluación de las condiciones nacionales, estableciendo prioridades, políticas de formación, seguimiento del cambio y armonizando el suministro y la demanda de profesionales de la salud que satisfagan las necesidades de salud de la población. En este proceso de planificación, especial atención se debe prestar al sexo y la geografía. A medida que la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo en salud se incrementa, se necesita presentar iguales oportunidades—ej., mediante acuerdos de trabajo más flexibles, rutas de carrera que acomoden descensos temporales, el apoyo a otros roles sociales de la mujer tales como la crianza de los niños y una posición activa contra cualquier forma de discriminación o subordinación sexual. Con respecto a la distribución geográfica, se deberá poner énfasis en el reclutamiento de estudiantes de áreas marginales, ofreciendo incentivos financieros y de carrera a los proveedores que atienden estas áreas y desplegando el poder de TI para facilitar el aislamiento profesional.
8. La expansión de centros académicos a sistemas académicos, extendiendo el tradicional continuo de descubrimiento-cuidado-educación en las escuelas y hospitales hacia ubicaciones de atención primaria y comunidades, reforzada mediante la colaboración externa como parte de sistemas de educación profesional de mejor respuesta y dinámica.
9. Enlazar mediante redes, alianzas y consorcios entre instituciones educativas a nivel mundial y a través de todos los actores, tales como los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, los negocios y los medios. En vista de la escasez de miembros de la facultad y otras limitaciones de recursos, cada país en desarrollo tiene pocas probabilidades de entrenar por sí sola el completo complemento de profesionales de la salud que se requiere. Por lo tanto, se necesita establecer un consorcio regional y global como parte del diseño institucional en el siglo XXI, aprovechando las tecnologías de información y comunicación. La meta es superar las limitaciones de las instituciones individuales y expandir los recursos en el conocimiento, información y solidaridad para las misiones compartidas. Estas relaciones deberían estar basadas en los principios de compartir equitativamente los recursos sin explotación y sin paternalismos para generar el mutuo beneficio y responsabilidad.
10. Alimentar una cultura de cuestionamiento crítico como función central de las universidades y otras instituciones de enseñanza superior, lo cual es crucial para movilizar el conocimiento científico, la deliberación ética y el razonamiento y debate público para generar una progresista transformación social.

É importante destacar que vários temas abordados pelo “Informe Frenk et al” também foram discutidos em diversos espaços de articulação multilateral mundial. Em

maio de 2010, na 63ª Assembléia Mundial de Saúde, da OMS, foi aprovado o **Código Mundial de Práticas de Saúde da OMS sobre Contratação Internacional de Pessoal de Saúde**⁹¹, que vai tratar de temas delicados, como critérios para a mobilidade de força de trabalho, especialmente médicos, entre países, preconizando que a ida de profissionais de países pobres para ricos não acentue a escassez de trabalhadores da saúde no primeiro grupo de países. Ele vai se referenciar no que já vinha sendo preconizado pelo 1º Fórum de Recursos Humanos da OMS, que na Declaração de Kampala já havia se posicionado da mesma forma sobre o tema, assim como dois comunicados do G-8, em 2008 e 2009, sobre o tema; além do Livro Verde, lançado por Comissão Europeia que vinha também discutindo esta questão, em 2008⁹².

Situando-se historicamente percebemos que as principais iniciativas que marcaram a educação médica brasileira nos anos de 1990 e nos anos 2000 (Projeto UNI, CINAEM e construção das DCN 2001) se deram no contexto da segunda geração de reformas na educação médica. Percebemos também, em análise anterior, que a efetividades das DCN 2001, 10 anos após sua implementação, já era alvo de alguns questionamentos, somados a mudanças, tanto no âmbito mundial no campo da educação médica e no ensino dos profissionais de saúde, que serão sinalizados no âmbito da construção de nova legislação brasileira para a educação médica do país – a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, mais conhecida como Lei do Mais Médicos – que buscou no âmbito do seu texto dar importante ênfase na atualização das políticas

⁹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Código de Práticas Mundial de la OMS Sobre Contratación Internacional de Personal de Salud. Resolución WHA63.16. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suíça, 21 de mayo de 2010.

⁹² ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Código de Práticas para a Contratação Internacional de Profissionais de Saúde: Documento da OMS para Discussão. 49º Conselho Diretor. 61ª Sessão do Comitê Regional. Washington DC, EUA, 10 de julho de 2009.

voltadas à educação médica no país, em sintonia com o terceiro ciclo de mudanças preconizado internacionalmente.

Abaixo, segue figura a partir do Informe Frenk et al, que contribui para o entendimento dos ciclos de mudança na formação em saúde a partir do início do século XX⁹³

Figura 2 - Três Gerações de Reformas na Formação em Saúde (Frenk et al, 2010)

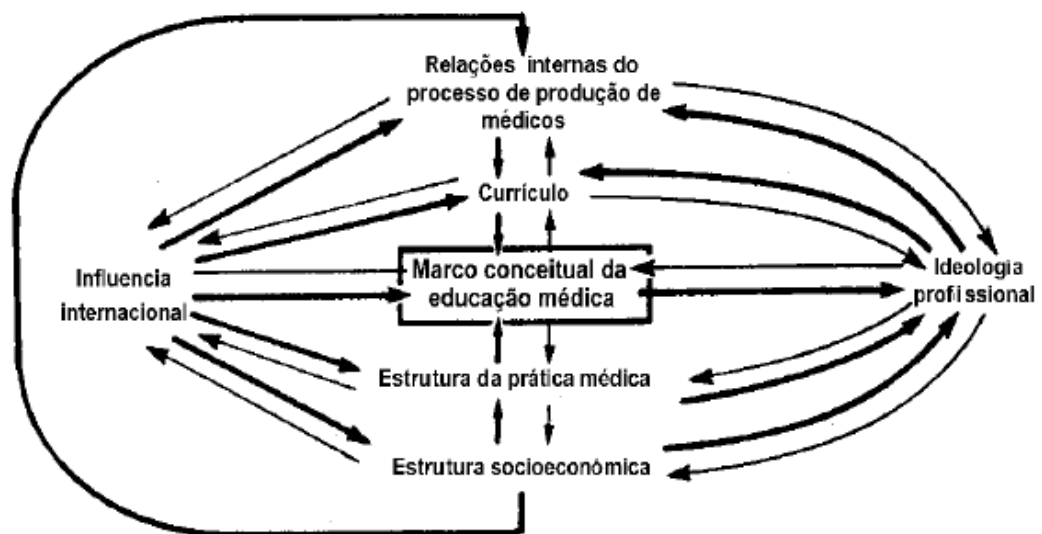


Jorge Andrade, importante sanitaria, educador médico que buscava a interface entre a discussão da nascente Saúde Coletiva do final dos anos 70 e o campo da educação médica, seguidor da “linha” de Juan César Garcia, e que foi inclusive também consultor da OPAS naquele momento histórico, estruturou discussão onde caracterizava que as mudanças na educação médica **sempre se davam dentro de um contexto de relações externas, que marcavam estes**

⁹³ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

processos nos países dependentes. Para ilustrar esta formulação, ele elaborou o seguinte esquema conceitual⁹⁴

Figura 3 - Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes (Andrade, 1979)⁹⁵



Nota: as linhas mais grossas assinalam a direção da influência dominante.

Neste sentido, reforçamos que a influência internacional é elemento importante para o desencadeamento de mudanças nos vários ciclos. Foi assim no primeiro ciclo, com forte presença da Fundação Carnnegie, da Fundação Rockefeller, foi assim no segundo ciclo com presença importante da OPAS e da Fundação Kellogs para os países da América Latina. O Informe Frenk et al provoca a necessidade de uma rede interinstitucional que possa mobilizar atores e recursos, constituir novas lideranças e induzir os processos de mudança. Neste sentido, além de reforçar a presença de

⁹⁴ ALMEIDA M J. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. Debates. Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação. V.04. p.126. Botucatu, fevereiro, 1997.

⁹⁵ ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica en la America Latina. Washington: OPAS, 1979.

fundações internacionais (Rockefeller, Kellogs, Carnegie, Milbank, FAIMER, etc), retoma a possibilidade de se construir compromissos com autoridades nacionais e instâncias de governos nas áreas da saúde e da educação, que precisam se envolver sinergicamente, associações voltadas ao ensino da saúde como a Federação Mundial de Educação Médica (WFME), a Federação Panamericana de Escolas de Medicina (FEPAFEM); e instâncias e mecanismos da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde os propositores do último informe ressaltam espaços constituídos para se construir redes entre atores, instituições, governos e a *intelligentsia* dos organismos internacionais, como o *Network –Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*⁹⁶.

Esta rede, existente desde 1979 e ligada à OMS, foi formada a partir do encontro de Kingston, na Jamaica, onde autoridades e referências tanto do *Health Manpower Development Program* da OMS/Genebra e do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Washington, baseando-se em antecedentes como: a) a meta de “saúde para todos no ano 2000” decidida na Assembléia Mundial de Saúde, de 1977; **b) a Conferência de Alma-Ata, que elegeu a Atenção Primária como estratégia para se alcançar esta meta e definiu que a mesma tem papel-chave para a formação dos profissionais de saúde**, c) a existência naquela época de diversas experiências em curso, por iniciativas nacionais ou indução internacional, que demandavam um espaço de trocas, que tem até hoje o Network como referência para sua disseminação⁹⁷. Assim, para estes pesquisadores,

⁹⁶ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

⁹⁷ LAMPERT, J.B. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009: 135-140

o Network tem um trabalho consolidado e uma capacidade de atrair um conjunto de lideranças e figuras destacadas que podem dar densidade à construção proposta⁹⁸.

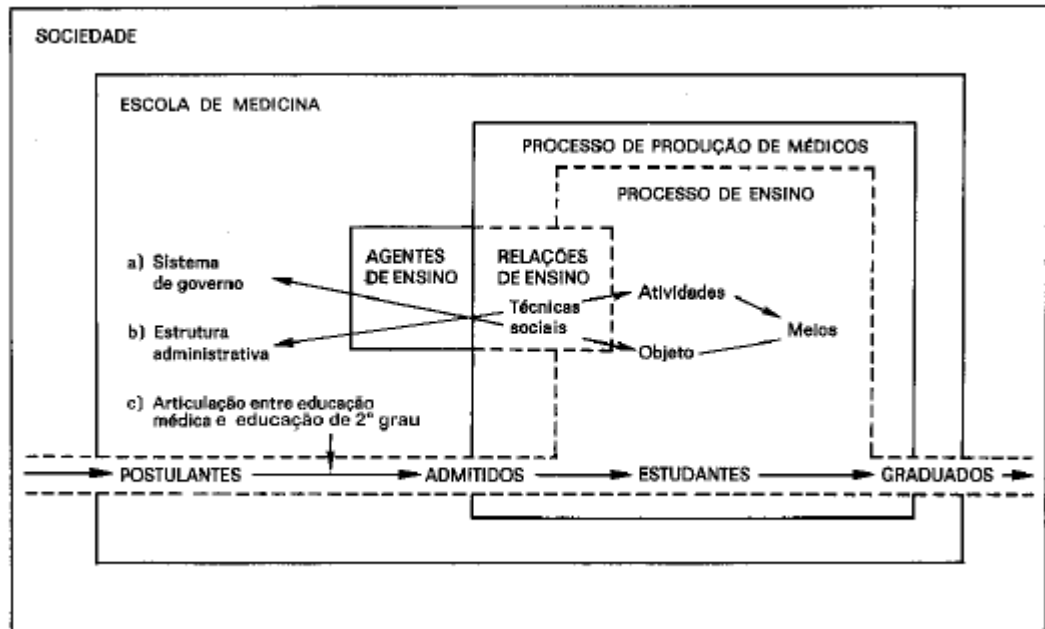
Segundo o diagrama proposto por Andrade, as questões da ideologia profissional são fundamentais para a compreensão de um processo de mudança em curso no campo da educação médica, juntamente com questões que envolvem a estrutura sócio-econômica, estrutura da prática médica, e as relações internas do processo de formação de médicos. Iremos retomar este tema mais a frente, no momento de discussão da análise desta pesquisa.

Também o professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Everardo Dias, sanitarista que compartilhou de diversas reflexões junto com Juan César García nos anos de 1970, construiu o seguinte esquema teórico, que contribui para compreender as relações das instituições de governo, dos setores saúde e educação, para compreender dinâmica parecida com o que foi proposto por Andrade, mas dentro de uma outra perspectiva, inclusive dando ênfase aos mecanismos de acesso ao ensino superior na Medicina⁹⁹

⁹⁸ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010.

⁹⁹ NUNES, E.D., Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

Figura 4 - Esquema teórico de um modelo para a educação médica (Nunes, 1989)



Neste sentido, tanto aspectos da sociedade, como os reflexos das mudanças nos sistemas de governo que tem implicação com a escola médica precisam ser compreendidos para o entendimento do que vem ocorrendo, especialmente a partir de 2013, para compreendermos o surgimento do Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos tem uma clara relação com a organização da nova Política Nacional de Atenção Básica do país, publicada no ano de 2011. Tal medida acompanhou o movimento de regulamentação da Lei 8080/1990, que é a Lei Orgânica da Saúde do país, importante instrumento normativo infra Constituição Federal de 1988, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011.

O Brasil teve diversas políticas distintas voltadas à atenção primária ao longo do tempo. Algumas delas listamos abaixo¹⁰⁰:

- a) Os centros de saúde escola – anos de 1920;
- b) O modelo da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – anos de 1940;
- c) Os centros de saúde estaduais – anos de 1960;
- d) O modelo da medicina simplificada – anos de 1970;
- e) As ações integradas de saúde dos anos de 1980;
- f) A municipalização da APS a partir do início dos anos de 1990;
- g) O modelo de atenção básica a saúde de 1993 até o presente, com centralidade na implantação do Saúde da Família, de 1994 até os dias atuais.

A Estratégia Saúde da Família é a iniciativa que conseguiu avançar no sentido da maior dispersão e cobertura territorial e populacional no país, em comparação com os outros ciclos, garantindo um quantitativo que ultrapassa mais de 30 mil equipes já no início da década de 2010.

Esta estratégia foi claramente priorizada na estruturação da primeira Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, que acompanhou o marco de regulação interfederativo daquele período que foram os Pactos Pela Saúde. Com a edificação do Decreto Presidencial nº 7508/2011, estabeleceu-se uma nova modelagem para a Organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo destaque o novo modelo de regiões de saúde, a definição das portas de entrada para o sistema de saúde, tendo

¹⁰⁰ MELLO, G. A. Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010

a Atenção Básica como ponto de atenção principal para esta finalidade, de forma compartilhada com serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial e os especiais de atenção à saúde, a ênfase nas redes temáticas de Urgência e Emergência, Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Cuidados aos Portadores de Doenças Crônicas, Cuidados a Pessoas com Deficiência, Saúde Materno-Infantil (Rede Cegonha), Saúde do Trabalhador.

Todas estas redes devem ter o desenvolvimento de sistemas de apoio e sistemas logísticos para sua organização e sustentabilidade, e a atenção primária é elemento transversal a todas estas redes temáticas, sendo assim importante locus de organização da comunicação entre os diversos serviços de saúde para a construção de linhas de cuidado ao paciente, estabelecendo uma lógica de superação de uma rede de saúde fragmentada e rigidamente hierarquizada, para uma rede de atenção à saúde poliárquica e horizontal¹⁰¹¹⁰². A PNAB 2011, diferente da de 2006, garante mecanismos claros de transição de “formas tradicionais” de atenção primária para a conversão ao modelo da Estratégia Saúde da Família, induzindo inclusive com incentivos financeiros disponíveis, a partir do PAB variável, para que os gestores municipais possam assumir a priorização da Estratégia Saúde da Família na organização de seus serviços de porta de entrada para o SUS.

Assim, o tema da importância da atenção primária ao ensino, claramente focado a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, ganha ainda maior visibilidade e importância, no contexto nacional, além das recomendações no cenário internacional. Estamos assim diante de uma demanda concreta, a partir das políticas

¹⁰¹ BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, pt1

¹⁰² MENDES, E. V., As redes de atenção à saúde. Brasília, DF. OPAS, 2011.

públicas de saúde, para a reorganização do modelo de atenção, considerando os contextos atuais e a organização do Sistema Único de Saúde do país.

Também, nesta perspectiva, importantes mudanças ocorreram nas políticas de educação superior no Brasil. Seguindo tendência já presente nos anos de 1990, houve uma expansão importante, especialmente a partir de 2003, em vagas na educação superior como um todo, com franco predomínio das vagas em cursos privados, que ultrapassam 70% do número total de matrículas, em detrimento das vagas do setor público, que ficam em torno de 30%. Ao mesmo tempo, a partir de políticas como o Programa de Reestruturação das Instituições Federais de Educação Superior (REUNI), houve um crescimento importante das universidades federais, que se expandiram, modernizaram, ampliaram corpo docente e discente e abriram um importante movimento de interiorização, com a expansão de campi fora de sede.

Esta política de expansão e modernização, vem acompanhada de outras políticas que foram lançadas, melhoradas ou ampliadas neste período de 2003 a 2015, como a Lei 12.711/2012, intitulada Lei de Cotas, que garante 50% de vagas das universidades federais progressivamente para estudantes oriundos de escolas públicas, bem como aplica recorte étnico-racial como critério de ingresso, construindo medidas de equidade especialmente para negros e indígenas; o lançamento do Programa Universidade Para Todos (PROUNI), que garante bolsas total ou parcial para estudantes de baixa renda em instituições privadas de educação superior, mediante mecanismos de compensação fiscal às mantenedoras da educação superior, e o Fundo de Financiamento ao Estudante da Educação Superior (FIES), que promove a possibilidade de financiamento total e parcial a estudantes da educação superior mediante padrão de juros menores, com características de

abatimento de longo prazo da dívida, e com critérios de equidade com prioridade de consignação àqueles que têm menor padrão de renda familiar.

Essas políticas em conjunto garantiram uma maior diversificação social, étnico-racial e de gênero no acesso à educação superior, proporcionando que pobres, negros, índios, mulheres, camponeses e setores derivados tanto das classes trabalhadoras tradicionais, mas também dos setores médios em ascensão, pudessem ter a oportunidade a uma estrutura que era quase inalcançável, do ponto de vista de escala, em outros tempos¹⁰³¹⁰⁴¹⁰⁵.

Em 2014 foi aprovado o novo Plano Nacional de Educação, que estará em vigência do período de 2014 a 2024. São 20 metas previstas para todos os níveis da educação brasileira – básico (fundamental e médio), tecnológico e superior. Para o nível superior, algumas metas deixam claro a continuidade do processo de inclusão na educação superior¹⁰⁶:

Meta 12: elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% (cinquenta por cento) e a taxa líquida para 33% (trinta e três por cento) da população de 18 (dezoito) a 24 (vinte e quatro) anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, 40% (quarenta por cento) das novas matrículas, no segmento público.

Meta 13: elevar a qualidade da educação superior e ampliar a proporção de mestres e doutores do corpo docente em efetivo exercício no conjunto do sistema de educação superior para 75% (setenta e cinco por cento), sendo, do total, no mínimo, 35% (trinta e cinco por cento) doutores.

¹⁰³ BRASIL. A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Brasília, 2014.

¹⁰⁴ FLACSO. Vinte e Um Anos de Educação Superior: Expansão e Democratização. Grupo Estratégico de Análise da Educação Superior no Brasil. Cadernos do GEA/UERJ, n. 3, jan.-jun. Rio de Janeiro, 2013

¹⁰⁵ PAULA M.F.C., Desigualdades e Políticas de Inclusão na Educação Superior no Brasil e na Argentina: limites, possibilidades e desafios. Revista Aleph, ano VI - Número 18. UFF. Rio de Janeiro, dez 2012. ISSN 1807-6211

¹⁰⁶ BRASIL. Planejando a Próxima Década Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação. Ministério da Educação. Brasília, 2014.

Meta 14: elevar gradualmente o número de matrículas na pós-graduação stricto sensu, de modo a atingir a titulação anual de 60.000 (sessenta mil) mestres e 25.000 (vinte e cinco mil) doutores.

Neste sentido, o ensino médico, por questões históricas e culturais, sempre foi colocada como “algo à parte” nesta composição da educação superior. Diante de suas características, figurando como a categoria de cursos dentre os mais antigos do país, seu mercado de trabalho atrativo e com demanda por alta qualificação técnica, grande concorrência ao acesso, os cursos de Medicina funcionaram historicamente como mecanismo de reprodução de privilégios culturais dos setores mais abastados da sociedade e das camadas médias tradicionais do país ao longo de sua história¹⁰⁷, apesar das estórias pessoais de ascensão social e incorporação de “talentos dos de baixo” presentes também como gratas exceções ao longo do tempo. Também do ponto de vista da relação entre matrículas privadas e públicas na educação superior, na Medicina tinha, até o ano de 2013, algo próximo de 60% em instituições privadas e algo em torno de 40% em públicas, o que mostram características do setor distintas da composição em outros cursos e do padrão nacional da educação superior¹⁰⁸.

Ao longo deste último período descrito acima, o aumento do número de cursos e de vagas foi expressivo em cursos de Medicina, contudo com uma presença de jovens provenientes das classes C, D e E bem aquém do padrão geral nacional. No caso da Medicina, as classes C, D e E configuravam somente algo em torno de 30%

¹⁰⁷ CORADINI, O. L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a crise da medicina no Rio Grande do Sul'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2): 265-286 jul.-out. Rio de Janeiro, 1997

¹⁰⁸ TEMPSKI, P.Z. MARTINS M.A. et al. *Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras Relatório II.* Ministério da Saúde. PROADI. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio2_final.pdf

dos estudantes matriculados, mesmo com esta expansão. Em diversos outros cursos, algo em torno de 70% de jovens já eram destas classes na educação superior. As diferenças de recorte étnico-racial também são evidentemente diferentes na Medicina em relação aos outros cursos, inclusive dos da área da saúde. Ou seja, podemos concluir que mesmo com as mudanças apresentadas, o processo de inclusão social nos cursos de Medicina foi bem inferior, mas presente. Ou seja, ainda estão ainda entre os curso de maior renda e mais brancos¹⁰⁹.

Também, no campo da avaliação da educação superior, estabeleceram-se importantes mudanças a partir de 2004, a partir da criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Este sistema, baseado em três grandes dimensões: auto-avaliação, avaliação externa, e avaliação do estudante, construiu as bases para uma política de acompanhamento mais sistemática da formação no ensino superior¹¹⁰. Os cursos de Medicina iniciaram seu primeiro ciclo avaliativo no âmbito do SINAES no ano de 2007. Neste sentido, o processo ainda é recente, e alguns autores, como Éfrem Maranhão manifestaram que havia elementos na avaliação externa dos cursos que não levava em consideração o que estava sendo preconizado pelas DCN dos cursos. Inclusive alerta em sua avaliação que vários indicadores tinham um efeito contraproducente frente ao que é preconizado pelas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina¹¹¹.

¹⁰⁹ RISTOFF, D. O Novo Perfil do Campus Brasileiro: Uma Análise do Perfil Socioeconômico do Estudante de Graduação. Revista Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 19, n. 3, p. 723-747, nov. 2014

¹¹⁰ GRIBOSKI C.M., FUNGHETTO S. S. O Sinaes e a qualidade da educação. Revista Retratos da Escola, v. 7, n. 12, p. 49-63, jan./jun. Brasília, 2013. Disponível em: www.esforce.org.br

¹¹¹ MARANHÃO, E. A. GOMES, A.P. SIQUEIRA-BASTISTA R. O Que Mudou na Educação Médica a partir Das Diretrizes Curriculares Nacionais: Sob o Olhar do Jano de Duas Faces In: STREIT, D. S. et al (org). Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012: 59-91

Levando-se em consideração os desafios para melhorias e avanços na atenção primária prevista pela PNAB 2011, temos os seguintes apontamentos que chamam a atenção¹¹²:

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade.

Neste sentido, desde a posse do ministro Alexandre Padilha, em 2011, os temas relacionados à gestão do trabalho e da educação em saúde, ganharam um importante destaque a partir de algumas políticas-chave para experimentar a mudança em curso a partir do Programa Mais Médicos, no campo da gestão do

¹¹² BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, pt1

trabalho, da educação na saúde e da reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica¹¹³¹¹⁴¹¹⁵.

É importante destacar que a conjuntura favorável à implementação do Mais Médicos, além de elementos gerais da política que discutiremos daqui a pouco, tem também um fenômeno de acumulação técnica e política de atores-chaves que estiveram no “lugar certo, na hora certa”, para que a proposta fosse efetiva. Dentre estes, foram elementos importantes uma série de jovens professores de universidades públicas ou preceptores de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade que estiveram em posições intermediárias no aparato da administração federal, a maior parte do movimento estudantil de Medicina e da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).¹¹⁶

O Ministério da Saúde vinha se reunindo com as representações de prefeitos e secretários municipais desde 2011, buscando soluções para o problema do provimento de médicos para o país, especialmente nos municípios de pequeno porte, fronteiras, áreas remotas, áreas indígenas, localidades em municípios de grande e médio porte com baixo IDH e áreas de vulnerabilidade social em grandes centros

¹¹³ CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Entrevista com Alexandre Padilha. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/5/entrevista-com-ministro-alexandre-padilha.html>

¹¹⁴ BRASIL. Discurso de Posse do Ministro Alexandre Padilha. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/100-ministro/9015-integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo-em-03-de-janeiro-de-2011-em-brasilia-df>

¹¹⁵ BRASIL. Em cerimônia de despedida, Padilha destaca avanços na atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1860

¹¹⁶ Dentro da discussão sobre políticas públicas, existem modelos explicativos para formulação de políticas públicas. Um deles é o **modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon**, que coloca que dentro de condições históricas peculiares, “janelas de oportunidades” combinadas com a presença de atores-chaves e de legitimidade social que proporciona que determinadas propostas se estruturam, considerando contextos de alta rotatividade no cenário político e da gestão. Os “problems”, “policies” e “politics” se confluem para possibilitar o êxito das ações propostas. In: Gottens L.B.D., Pires M.R.G.M., Calmon P.C.D.P., Alves E.D. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. Revista Saúde Soc., v.22, n.2, São Paulo, 2013. p.511-52.

urbanos. Nos estudos que vinham sendo relacionados, observou-se que a relação de médicos por mil habitantes no Brasil estava bastante aquém de outros países da América Latina limítrofes e também de outros países que tinham sistemas públicos e universais de saúde mundo afora.

Esses chegaram a uma conclusão que o Brasil tinha uma política bastante restritiva para a incorporação de médicos formados no exterior; que o aparelho formador estava desarticulado e pouco envolvido com as mudanças em curso com a diversificação das redes de atenção e novo papel previsto para a atenção primária nesta nova organização do acesso à saúde com qualidade, no âmbito do marco do Decreto Presidencial 7508/2011; que havia uma expansão de empregos públicos e privados no setor saúde, que o aparelho formador não era capaz de gerar respostas na progressão do “passivo de necessidades acumuladas”; e que a residência médica, apesar de um importante fator de fixação, estava concentrada nos grandes e médios centros, com pouca capilaridade aos municípios pequenos, e proporcionando a formação de especialistas médicos sem nenhum tipo de planejamento em conjunto com o sistema de saúde, sobre o provisionamento e qual a necessidade de especialistas para fortalecimento do mundo do trabalho em saúde¹¹⁷.

A partir de movimento tendo como base a Frente Nacional de Prefeitos, especialmente com os subsídios dados pelo Conselho Municipal de Secretários de Saúde (CONASEMS) - que foi e continua sendo ator institucional fundamental para a implementação e manutenção do programa - é que no primeiro semestre de 2013 este movimento, já “nas franjas” das chamadas Jornadas de Julho¹¹⁸, intitulou-se de “Cadê o Médico” e iniciou grande pressão nos espaços institucionais, especialmente junto ao

¹¹⁷ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

¹¹⁸ ANTUNES R., BRAGA R. Os Dias que Abalaram o Brasil: as rebeliões de Juno, julho de 2013. R. Pol. Públ., Número Especial, p. 41-47, São Luís, julho de 2014.

Congresso Nacional, marcando que a pauta da escassez de médicos como um dos temas principais da Marcha dos Prefeitos ocorrida naquele ano¹¹⁹.

Assim percebemos que o Mais Médicos mobiliza acúmulos de um processo histórico anterior, especialmente aquele vinculado à CINAEM, e se coloca dentro de um momento específico de ressignificação da atenção primária à saúde no Brasil.

O programa foi alavancado após a vivência do potencial e dos limites de algumas experiências já em curso a partir da nova Política Nacional de Atenção Básica, de 2011, que foram: a) O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) - 2011, b) Os incentivos do FIES para médicos egressos que vislumbrem o trabalho na atenção primária - 2013; c) a publicação da nova PNAB e os Programas de Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ) e Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) - 2012, sendo precipitado seu lançamento por um contexto sócio-político específico ocorrido no ano de 2013, que foram as chamadas Jornadas de Junho e Julho daquele ano¹²⁰.

O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) foi criado no ano de 2011. Garantiu que médicos, enfermeiros e dentistas formados no Brasil, pudessem atuar na atenção primária em locais com dificuldade de provimento de profissionais, mediante atividades de integração ensino-serviço acompanhadas por instituições supervisoras (universidades públicas ou comunitárias e escolas de saúde pública), com coordenadores da instituição e supervisores numa proporção de no máximo 10 participantes para um supervisor. O estímulo para o PROVAB era o pagamento de bolsas diretamente pelo Ministério da Saúde (o que retira do médico a relação direta com o gestor municipal para remuneração) e bonificação de 10% para aqueles

¹¹⁹ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

¹²⁰ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

aprendizes que cumprirem período de 01 (um) ano de atuação no programa, sendo o participante avaliado por gestores municipais, supervisores e pelas instituições formadoras para garantia de sua aprovação ou não. São destinadas para o participante carga horária de no mínimo 04 (quatro) horas semanais para desenvolverem atividades vinculadas à especialização lato sensu oferecida pela Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a partir de ferramentas de ensino à distância¹²¹.

O PROVAB, no seu maior formato, alcançou a oferta de vagas alcançou algo em torno de 3.000 para todo o país, onde as áreas mais remotas não conseguiam captar profissionais adequadamente, e proporcionou um modelo que foi replicado em maior dimensão com o Programa Mais Médicos, onde o Governo Federal assumia maiores responsabilidades no provimento de profissionais, mediante metodologia de editais, e pactuava uma nova estrutura de governança onde municípios, estados e governo federal discutiam regionalmente a gestão objetiva da política permanentemente.

Os incentivos do FIES para trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são normatizados pela Portaria Normativa MEC Nº. 7, de 26 de Abril de 2013, e por alteração na lei do FIES (Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001) que garantiu o abatimento de 1% ao mês para os egressos de cursos de Medicina que trabalhem em serviços de atenção primária - ESF. Esta proposta mostrou o potencial de oferta de vagas em cursos de Medicina a partir de cursos privados, por já serem naquele momento o maior provedor de profissionais de saúde do país, e que as regras de financiamento tinham grande potencial de moldar o “perfil de entrega” quanto a

¹²¹ WEILLER T.H.; SCHIMITH M.D. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *Journal of Nursing and Health*; ;3(2):145-46. Pelotas, 2014.

quantidade como em qualidade para a formação médica que se almejava para atender as necessidades do SUS¹²².

Já os programas PMAQ e Requalifica-UBS foram propostas que garantiam *plus* de investimento do Ministério da Saúde, mediante PAB variável, para melhoria de unidades básicas de saúde nos municípios, e dos processos de cuidado por parte de equipes da Estratégia Saúde da Família¹²³. Observou-se que a questão infra-estrutura também era elemento decisivo para a garantia de aumento da resolutividade das equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como de reconquistar a confiança e a credibilidade da população com os serviços dentro desse modelo.

Tais experiências mostraram que o papel indutivo executado pelo Ministério da Saúde poderia garantir novas condições para o desenvolvimento da atenção básica:

- 1) um novo tipo de pactuação com municípios, onde estes apontam para o MS um mapa de necessidades, amparadas em parâmetros que mapeiam as áreas como maiores iniquidades de acesso, e assim se constrói uma outra lógica distributiva entre municípios e o Governo Federal, assumindo o MS algumas atribuições antes imputadas exclusivamente aos gestores locais;
- 2) um potencial de parceria com instituições de ensino superior, seja para a gestão acadêmica e do processo de aprendizado em estratégias de integração ensino-serviço, tendo destaque aí as universidades públicas; seja aproveitando a expansão do aparelho formador privado, criando efeito sinérgico com políticas de inclusão da educação superior, como o FIES;
- 3) que a melhoria da infra-estrutura das UBS e possibilidades de remuneração por

¹²² BRASIL. A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Brasília, 2014.

¹²³ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

desempenho traziam efeitos indutivos importantes para enfrentar uma certa deslegitimação da Estratégia Saúde da Família pela população¹²⁴.

Contudo, os impactos destas políticas era bastante limitado, mediante não terem a abrangência e a dimensão de escala necessário a enfrentar toda a abrangência do problema a nível nacional. Era necessário política de maior impacto. Isto vinha sendo construído paulatinamente no diálogo entre Governo Federal e gestores municipais de saúde. E neste sentido alguns elementos conjunturais do ano de 2013 aceleraram esta conjuntura¹²⁵.

Jornadas de Junho-Julho de 2013¹²⁶ foram um dos nomes dados ao momento da história de rebeliões em diversos locais do país, onde inquietações sociais, canalizadas especialmente por setores da juventude, vieram à tona com um conjunto de reivindicações, dentre elas as questões de envolviam a garantia do direito à saúde da população. Neste sentido, um conjunto de propostas que vinham sendo elaboradas foram colocadas à prova da realidade, sendo emblemático o lançamento da Medida Provisória nº 621/2013, em julho daquele ano, em meio às manifestações, criando o Programa Mais Médicos¹²⁷.

Esta política dividiu a opinião pública, dentre por um lado o lançamento de uma proposta concreta, de enfrentamento ao problema palpável e crítico que atingia especialmente os estratos mais vulneráveis socialmente da população, ou seja, uma pauta de grande aceitação social, e a intensa propaganda contra o governo, capitaneada pelo setor corporativo da categoria médica que se colocou frontalmente

¹²⁴ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

¹²⁵ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

¹²⁶ BRAGA, R. As jornadas de junho no Brasil: Crônica de um mês inesquecível. OSAL Observatorio Social de América Latina Año XIV Nº 34. CLACSO. Cidade do México, Nov 2013: 51-61.

¹²⁷ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64

contrário à proposta¹²⁸. O governo adotou a estratégia de rápida implementação do programa, com o intuito de trazer com maior brevidade os benefícios das ações de provimento emergencial da população, e expandir sua base social de apoio não só a prefeitos e secretários municipais de saúde, mas ganhando os setores populares frente à proposta, especialmente nas áreas onde a escassez de médicos era maior. A parceria com a Organização Panamericana de Saúde, e com o governo cubano foi determinante para a garantia destas primeiras ações¹²⁹.

Neste sentido, o debate sobre o Programa Mais Médicos foi bastante acalorado durante o período entre julho a outubro de 2013, onde no âmbito societário, mas especialmente no institucional – instâncias do Legislativo, Judiciário e órgãos de controle público e externo, se estabeleceram importantes discussões sobre as perspectivas, riscos, propostas, impactos e contraposições do programa¹³⁰. A versão de projeto substitutivo que tramitou no Congresso Nacional teve escopo ampliado em relação à proposta original oriunda da medida provisória. Questões como a ampliação do tempo de graduação em Medicina de 06 para 08 anos, por exemplo, foram retiradas e maior enfoque em discussões sobre a residência médica, avaliação dos cursos de medicina, regulação das atividades de integração ensino-serviço, foram incorporadas à proposta alternativa¹³¹.

¹²⁸MORAIS I. ALKIMIN D. LOPES J. SANTOS M, LEONEL M. SANTOS R. ROSA W. MENDONÇA A, SOUSA M. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: O Que Dizem Sobre o Programa Mais Médicos?; Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. v.48. São Paulo, 2014: 112-120.

¹²⁹ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

¹³⁰SILVA S.M., SANTOS L.M.P. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário; v.04; n.02. FIOCRUZ. Brasília, 2015

¹³¹ BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

Neste sentido, a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2017 foi redigida com os seguintes objetivos em seu *caput*¹³²:

- I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

E propôs as seguintes metas para a garantia de atender estes objetivos:

- I – 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;
- II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional

¹³² BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

Para enfrentar os oito objetivos complexos colocados, que tem conexões com aqueles destacados na PNAB 2011, percebemos a forte aposta feita pela política na construção de respostas na interação entre os setores de saúde e de educação. Duas das três grandes metas têm aspectos educacionais fortemente galgados em sua consecução. Tal propositura, de concentrar esforços na educação em saúde/ensino médico, remonta algumas formulações de momentos anteriores, considerando a realidade brasileira desde os anos de 1960, conforme já nos dedicamos em outra parte deste trabalho.

Assim a proposta do Programa Mais Médicos envolve três grandes eixos, que elencamos abaixo:

- a) **Provisionamento Emergencial** – garantia de médicos brasileiros, formados no Brasil ou no exterior, ou médicos estrangeiros, através de políticas de editais ou complementarmente a partir da cooperação junto à Organização Panamericana de Saúde, mediante atividade de integração ensino-serviço e participação de instituições formadoras como supervisoras destas atividades no programa;
- b) **Infraestrutura** – garantia de investimentos para melhoria do funcionamento, ambiência, humanização, recursos disponíveis, processo de trabalho e incorporação do ensino junto aos serviços de atenção básica;
- c) **Formação** – mudanças no âmbito quantitativo e qualitativo da educação médica, mediante implantação de novos cursos federais, novos cursos privados com oferta regulada conforme as necessidades de saúde da população e parceria com o intuito de possibilitar desenvolvimento do

SUS, ordenamento das atividades de integração ensino-serviço, redirecionamento da formação a partir da formulação e obrigatoriedade legal de mudanças na graduação a partir da homologação de novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Medicina, e ampliação e regulação da residência médica conforme as necessidades de saúde da população.

Assim, a Lei 12.871/2013 destacou artigos específicos para tratar das novas diretrizes curriculares nacionais. Foi estabelecido prazo para elaboração e entrada em vigência, para a implantação definitiva por todas as escolas médicas brasileiras, e preocupações que deveriam ser incorporadas, numa perspectiva de aprofundar a relação do ensino médico com o SUS. Em especial a atenção primária, mas também outras áreas como a saúde mental, a urgência e emergência, a atenção domiciliar, a educação popular em saúde e a medicina (geral) de família e comunidade ganharam destaque com a remodelagem das redes de atenção à saúde,.

Assim a Lei do Mais Médicos preconiza em relação às diretrizes curriculares nacionais¹³³:

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica

¹³³ BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

(...)

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Neste sentido, as novas DCN foram estabelecidas a partir de debate com a sociedade civil e o campo institucional, dentro do prazo estabelecido pelo marco legal. Este tempo exíguo foi alvo de críticas por parte da ABEM, DENEM e CFM, que consideraram escasso o intervalo para discussões. A representação governamental colocou que as mudanças eram necessárias em prazo breve, para garantir que as reformas propostas para a educação médica pudessem ocorrer até o ano de 2018, e assim a perspectiva do Brasil sair de uma proporção de 1,8 médicos por mil habitantes em 2013 poder ser superada pela meta estipulada de 2.6 médicos por mil habitantes em 2023, mas não só ampliando numericamente a quantidade de médicos, mas proporcionando que o perfil de egresso pudesse ter avanços diante do envelhecimento da população, crescimento da proporção de doenças crônico-degenerativas e necessidade de aprofundar a cobertura de um modelo de atenção primária à saúde integral e coordenador das redes de atenção à saúde em constituição.

Foram realizadas, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), 16 (dezesesseis) audiências e reuniões públicas, com convites gerais para a qualificação do debate e incorporação de propostas para o âmbito do texto da DCN. Nestes espaços, 09 (nove)

audiências contaram com a presença da ABEM. Houve audiências onde as mesas tiveram participação do CFM e da ABEM¹³⁴.

Neste sentido, a nova DCN foi apresentada pelo Parecer nº 116/2014, aprovado pela Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE) no dia 03/04/2014, e homologado pelo Ministro da Educação, Henrique Paim, no dia 05/06/2014. A comissão que elaborou a proposta foi: Gilberto Gonçalves Garcia (Presidente), Arthur Roquete de Macedo (Relator), Ana Dayse Rezende Dorea, Erasto Fortes Mendonça, José Eustáquio Romão e Luiz Roberto Liza Curi.

Importante destacar que o relator da proposta foi presidente da CES/CNE no momento da aprovação das DCN 2001, o professor Arthur Roquete. O conselheiro Luiz Roberto Liza Curi foi diretor geral de políticas da educação superior, ligada à SESu/MEC, durante o lançamento edital SESu/MEC nº 04/1997, e no momento da aprovação do DCN 2001. Dois dos seis membros da comissão eram médicos (Ana Dayse e Arthur Roquete), e três dos seis já tinham sido ou eram reitores de universidades (Ana Dayse – UFAL; Arthur Roquette – UNESP; Gilberto Garcia – reitor da Universidade Católica de Brasília)¹³⁵.

Ou seja, na construção da proposta, além de se ter um grupo que tinha um contínuo do ponto de vista entre o segmento histórico entre as DCN de 2001 e 2014, também se tinha um grupo bastante experiente, inclusive com contribuições para discussões de DCN de outros cursos de graduação. A própria comissão afirmava categoricamente que as contribuições das DCN 2001 seriam mantidas, mas buscando

¹³⁴ Informações trazida pelo autor, que acompanhou a discussão no âmbito do Conselho Nacional de Educação, como representante da Secretaria de Educação Superior do MEC.

¹³⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CES/CNE nº 116/2014. Publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17

serem incorporadas em um outro contexto preconizado pelo marco normativo novo, no caso a Lei do Mais Médicos.

O perfil de egresso para os cursos de Medicina, definido pelas novas diretrizes é o seguinte¹³⁶:

(...) formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Considerando o contexto internacional de mudanças na educação médica, considerando as mudanças no âmbito do setor saúde, sob o advento da vigência do Decreto 7.508/2011 e a reorganização da lógica das redes de atenção à saúde e os elementos novos trazidos pela Política Nacional de Atenção Básica do mesmo ano, e considerando a mudança na organização da educação superior, a partir do SINAES no quesito da gestão da qualidade do ensino, do ensino privado a partir do reconhecimento do crescimento deste setor no ensino médico e da sua necessidade de regulação frente às necessidades sociais de saúde, da síntese da dimensão inclusiva estabelecida para a educação superior, sendo um marco para isto o Plano Nacional de Educação 2014-2024, e da integração das pautas relacionadas à graduação em Medicina e à residência médica, que a Lei do Mais Médicos, e no seu âmbito das DCN 2014 vem no sentido de atualizar o ensino médico do país dentro de diversas temáticas tratadas pelas proposições internacionais, contidas no Informe Frenk et al.

¹³⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 3, de 20 De Junho de 2014. Publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

Estabelecidos os referenciais teóricos que são os pressupostos deste trabalho, definimos os seguintes objetivos, sendo o primeiro o principal e os demais secundários, para o estabelecimento da pesquisa.

- 1 - Analisar, sob as bases do referencial teórico estabelecido, as relações entre as DCN 2001 e as de 2014, levando em consideração suas continuidades, diferenças, inovações e mudanças estabelecidas.
- 2 - Refletir sobre as significações que conceitos similares ou conexos utilizados em épocas distintas tomam frente a contextos históricos marcados por temporalidades diferentes.

- 3 - Elaborar apontamentos sobre o potencial de inovação/mudança/transformação das propostas apresentadas pelas DCN 2014.

Conforme já mencionado, são poucos os trabalhos sobre diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina nas revistas de publicação na área da Saúde Coletiva, sendo ainda mais escasso material sobre as DCN de 2014, visto o caráter ainda recente da publicação da mesma, e o processo transitivo ainda de incorporação das mesmas no âmbito das escolas médicas.

Neste sentido, esta pesquisa cumpre os seguintes aspectos quanto a critério FINER para justificar sua importância¹³⁷¹³⁸:

CRITÉRIOS FINER	JUSTIFICATIVA
(F) Factibilidade	Trabalho viável diante da bibliografia necessária serem documentos de domínio público.
(I) Interesse	O tema é objeto cotidiano de reflexão dentro da vida acadêmica e profissional do pesquisador.
(N) Novidade (Inovação)	A pesquisa utiliza a combinação de métodos derivados de duas propostas epistemológicas diferentes, pouco utilizadas de forma associada no campo da Saúde Coletiva para trabalhos de pesquisa documental, no caso a Análise de Conteúdo e a História dos Conceitos.
(E) Ética	A pesquisa não apresenta conflitos éticos, seguindo as resoluções da CONEP/CNS. Não houve necessidade de aprofundar escopo da pesquisa com seres humanos, não precisando assim ser submetida a comitê de ética. A metodologia utilizada é

¹³⁷ Hulley, Stephen B.; Newman, Thomas B. e Cummings, Steven R. Primeira Parte: Anatomia e Fisiologia da Pesquisa Clínica. In: Hulley, Stephen B.; Cummings, Steven R.; Browner, Warren S. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p: 21-34.

¹³⁸ Cummings, Steven R.; Browner, Warren S. e Hulley, Stephen B. Elaborando a questão de pesquisa. In: Hulley, Stephen B.; Cummings, Steven R.; Browner, Warren S. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p: 35-41.

	estável e adequada para o tipo de abordagem proposta.
(R) Relevância	Tem sido crescente o interesse e publicações no campo da Saúde Coletiva relacionado ao Programa Mais Médicos, sendo que a produção relacionada ao Eixo Formação do programa é ainda pequena. As escolas médicas estão em pleno momento de implementação de novas DCN e tem pouca produção subsidiária para auxiliar neste processo de incorporação.

3. METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, de cunho documental, onde é realizada uma análise comparativa entre os documentos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, de 2001 e 2003, representadas respectivamente pelos documentos: Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001 e a Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014.

Tivemos a opção por este enfoque para a pesquisa diante de questões de disponibilidade de pesquisador, recursos disponíveis, ausência de fontes de financiamento e pouco material disponível sobre o tema, como por exemplo publicações sobre implantação das novas diretrizes curriculares por cursos de Medicina. As próprias DCN fixaram que as instituições devem começar a implantação

das mesmas em junho de 2015, tendo o prazo até dezembro de 2018 para a implementação.

A abordagem proposta é qualitativa. Neste sentido, utilizamos para alcançar os objetivos os seguintes métodos: a Análise de Conteúdo e a História dos Conceitos.

A Análise de Conteúdo segue o referencial de Lawrence Bardin e sua leitura para o Brasil através de Maria Laura P. Barbosa Franco. Esta abordagem leva o pesquisador a se debruçar sobre o texto analisado, no nosso caso os documentos que serão abordados. Diferente da análise do discurso, este método se detém à análise do que é dito, buscando um equilíbrio entre objetividade e subjetividade na interpretação, utilizando como ferramentas elementos como¹³⁹:

- a) Domínio da Linguística;
- b) Métodos lógicos, estéticos e formais;
- c) Métodos lógicos semânticos;
- d) Hermenêutica

Para a execução e aplicação do método, identifica-se unidades de conteúdo, categorizam-se estes através de referenciais apriorísticos ou não apriorísticos, e posteriormente busca-se realizar a decodificação dos textos, buscando extrair-se os sentidos e significados que o texto possa traduzir.

A Análise de Conteúdo visa se diferenciar claramente da Análise do Discurso. A Análise do Discurso irá tentar abordar não só os elementos do “dito” em um texto, em uma entrevista, em um material jornalístico, em propagandas, etc, mas aplicando

¹³⁹FRANCO, MLPB. O que é análise de conteúdo. São Paulo: PUC, 1986.

métodos e saberes relacionados à História, à Psicanálise e à Linguística, buscar estabelecer sentidos a partir daquilo que é oculto no ato de comunicação ou de expressão. Bardin, proponente da Análise do Conteúdo, propõe-se a um rigor metodológico no tratamento dos textos. Neste sentido, critica duramente a Análise do Discurso, por afirmar que:

(...)existe uma tentativa totalitária (no sentido em que se procura integrar no mesmo procedimento conhecimentos adquiridos ou avanços até aí dispersos ou de natureza disciplinar estranha: teoria e prática lingüística, teoria do discurso como enunciação, teoria da ideologia e automatização do procedimento) cuja ambição é sedutora, mas em que as realizações são anedóticas. O que é deplorável! (BARDIN 1979, p. 222 apud CAPELLE, MELO, 2003).

Assim utilizaremos para o tratamento do material destacado para a pesquisa a proposta de análise trazida por Bardin. Diante de não ser extensivo o material que será analisado, pois consiste em documentos, um com 06 (seis) laudas e o outro com 14 (quatorze) laudas, já divididos em artigos, o que facilita a leitura comparativa. Assim não iremos ter a necessidade de utilizar programas específicos para a organização dos dados e constituição das unidades de significado, como o software NVivo, versão 1.1. A utilização de recursos como ferramentas do Microsoft Office, como Office Excel 2007 será suficiente para o agrupamento de dados a partir de uma síntese horizontais e verticais e construção de tabelas para constituição de categorias de análise.

Diante desta proposta da análise do conteúdo, tendo enfoque predominante na linguagem objetiva e nas construções semânticas. Contudo temos clareza do limite deste método para alcançar nossos objetivos que é, à luz da fundamentação conceitual e histórica já realizada neste trabalho, esclarecer significados distintos que

conceitos muito próximos guardam em contextos diferentes, como o demonstrado a partir dos anos de 1960. Reconhecemos que a Hermenêutica, como um recurso utilizado pela Análise de Conteúdo para externalizar significados e entendimentos, é limitada, pois os conceitos articulados dentro dos documentos por si só não são capazes de expressar a potencialidade de seus propósitos no movimento real de ter como consequência as mudanças.

Neste sentido, agregaremos para a segunda etapa da pesquisa a contribuição da História dos Conceitos, método amplamente utilizado pela pesquisa histórica e que guarda diferenciações importantes em relação à Hermenêutica.

A pesquisa histórica geralmente se apóia em duas grandes abordagens: a pesquisa em documentos e a pesquisa na área das idéias. Dentro da pesquisa na área das idéias temos a História dos Conceitos, que nos permite “apreender o complexo processo de ressignificações de alguns conceitos ao longo do tempo”¹⁴⁰.

Este método foi sistematizado pioneiramente Reinhart Koselleck¹⁴¹ em meados do século XX.

Dentro dos campos da pesquisa historiográficas, segundo Kichner¹⁴² (2007), há compreensões, especialmente nos meios acadêmicos, que buscam construir afastamentos entre o campo da pesquisa empírica, documental, e o campo da pesquisa das idéias. Efetivamente há especificidades na construção do objeto de cada um destes, mas claramente também há uma relação de complementaridade entre ambos, que foi o objeto de Koselleck na construção de sua perspectiva da História dos Conceitos, pois para o mesmo a historicidade marca toda a atividade humana e

¹⁴⁰ KIRSCHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61.

¹⁴¹ KIRSCHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61

¹⁴² KIRSCHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61

reflexiva, sendo importante para a razão histórica captar as temporalidades específicas e múltiplas que marcam a construção dessas, e a forma como chega até nós todo este conjunto de idéias, informações, acontecimentos, expressões, palavras, valores, através, por exemplo, da linguagem, o que leva Koselleck a categorizar todos estes achados, quando dotados de importância para fins históricos, como conceitos, do ponto de vista de identificar os seus significados.

Baseado em Koselleck, Kichner (2007) trabalha a definição do autor sobre a História dos Conceitos como¹⁴³:

O procedimento que permite apreender o complexo processo de ressignificações de alguns conceitos ao longo do tempo. Mais do que um método a ser aplicado ou uma disciplina autônoma, a História dos Conceitos seria um instrumento complementar e necessário para a interpretação histórica¹⁴⁴

Neste sentido, para Koselleck, nem toda a palavra derivará um conceito. A temporalidade e seu entendimento à luz da mesma é que atribuem significação, ou seja, irá transformá-la em conceito, o que exige para o pesquisador um nível de reflexão e teorização, inclusive para a diversidade de significados que um conceito pode apresentar, considerando unidades temporais distintas.

Assim a linguagem é um elemento importante para a História dos Conceitos, contudo¹⁴⁵:

¹⁴³ KICHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61

¹⁴⁴ KICHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61

¹⁴⁵ KICHNER, T.C. A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História. Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61

A diferença entre a história no seu processo de acontecer e a sua elaboração linguística nunca é superada”. A linguagem, com sua estabilidade sintática e seu ritmo de variação semântica ou constituição de novas palavras, não segue exatamente o fluxo dos acontecimentos históricos. Assim “são interpretações linguisticamente formuladas que fornecem significados às sequências transitórias de eventos e idéias do passado. O que aconteceu no passado só é ‘real’ – retrospectivamente-por meio da fictio da linguagem(...)o que permite que palavras que reapareçam em diferentes momentos, relacionadas a experiências distintas no tempo e no espaço.” (KICHNER, 2007).

Os conceitos não podem ser trabalhados com um sistema textual autônomo, e nem meramente como um simples fenômeno de linguagem. Para Koselleck, “reduzir a história a um fenômeno linguístico, visto como a última instância da experiência histórica significa admitir que o trabalho do historiador situa-se no puro campo da hermenêutica (...)a história não visa extrair uma verdade dos textos, mas sim, apreender as configurações que permitiram o seu surgimento”¹⁴⁶ (KOSELLECK & GADAMER, 1997).

Neste sentido é importante o “desvencilhamento” dos elementos extra-textuais, fundamentais para a compreensão da totalidade do processo histórico, ou de um recorte específico delimitado dentro dele, considerando uma perspectiva de temporalidade para olhar sobre o passado, construindo relações com o presente e seus sinais que prospectivamente apontem possibilidades de aprendizados ou perspectivas para o futuro, considerando o referencial da modernidade que marca toda a obra e construção teórica de Koselleck. Diferente da “hermenêutica pura”, a História dos Conceitos não tem como preocupação delimitar o que seja “a verdade”¹⁴⁷.

¹⁴⁶ KOSELLECK R. GADAMER H. Historia y hermenéutica. 1ª ed. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1997: 65-108.

¹⁴⁷ KOSELLECK R. GADAMER H. Historia y hermenéutica. 1ª ed. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1997: 109-118.

Já a Hermenêutica, que teve como grande sistematizador em meados do século XX Hans Georg Gadamer, tem na busca da “verdade”, como um de seus fundamentos, o que é perfeitamente mutável no seu entendimento sobre “o que seria a verdade” através do papel do intérprete implicado com a análise e do contexto envolvido. Apesar da divergência entre esses autores, ambos reconhecem o caráter fundamentalmente interpretativo do conhecimento.

No Brasil, a História dos Conceitos tem sido utilizada em pesquisas não só na área da História propriamente dita, mas também na área da Política, da Comunicação, da Cultura, entre outras. Um dos autores que tem sido uma referência na apropriação do tema foi Gildo Marçal Brandão, professor do Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo. Com muita erudição e crítica refinada, este intelectual tem construído alternativas de análise ao pensamento corrente naquilo que chamamos de Sociologia Histórica, que tem em muitos autores clássicos do pensamento político brasileiro como referências, como Florestan Fernandes, Sérgio Buarque de Holanda, Raimundo Faoro, dentre outros, em seus primeiros trabalhos que lhes atribuíram o título de “interpretes do Brasil”, especialmente nos trabalhos entre os anos de 1930 até o começo dos anos de 1960¹⁴⁸.

Sem construir um debate de “oposição” aos mesmos, Gildo Marçal Brandão nos chama a atenção com os cuidados e com as generalizações simplificadoras, bem como com as hermenêuticas fragmentárias que tentam apreender somente do texto os significados e sentidos que as palavras “*ipsis litteris*” transmitem para aquilo que proporcionam da leitura das construções históricas¹⁴⁹.

¹⁴⁸ BRANDÃO G. M. Linhagens do Pensamento Político Brasileiro. Aderaldo & Rotchild Editores. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007:21-67.

¹⁴⁹ BRANDÃO G. M. Linhagens do Pensamento Político Brasileiro. Aderaldo & Rotchild Editores. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007:21-67.

Nesta análise, ele toma a história brasileira como fragmentária e descontínua. Há diversos recomeços de temas tradicionais ou anteriormente levantados ocorrendo a todo o momento, proporcionando intencionalidades e significados distintos, de acordo com as condições concretas que se colocam a cada momento¹⁵⁰.

Ele traz um exemplo onde diferente de outros países, como a Itália, em que um intelectual pode falar que “*seu bisavô foi mazziniano, seu avô foi garibaldiano, seu pai foi antifascista e eu sou comunista*”, no Brasil afirmações de que há conexões entre “*Dom Pedro I, Visconde do Uruguai e Getúlio Vargas*” são bem mais difíceis de serem estabelecidas. Existe um conjunto de descontinuidades e amálgama de questões concretas finalizadas, mas não acabadas, abandonadas, rejeitadas, e mesmo de continuidades encapuzadas, disfarçadas, que trazem “borramentos” e lacunas importantes para a historiografia. Neste sentido, o autor defende que cada fenômeno histórico tem que ser analisado “caso a caso”, dentro da perspectiva de contextualização que irá exigir do pesquisador forte aparato histórico para conclusões as mais precisas possíveis e à altura dos acontecimentos de cada época¹⁵¹.

Assim, este trabalho se colocará para, na combinação entre Análise de Conteúdo e História dos Conceitos “destrinchar” as DCN de 2001 e de 2014, dentro do conjunto de preocupações aqui demonstrado.

Como limite deste estudo, quanto ao método, temos o próprio caráter do mesmo, que por de cunho documental, mas baseando a sua análise na produção e circulação de idéias em um determinado contexto. Possivelmente, para ratificar as conclusões que serão trazidas por este estudo, haverá a necessidade de pesquisa empírica para o confronto entre “texto e realidade”, e se acompanhar o processo de

¹⁵⁰ BRANDÃO G. M. Linhagens do Pensamento Político Brasileiro. Aderaldo & Rotchild Editores. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007:21-67.

¹⁵¹ BRANDÃO G. M. Linhagens do Pensamento Político Brasileiro. Aderaldo & Rotchild Editores. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007:21-67.

construção de novas DCN nos diversos cursos de Medicina, tradicionais ou novos, públicos ou privados, em uma ou outra região do país, inclusive de forma comparativa.

Temos também limitações de ordem metodológicas, pois a História dos Conceitos, apesar de proporcionar um refino de análise que contribua para se fugir das generalizações pouco precisas, que circulam inclusive no campo da Saúde Coletiva, tem dificuldades em analisar questões sobre a causalidade de “continuidades encapuzadas” ou de processos históricos “inconclusos”, ou seja, por que tal projeto histórico não chegou a êxito, conforme aquilo que se propôs em determinado momento da história?

O trabalho irá se limitar a proposta dos métodos trazidos, mas ressalta sua consciência das limitações dos mesmos, onde inclusive outras possibilidades de matrizes teóricas apropriadas para a pesquisa em países da periferia se apresentam, como a Sociologia das Ausências, trazida pelo filósofo e sociólogo português Boaventura de Sousa Santos, que poderia ser um aporte teórico de escopo para futuros estudos que avancem no sentido de profundidade na pesquisa e na análise.

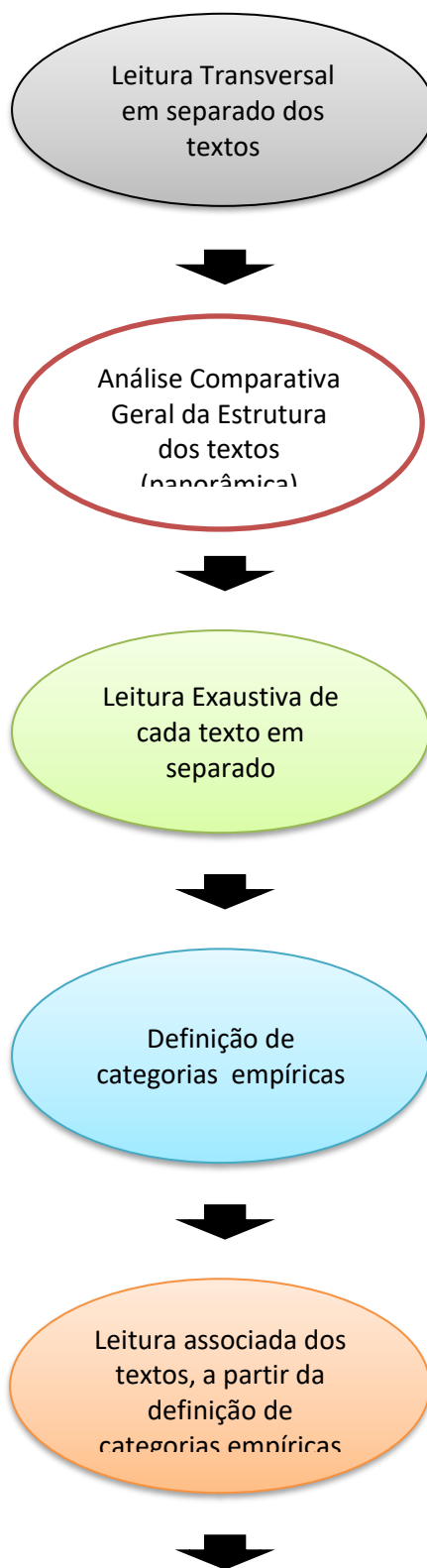
Esta se coloca como uma alternativa interessante para compreender as forças sociais que operam no sentido da “não transformação ou da não mudança”, e assim perceber como as temporalidades dominantes reduzem uma série de experiências sociais à condição de resíduo ou silêncio, e como destes resquícios históricos de processos de resistências de outros tempos podem proporcionar a emergência de possibilidades de superação daquilo que é hegemônico em determinado contexto, devolvendo temporalidade própria ao que é excluído, proporcionando que se possa ter um desenvolvimento autônomo das práticas sociais que foram marginalizadas ou subalternizadas¹⁵².

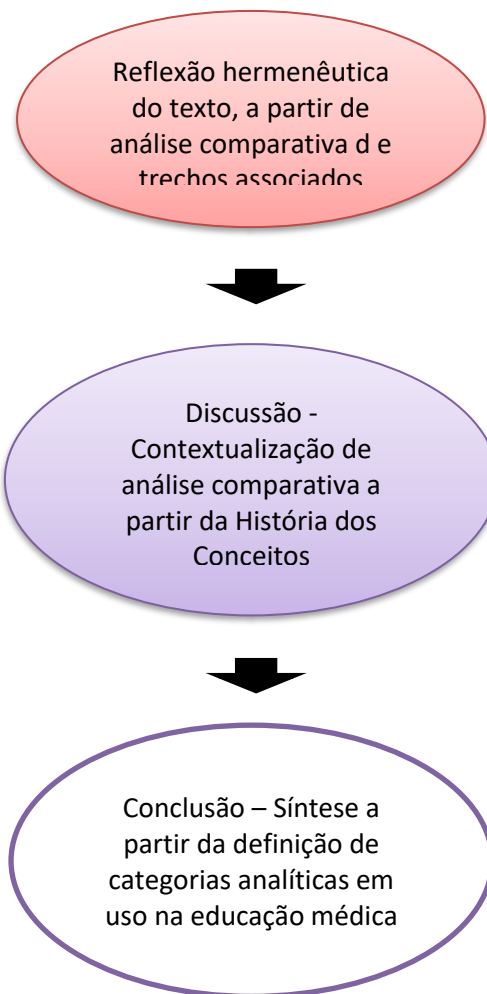
¹⁵² SANTOS B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, Outubro de 2002:237-280.

Assim, vencida a fase da reflexão metodológica e a explicação dos métodos que serão utilizados, seguem os seguintes passos realizados nesta pesquisa, exemplificados em esquema de fluxo metodológico:

- 1º - Leitura transversal, em separado, da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001 e a Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014.
- 2º - Identificação de características gerais da construção de ambas as DCN, a partir de uma abordagem panorâmica dos textos.
- 3º - Leitura exaustiva de cada um dos textos em separado, para a construção de categorias empíricas comuns aos dois documentos.
- 4º - Reorganização do texto a partir das categorias empíricas, em matriz de análise que associe trechos em artigos, de ambas as diretrizes curriculares, para leitura comparada;
- 5º - Produção de análise comparativa entre o trecho associado de cada texto;
- 6º- Reflexão hermenêutica do texto, a partir de análise comparativa de trechos associados
- 7º - Discussão - Contextualização de cada significado apreendido da análise comparativa, utilizando referenciais históricos para a compreensão, e estabelecendo conexões com conceitos próximos ou similares utilizados em outros momentos da educação médica no país (contribuições da Medicina Preventiva, Integração Docente Assistencial, Projeto UNI, CINAEM), utilizando a proposta da História dos Conceitos;
- 8º - Conclusões – Utilização de categorias analíticas em uso na educação médica para produção de síntese.

Figura 5 - Fluxo Metodológico da Pesquisa:





4. ANÁLISE

Foi realizada a leitura transversal de ambos os textos, a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001 (DCN 2001) e a Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014 (DCN 2014).

Neste sentido, foi observado algumas diferenças importantes preliminarmente ao aprofundamento exaustivo dos textos:

- 1 – O primeiro aspecto é o tamanho da nova diretriz em relação à anterior. A anterior, incluindo notas de rodapé, tinha um total de 2.365 palavras e 13.613 caracteres (sem espaços). A nova DCN tem 6.576 palavras, com 37.479 caracteres (sem espaços). Buscamos avaliar se havia algum paralelo de mudança com alguma outra DCN de outro curso de graduação modificado no período. Em consulta no dia 04/04/2017 ao site do Ministério da Educação: <http://portal.mec.gov.br/mais-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>, percebemos que a maior parte dos cursos de graduação tem diretrizes expedidas entre 2001 e 2007. O curso de graduação em Direito tem situação similar à Medicina, no sentido de ter sua primeira DCN, sem ser compartilhada com outros cursos, de 2004, e uma nova DCN de 2013. Contudo, esta última somente teve carácter retificador

em relação à anterior, o que não traz uma diferença importante no tamanho e proposições entre uma diretriz e a outra;

2—A organização geral das DCN 2014 é bastante distinta da organização das DCN 2001. Esta tinha uma organização baseada em a) Perfil do Egresso; b) competências gerais (06 itens); c) objetivos baseados em competências e habilidades (22 itens); d) conteúdos essenciais (06 itens); e) estágio curricular; f) atividades complementares; g) estrutura do curso (8 itens); h) além de diversos dispositivos específicos como organização do curso, aspectos do projeto pedagógico, orientações gerais sobre metodologias de ensino, etc. As DCN 2014 tem uma outra organização bastante distinta. Neste sentido ela conta com uma organização em capítulos e seções, que são as seguintes:

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES

- a) Seção I - Da Atenção à Saúde
- b) Seção II - Da Gestão em Saúde
- c) Seção III - Da Educação em Saúde

CAPÍTULO II - DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

- a) Seção I -Da Atenção à Saúde
- b) Seção II - Da Gestão em Saúde
- c) Seção III - Da Educação em Saúde

No primeiro capítulo está incluído o perfil de egresso, a duração do curso, definições de competências definidas em conhecimentos, habilidades e atitudes, a definição do que é cada área de competências, com objetivos bem detalhados como se fossem descritores e definindo o que deve nortear a formação em cada uma destas áreas. Na área de competência da atenção à saúde está bem definido que

seus objetivos precisam dialogar com a pauta da diversidade e da singularidade pessoal e de grupos humanos a partir de uma compreensão: “*biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética*”. Na área de competência da gestão da saúde se afirma um compromisso ético político com a construção do SUS, e na área de educação em saúde se refere que se deve prezar pela “*formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional*” sendo que foram apresentados do capítulo I a seguinte quantidade de objetivos por cada área de competência: Atenção à Saúde (10 itens); Gestão em Saúde (08 itens); Educação em Saúde (07 itens). Ou seja, não há grande diferença entre a quantidade de objetivos da DCN de 2001 (22) com a das DCN 2014 (25).

No segundo capítulo temos um formato organizativo onde cada uma das áreas de competência, para garantir que se alcancem os objetivos do capítulo I, tenham ações-chaves que funcionam como espécie de “domínios de competência” ou “subáreas de competência”, e cada uma destas ações-chave tem uma série de descritores que detalham o que os estudantes precisam praticar para alcançarem os objetivos gerais definidos para cada área de competência, funcionando assim como uma caracterização de desempenhos. É como se estabelecido as imagens-objetivas” do que o estudante deve se reconhecer ao final do curso, os desempenhos são um misto de “caixa de ferramentas”, formação teórica aplicada, competências atitudinais, práticas cognitivas, procedimentos, técnicas, ou seja, tudo aquilo que o aprendiz, em ato, deve acumular enquanto capacidades para se viabilizar um aprendizado condizente com aquilo que é esperado enquanto futuro profissional. Já

o perfil de egresso funciona como o princípio ético-político geral que estabelece o sentido que se busca a partir das mudanças na formação do médico.

Assim, esquematicamente, podemos organizar da seguinte forma esta organização, associando-se ambos os capítulos:

Quadro 4 - Modelo explicativo da organização das DCNs de Medicina 2014.

Área de Competência	Objetivos a se alcançar	Sub-Áreas de Competência	Ações-Chave	Desempenhos
Atenção à Saúde	10 Objetivos	I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	A) Identificação de Necessidades de Saúde	a) Realização da História Clínica (09 descritores)
				b) Realização do Exame Físico (04 descritores)
				c) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas (05 descritores)
				d) Promoção de Investigação Diagnóstica (05 descritores)
		B) Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.	a) Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos (09 descritores)	
			b) Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos (05 descritores)	
II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva	A) Investigação de Problemas de Saúde Coletiva.	a) Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades (03 descritores)		
		a) Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva. (06 descritores)		
Gestão em Saúde	08 Objetivos	Organização do Trabalho em Saúde		Identificação do Processo de Trabalho (07 descritores)
				Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção (04 descritores)
		Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde		Gerenciamento do Cuidado em Saúde (03 descritores)
				Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde (06 descritores)
Educação em Saúde	07 Objetivos	Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva		02 descritores

		Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento	04 descritores
		Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos	04 descritores

De forma semelhante à DCN 2001, as DCN 2014 guardam espaço para a descrição sobre o estágio curricular, atividades complementares, estrutura do curso, organização do curso, aspectos do projeto pedagógico, orientações gerais sobre metodologias de ensino, mas com uma quantidade de itens bem maior do que as DCN 2001. Enquanto na primeira tinha um conjunto de 21 itens destinados a esta finalidade (previstos a partir do art. 7º), a segunda apresenta 45 itens destinados a esta finalidade (previsto no parágrafo único do art. 2º e a partir do art. 24).

Feita esta apreensão da organização estrutural de ambas as diretrizes, partiu-se para a leitura exaustiva de ambos os textos. Dentro desta leitura, foram se agrupando, em cada uma das DCN um conjunto de artigos que guardavam algumas ligações internas, no sentido de proximidades entre seus enfoques. Este procedimento foi feito repetidamente, em cada texto, a partir de leituras sucessivas dos textos. Neste sentido, organizando “nuvens de temas comuns”, fomos chegando a algumas categorias empíricas, que poderiam ser reproduzíveis em um texto e no outro, ou que tratasse de alguma diferença entre os dois textos que era significativa de ser analisada como inovação de uma DCN frente a outra.

Assim definiram-se as seguintes categorias empíricas, de forma não-apriorística, a partir da leitura exaustiva e associação entre os textos:

I - Perfil do Formado-Egresso-Profissional;

- II - Áreas Conhecimento, Habilidades e Competências;
- III - Conteúdos Curriculares;
- IV - Internato
- V – Projeto Pedagógico;
- VI - Organização do curso de graduação;
- VII - Estrutura do curso de graduação;
- VIII - Implantação e desenvolvimento das DCN;
- IX - Avaliação dos estudantes;
- X - NDE e Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde;
- XI – Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde;
- XII- Avaliação específica dos estudantes;
- XIII – Relação entre Graduação e Residência Médica.

Assim desenhamos a seguinte planilha ilustrativa, que reúne as categorias empíricas, as “nuvens do texto”, e uma proposta de análise comparada entre ambos os documentos¹⁵³.

¹⁵³ Para a construção deste quadro comparativo, foi muito importante a contribuição do colega Prof. Ms. Alexandre Medeiros, professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, que durante o ano de 2014 a 2016 esteve como Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Alexandre, junto com a minha participação como diretor do MEC, e a colaboração de dois outros diretores, Maria Rosa Loula, da Diretoria de Regulação da Educação Superior da Secretaria de Regulação e Supervisão do Ensino Superior (SERES), do MEC, e Cláudia Gribowski, da Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Pesquisas em Educação Anísio Teixeira (INEP), tiveram participação fundamental na sistematização final do texto desta DCN. Assim a contribuição do colega foi fundamental na construção desta planilha comparativa, com seu conhecimento do processo e do tema.

Quadro 5 - Comparativo entre texto DCN dos cursos de Medicina 2001 e 2014.

	DCN 2001	DCN 2014	Comentários
Perfil do Formado-Egresso-Profissional	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.</p>	<p>Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.</p>	<p>O "perfil do egresso" descrito na nova proposta, mantém as bases das DCN anteriores e amplia para as questões voltadas a uma formação transversal em sua prática a partir da determinação social do processo saúde doença. Ou seja, o entendimento de que a compreensão do processo saúde doença passa sempre por uma leitura histórica e sociológica das relações sociais e da organização da sociedade em um determinado momento histórico. Assim a DCN 2014 incorporou um conceito fundamental da Saúde Coletiva na sua crítica e busca de superação do modelo biomédico.</p>
Áreas Conhecimento, Habilidades e Competências	<p>Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:</p> <p>I - Atenção à saúde; II - Tomada de decisões; III - Comunicação; IV - Liderança; V - Administração e gerenciamento; VI - Educação permanente;</p> <p>Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: I a XXII (...)</p>	<p>Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:</p> <p>I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde.</p> <p>Art. 5º Na Atenção à Saúde... Art. 6º Na Gestão em Saúde... Art. 7º Na Educação em Saúde...</p> <p>Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:</p> <p>I - Área de Competência de Atenção à Saúde; II - Área de Competência de Gestão em Saúde; e III - Área de Competência de Educação em Saúde.</p> <p>Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde... Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde... Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde...</p>	<p>Os "conhecimentos, habilidades e atitudes" requeridas pelo egresso de medicina sugeridas na nova proposta articulam uma nova estrutura baseada em três áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Cada área é subdividida, baseada nas suas especificidades.</p> <p>A área Atenção à Saúde, considera a abrangência dos aspectos que compõem o espectro da diversidade humana e princípios do SUS (acesso universal, equidade e integralidade), humanização do cuidado, qualidade na atenção à saúde, segurança na realização de processos e procedimentos, preservação da biodiversidade com sustentabilidade, ética profissional, comunicação, promoção da saúde, cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, com trabalho interprofissional e em equipe. A área de Gestão em Saúde, baseia-se nas seguintes dimensões: gestão do cuidado, valorização da vida, tomada de decisões, comunicação, liderança, trabalho em equipe, participação no sistema de saúde, participação social articulada nos campos de ensino e aprendizagem. A área de Educação em Saúde, compreende a formação inicial, continuada e em serviço do graduando, objetivando: aprender a aprender, autonomia, interprofissionalidade, aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, comprometer-se com o seu processo de formação,</p>

			<p>participar de programas de mobilidade acadêmica e formação de redes estudantis, domínio de língua estrangeira (franca).</p> <p>No que se refere às Competências, na nova proposta são sugeridas categorias, baseadas nas áreas acima destacadas, sendo elas:</p> <p>I - Área de Competência de Atenção à Saúde: estrutura-se em 2 subáreas: a) Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (ações-chave: Identificação de Necessidades de Saúde e Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos) e b) Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva (ações-chave: Investigação de Problemas de Saúde Coletiva e Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva).</p> <p>II - A Área de Competência Gestão em Saúde: estrutura-se em 2 ações-chave: a) Organização do Trabalho em Saúde e b) Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.</p> <p>III - A Área de Competência de Educação em Saúde: estrutura-se em 3 ações-chave: a) Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva, b) Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento e c) Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.</p> <p>Na comparação das propostas, é evidente o detalhamento e a ampliação das competências e habilidades apresentadas na proposta de 2014, sendo que as competências e habilidades gerais e específicas da Resolução de 2001 de uma maneira direta ou diluído em outras, apresentam-se contempladas.</p>
<p>Conteúdos Curriculares</p>	<p>Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:</p> <p>I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos,</p>	<p>Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:</p> <p>I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos,</p>	<p>Sobre os "conteúdos", a nova proposta contempla os seis incisos da Resolução de 2001 e acrescenta os incisos VII e VIII, que abordam temas transversais no currículo envolvendo conhecimentos, vivências e reflexões sobre direitos humanos, pessoa com deficiência, educação ambiental, ensino de LIBRAS, atividades físicas, desportivas relacionadas ao meio social e ambiental; contempla também a compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, no mínimo, uma língua estrangeira (franca). Continua</p>

	<p>aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;</p> <p>II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;</p> <p>III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;</p> <p>IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;</p> <p>V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e</p> <p>VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.</p>	<p>aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;</p> <p>II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;</p> <p>III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;</p> <p>IV - compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;</p> <p>V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;</p> <p>VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;</p> <p>VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e</p> <p>VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.</p>	
<p>Internato</p>	<p>Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária</p>	<p>Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde...</p>	<p>Em relação ao "internato", a carga horária mínima de 35% da carga horária total do curso, bem como o limite de 20% da carga horária em atividades teóricas são mantidas na nova proposta.</p> <p>Na proposta de 2014, o internato se dará, além das áreas já previstas na Resolução de 2004, nas áreas de Saúde Mental, Atenção Básica e em Continua</p>

	<p>total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.</p> <p>§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.</p> <p>§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.</p>	<p>§ 1º A preceptoría exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);</p> <p>§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.</p> <p>§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.</p> <p>§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.</p> <p>§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.</p> <p>§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio,...</p> <p>§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES,</p> <p>§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.</p> <p>§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.</p>	<p>Urgência e Emergência do SUS. Estes dois últimos, deverão corresponder, a um mínimo de 30% da carga horária total do internato, com predominância da carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica. Além da ampliação das áreas de atuação, destaca-se da nova proposta:</p> <p>a) a preceptoría será exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);</p> <p>b) as atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.</p> <p>c) a jornada semanal de internato compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais.</p>
--	---	---	--

		<p>§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato (...) a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.</p> <p>§ 11. Nos estágios obrigatórios (...), quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, (...)</p>	
<p>Projeto Pedagógico</p>	<p>Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.</p> <p>Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.</p> <p>Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.</p> <p>§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.</p> <p>§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina</p>	<p>Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.</p> <p>Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.</p> <p>Art. 27. O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.</p> <p>Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.</p>	<p>No que se refere ao "projeto pedagógico do Curso", considera que na nova proposta o texto da Resolução nº 4 foi mantido, com pequenos ajustes da redação e disposição.</p>

	poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.		
Organização do curso de graduação	Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.	Art. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.	No que se refere ao "projeto pedagógico do Curso", considera que na nova proposta o texto da Resolução nº 4 foi mantido, com pequenos ajustes da redação e disposição.
Estrutura do curso de graduação	Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde; II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e	Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde; II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem; VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos	Em relação a "estrutura do curso", a proposta de 2014: a) mantém na íntegra os incisos VII e VIII (da Resolução de 2001), que correspondem aos incisos VIII e IX, respectivamente, na nova proposta; b) faz pequenos ajustes e complementações na redação dos incisos I, II, III e IV (da Resolução de 2001); c) inclui três novos incisos, V, VI e X, na proposta de 2014, sendo que estes incisos tratam das oportunidades de aprendizagem desde o início e ao longo do curso, tendo em vista uma formação generalista, a inserção dos estudantes nas redes de serviços de saúde bem como a integração entre teoria e prática e instituições formadoras e prestadores de serviços; d) exclui o inciso V da proposta de 2001; e) no inciso VI da proposta de 2001, insere, na proposta atual, como cenário de ensino-aprendizagem, em especial, as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS.

Continua

	VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.	três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato; IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;	
Implantação e desenvolvimento das DCN	Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.	Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.	No que tange a "implantação e desenvolvimento das DCN" a nova proposta faz pequenos ajustes/atualizações na redação, mantendo a ideia base da proposta de 2001.
Avaliação dos estudantes	§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos , tendo como referência as Diretrizes acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence. Curriculares. § 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de	Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos , tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução. Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior	Sobre a "avaliação dos estudantes" , a proposta da Resolução nº 4/2001 foi mantida na nova proposta, porém, foi inclusa na proposta atual a avaliação preconizada pelo SINAES.

	avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.	(SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.	
NDE e Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde	Não contempla	<p>Art. 33. O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.</p> <p>Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.</p> <p>Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.</p>	A proposta de 2014 contempla a constituição do NDE, bem como a manutenção de um Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde e a definição de indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente.
Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde	Não contempla	<p>Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.</p>	Outra inovação apontada pela proposta de 2014 é o desenvolvimento e fomento da participação dos profissionais da rede de saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento profissional, bem como a pactuação junto a municipais/estaduais do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde.

<p>Avaliação específica dos estudantes</p>	<p>Não contempla</p>	<p>Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução. § 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional. § 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.</p>	<p>A proposta de 2014 prevê a avaliação específica do estudante, de caráter obrigatório, processual, contextual e formativa, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, aplicada a cada 2 anos pelo INEP.</p>
<p>Relação entre egressos e vagas em Programas de RM</p>	<p>Não contempla</p>	<p>Art. 37.Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. Parágrafo único. A determinação do caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.</p>	<p>Tendo como base a Lei nº 12.871/2013, as DCN do curso de graduação em Medicina, apontam para a necessidade de ampliação das vagas e/ou credenciamento de novos programas de Residência Médica, com o intuito de ofertas vagas de RM equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação de Medicina do ano anterior.</p>

Num exercício hermenêutico, fazemos a seguinte análise, buscando uma sistematização das principais contribuições da DCN 2014 em relação à proposta anterior:

- a) Incorpora conceitos novos como áreas de competência, competência e domínios de competência – o *caput* do parecer CES/CNE nº 116/2014 traz parâmetros mais claros para a avaliação do estudante e para a avaliação institucional como um todo. Define-se o conceito de competências como vinculada à definição freireana de “capacidades”, buscando garantir uma unificação do referencial teórico como parâmetro para o processo de mudanças curriculares. Estabelece três grandes áreas de competência: Atenção à Saúde, Educação em Saúde e Gestão em Saúde. E define que os domínios de competência, ou desempenhos, são “capacidades em ato”, ou seja, define-se na DCN descritores objetivos sobre o fazer e o saber-fazer esperado que o estudante desenvolva para alcançar uma determinada competência. Ou seja, o texto foi muito mais assertivo no sentido de definir o que seria necessário de ser feito pela escola médica para se alcançar um novo patamar de competências que foram definidas;
- b) Fortalece o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de Internato. Tal construção segue as diretrizes de organização das redes de atenção à saúde, conforme o Decreto Presidencial 7508/2011, que dá centralidade à atenção básica como qualidade de serviço transversal a todas as redes de atenção à saúde na perspectiva de qualificação da porta de entrada, coordenação do cuidado e ordenamento das redes de atenção à saúde;

- c) Dá centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da Medicina de Família e Comunidade– esta é uma diferença importante em relação à DCN 2001. A DCN anterior traz um enfoque no “sistema de saúde vigente” como espaço de formação, mas não faz distinções entre os níveis primário, secundário e terciário em se proporcionar cenários de ensino-aprendizagem na formação. A DCN 2014 enaltece a importância da atenção básica, aparecendo 06 (seis) vezes no texto, em contraposição ao aparecimento em 01 (uma) vez do termo nível de atendimento primário. Qualitativamente, esta nova diretriz garante que no mínimo 30% do Internato (fase do curso que corresponde a no mínimo 35% das no mínimo 7.200 horas que um curso de Medicina deve ter) dos cursos de graduação em Medicina devem ser voltados para práticas no cenário da atenção básica em conjunto com a área de urgência e emergência, e deste bloco formativo, a maior parte da carga horária se destina à atenção básica. Também o novo texto garante uma identidade diferenciada para o ensino da atenção básica, que deve ser coordenado pela área do conhecimento da Medicina de Família e Comunidade. Pela primeira vez há a citação desta área do conhecimento em diretrizes curriculares para cursos de graduação em Medicina, e há uma diferenciação no texto desta área em relação à Saúde Coletiva, que tem sua carga horária e espaço próprio de participação na organização dos estágios curriculares obrigatórios.
- d) Torna obrigatória a existência de programas de aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina - também pela primeira vez uma diretriz curricular nacional contempla uma discussão histórica advinda de outros acúmulos no campo da educação médica, que é a questão da formação

docente. Os cursos de Medicina precisam investir neste aspecto de qualificação da formação médica. Apesar da DCN não qualificar como isto deve ser feito, cabe a cada instituição organizar seu programa específico;

- e) Estabelece novos marcos de pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) – gestores da saúde, gestores acadêmicos, docentes, profissionais do serviço/preceptores, estudantes, e representação de usuários das instâncias de controle social devem estabelecer em conjunto colegiados gestores para o ordenamento das atividades de integração ensino-serviço, numa rede de saúde-escola com território definido, contemplando todas as instituições de ensino e a representação gestora do SUS dentro desta abrangência delimitada, e tendo um instrumental normativo contratual, padronizado nacionalmente com salvaguardas mínimas e compromissos institucionais que as entidades de ensino e do SUS precisam cumprir para garantir o êxito das atividades de integração ensino-serviço, como a definição de campos de práticas, harmonização entre instituições de ensino e cursos diferentes em um espaço geográfico e equipamentos de saúde comuns, definições e reconhecimento previsto para as atividades de preceptoria pela equipe de saúde dos serviços junto aos estudantes, a relação de preceptores e docentes, as contrapartidas de cada uma das instituições dentro da parceria, tendo um tratamento distinto entre instituições públicas e privadas, tendo prioridade nas definições interinstitucionais as primeiras instituições, dentre outros elementos¹⁵⁴;

¹⁵⁴ A Constituição dos COAPES foram regulamentadas por outras resoluções específicas, como as Portaria Interministerial MEC/MS Nº 10, de 20 de agosto de 2014, Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.127, de 04 de Agosto de 2015.

- f) Proporciona avaliações progressivas para o estudante induzindo o aperfeiçoamento do SINAES para os cursos de graduação em medicina e ressaltando o incremento da qualidade num contexto de aumento de vagas e criação de novos cursos – apoiou-se no modelo de avaliações progressivas do estudante realizado a cerca de uma década pelos consórcios de escolas médicas no âmbito da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) Estas avaliações específicas garantem um mecanismo complementar ao ENADE de individualizar o acompanhamento do estudante, em comparativo do desempenho individual ou global de estudante (s) da instituição frente a média nacional e a média específica da instituição de ensino.
- g) Garante o debate sobre temas novos fundamentais para formação ética do estudante, como a Segurança do Paciente e a Interprofissionalidade, valorizando a lógica não só do trabalho em equipe, mas de um compartilhamento radical de saberes entre diversas áreas profissionais e a população para a organização da prática do cuidado. A diretriz de 2001 trazia 05 (cinco) vezes a menção da importância do trabalho em equipes multiprofissionais para a formação médica. A DCN 2014 traz esta menção 08 (oito) vezes, justaposta três vezes ao termo interprofissionalidade. A interprofissionalidade é uma terminologia que avança em relação ao conceito de multiprofissionalidade porque requer, além do convívio para o aprendizado do fazer-junto do trabalho em equipe, também a necessidade de compartilhamento profundo de saberes e competências entre os diversos núcleos profissionais, devendo cada um emulsificar os saberes de seus núcleos de conhecimentos específicos com os saberes do outro núcleo. É um conceito dotado de radicalidade, e que tem haver com a discussão

internacional sobre uso de “*interprofessional healthcare teamwork*” para o trabalho em saúde em vários outros países do mundo, onde enfermeiras generalistas, obstetrias, optometristas, e uma série de outros núcleos profissionais vem qualificando os serviços de porta e retaguarda nos cuidados nas redes de atenção à saúde¹⁵⁵;

- h) Contempla, no perfil de formação dos futuros médicos, a diversidade na garantia de direitos sociais, dando ênfase a pautas inclusivas dentro do contexto histórico da época, como questões étnico-raciais, de gênero, e de classe social, dialogando assim com a pauta inclusiva das políticas de acesso, seja no setor saúde como no setor educação, e seu horizonte de minimização de iniquidades e promoção de justiça social. A repercussão das agendas de inclusão social no país tem forte relação com os setores saúde e educação, que diversificaram inclusive as políticas públicas voltadas a estas áreas, nos últimos 15 anos no país;
- i) Articula as mudanças da graduação com a Residência Médica, possibilitando a atenção básica como espaço centralmente presente tanto no Internato como nos pré-requisitos de acesso aos programas de residência médica¹⁵⁶, e indicando que o exame progressivo do estudante possa ser

¹⁵⁵Para compreender melhor sobre Inteprofissionalidade: ZWARESTEIN M, GOLDMAN J, REEVES S. Inteprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Review 2009, Issue 3.Art. nº.:CD000072. DOI:10.1002/14651858.cd000072

¹⁵⁶ A Lei 12.871/2013, a Lei do Mais Médicos, estabelece em seus artigos 5 e 6 mudanças no acesso à residência médica no Brasil. Até o final de 2018, o Governo Federal, a partir de seu órgão regulador e organizador da Residência Médica no país, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão ligado à Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC, deverá proporcionar que o número de vagas de acesso direto à residência no país deverá ser correspondente ao número de egressos em cursos de Medicina. Havendo esta universalização de vagas, haverá mudança no pré-requisito de acesso á residência médica no país. Retirando-se a exceção de 07 pequenas especialidades, que garantem pequeno provimento de vagas (a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; i) Radioterapia), todas as demais especialidades deverão cursar de um a dois anos de estágio ou residência na área de Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), antes de seguir seu itinerário final de formação. Ou seja, no ano de 2019, deverá haver no país a mesma

aproveitado como critério classificatório para os exames de seleção para residência médica, que se tornaria universal em vagas disponíveis para todos os egressos em cursos de Medicina a partir de 2019;

- j) Propõe a superação da lógica de segmentação do curso em ciclo básico, ciclo clínico e ciclo profissional (Internato) – tal proposta clássica no campo da educação médica desde os anos de 1960 é retomada com importância na nova diretriz. Já desde as DCN 2001 há menção de que os estudantes, desde os primeiros períodos do curso, devem ter inserções em práticas no sistema de saúde que sejam condizentes e correlacionadas com a vida profissional futura, que gera a necessidade de integração entre ciências básicas, clínica e saúde coletiva desde os primeiros momentos do curso de Medicina.

Assim, como todos os momentos anteriores onde houve mudança nos referenciais da organização do ensino médico no país, a DCN 2014 traz importantes contribuições, do ponto de vista conceitual e propositivo. Contudo, algumas perguntas ficam no ar quanto à efetividade da proposta, o que exploraremos na discussão.

Para tanto, comparamos as diversas contribuições históricas decorrentes de momentos diferentes da educação médica brasileira, selecionamos as seguintes categorias de análise analíticas, aprioristicamente, para podermos analisar de forma comparada os principais momentos da educação médica do país desde os anos de

quantidade de vagas de R1 em PRM-MFC que o número de egressos do ano de 2018. Para tanto, o art. 37º da DCN 2014 estabelece que as instituições de ensino superior, provendo diretamente ou em parceria com as instâncias gestoras do SUS como instituições provedoras, deverão ter a quantidade de vagas em PRM-MFC equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina formados pela instituição.

1960: contribuições da Medicina Preventiva, propostas de Integração Docente Assistencial (IDA), Projeto UNI e CINAEM:

- a) Perfil do Egresso;
- b) Formação por Competência;
- c) Integração Ensino-Serviço;
- d) Metodologias de Ensino-Aprendizagem;
- e) Avaliação;
- f) Trabalho em Equipe;
- g) Direito à Saúde;
- h) Atenção Primária/Básica;
- i) Formação Docente

Assim fizemos os seguintes paralelos comparativos, possibilitando a percepção de como cada um destes conceitos, a partir da utilização exata destas categorias ou de forma aproximada, se preocupou com estas questões em cada um dos contextos em que as propostas emergiram em momentos distintos. A proposta foi resgatar aleatoriamente como estes temas ou idéias vinculadas a estes aparecem ao longo do trabalho, sem um maior rigor do ponto de vista de como se “pinçar” as citações:

Quadro 6 - Comparação entre Medicina Preventiva, IDA, Projeto UNI, DCN 2001 e DCN 2014

CATEGORIAS ANALÍTICAS	Medicina Preventiva	Proposta IDA	Projeto UNI	CINAEM	DCN 2001	DCN 2014
Perfil do Egresso	(...) adquirir os conceitos e métodos de atenção integral ao indivíduo e sua família, ajudando lhes a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou doenças. Criar no futuro médico a consciência da função social de sua profissão	Favorecem a dicotomia médico generalista X médico especialista e as acusações de que os IDA pretendiam formar médicos sanitarietas com baixa qualidade técnica.	Propõe a formação geral, holística do médico/profissional de saúde, independente de sua vocação futura.	(...) a CINAEM ousa especialmente por enxergar a mudança não meramente como um elemento que parte da “vontade dos atores de mudar”, tirando de uma conotação individual a efetividade da mudança. Investiu-se em análises sobre relações de poder na escola médica, por exemplo, entre professores e estudantes, marcados por assimetria, dominação, violência simbólica, alienação e subjugação	O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano	O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença
Formação por Competência	-Inculcação (conscientização) - Dar ao futuro médico uma	Uni-departamental. Em geral medicina preventiva, pediatria, enfermagem	Envolve todos os departamentos dos ciclos básico e clínico	<i>Com a adoção deste enfoque, o trabalho médico daí resultante potencializará a exigência de um profissional</i>	Conhecimentos, competências, habilidades, atitudes, valores que o estudante precisa desenvolver.	Conhecimentos, habilidades, atitudes. Competências = capacidades a serem

	<p>compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma mudança de atitude para um conceito mais integral de medicina. Deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore à prática diária.</p> <p><i>A Medicina Preventiva é, portanto, dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à criação de novas atitudes, que devem estar incorporadas à prática de todos os 130 médicos e não serem exclusivas de 'especialistas preventivistas'</i></p>	comunitária ou odontologia social		<i>operando um complexo conjunto de saberes, categorizáveis didaticamente em momentos: compreensão, significação e intervenção (...).</i>		adquiridas pelo estudante
Integração Ensino-Serviço	(...) a Comunidade é o laboratório vital do	A exposição de estudantes aos novos	Propõem uma exposição curricular	o novo processo de formação deverá centrar-	vincular, através da integração ensino-	vincular, por meio da integração ensino-

	Departamento, este deve trabalhar harmoniosamente com os Serviços de Saúde Pública e prestar ajuda para cumprir suas finalidades científicas e sociais	cenários deu-se de forma espasmódica (estágios em períodos concentrados ao longo do curso), tardia (estágios de internato) ou voluntária (atividades extra-curriculares)	(obrigatória) ao longo de todo o curso, de forma continuada.	<i>se na comunidade, com enfoque na pessoa e nas suas necessidades (...).</i>	serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS	serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;
Metodologias de Ensino-Aprendizagem	-Integração Preferir os métodos nos quais os alunos aprendam de forma ativa desde os primeiros anos. Combinar os métodos de instrução: aulas teóricas, meios audio-visuais, seminários, estudos de investigação e de	Criaram novos cenários de ensino além do hospital, sem necessariamente criar novas metodologias de ensino adequadas aos novos cenários.	Propõe novos cenários de ensino e a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação do estudante.	(...) qualidade do ensino médico somada ao aperfeiçoamento do sistema de saúde levava a uma boa formação médica. 3ª Fase da CINAEM procurou desenvolver alguns instrumentos relacionados à entrevista clínica e as atividades de ensino junto aos serviços <i>de saúde do SUS.</i>	I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde; II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do	I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde; II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na

	<p>laboratórios, trabalhos bibliográficos, visitas a instituições, atenção de um número limitado de famílias por um período.</p> <p>As aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, devendo o curso ser ministrado através de seminários, discussões bibliográficas, trabalho em laboratórios, clínicas e no campo. Recomenda-se especialmente que o aluno devidamente supervisionado atue como conselheiro médico e observador de um número limitado de famílias da comunidade durante um longo período. Recomenda-se também a participação dos alunos nos serviços locais de saúde.</p>				<p>conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;</p> <p>III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;</p> <p>IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;</p> <p>V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;</p> <p>VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida(...)</p> <p>VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais</p>	<p>integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;</p> <p>III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;</p> <p>IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;</p> <p>V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de</p>
--	--	--	--	--	---	--

	<p>1º.) O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.</p> <p>2º.) Deve-se evitar que os departamentos de Medicina Preventiva hiper-desenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em 'faculdades a parte' (uma Escola Médica 'Adequada' em oposição à Escola Médica 'Inadequada').</p> <p>3º.) Deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social”</p>				<p>de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;</p>	<p>profissional com perfil generalista;</p> <p>VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;</p> <p>VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;</p> <p>VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato.</p>
Avaliação	<p>Focar novos métodos de avaliação que possam mensurar a aquisição de “atitudes preventivistas” por parte do estudante.</p> <p>Avaliar o compromisso do curso de medicina com a “mudança” a partir da implementação das reformas propostas.</p>	-	<p>Propõe metodologia inovadora de avaliação do estudante</p>	<p><i>da avaliação se partiu para a perspectiva transformadora e ela deve, então, continuar a ser o ponto de partida para a contínua transformação da transformação, o que significa vesti-la com uma amplitude maior do que a de mero recurso classificatório ou seletivo, como vem sendo a prática usual.</i></p> <p>propõe que a avaliação do estudante não pode ter um caráter punitivo, e que é necessária uma abordagem mais construtivista e formativa para a avaliação do estudante, e que a escola também tinha que ser submetida a um processo de avaliação institucional</p>	<p>Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.</p> <p>§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.</p>	<p>Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.</p> <p>Art. 33. O Curso de Graduação em</p>

				<p>que ajudassem a ajustes, melhorias, correções de rumos, trazendo parâmetros para o debate no interior de sua comunidade acadêmica</p>	<p>§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.</p>	<p>Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.</p> <p>Art. 34 (...)Parágrafo único - A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.</p> <p>§ 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.</p> <p>§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio</p>
--	--	--	--	--	--	--

						Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.
Trabalho em Equipe	Enfoque da “mudança” centrada na escola médica e na reforma da formação médica	Envolve somente um curso ou faculdade. Geralmente medicina ou enfermagem.	Dois ou mais cursos/faculdades envolvidos no mesmo conjunto de atividades.	Trata do trabalho em equipe, mas não traz tanta centralidade a este tema, se enfocando principalmente no ensino médico específico.	(...) no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz atuar em equipe multiprofissional utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional	(...) Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (...)utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. (...)cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no

						<p>qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;</p> <p>(...)aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde.</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>Direito à Saúde – Integração com Sistema de Saúde</p>	<p>-Não havia a institucionalização do conceito de direito universal à saúde no Brasil.</p> <p>Considerando que a Comunidade é o laboratório vital do Departamento, este deve trabalhar harmoniosamente com os Serviços de Saúde Pública e prestar ajuda para cumprir suas finalidades científicas e sociais.</p> <p>Recomendou-se que os Departamentos promovam a formalização de acordos e outras medidas tendentes a produzir a conexão necessária com os Serviços de Saúde Pública para um benefício recíproco.</p>	<p>-Não havia a institucionalização do conceito de direito universal à saúde no Brasil.</p> <p>Criaram os “Centros de Saúde-Escola”, um braço de extensão da universidade na comunidade, freqüentemente gerenciado e mantido pela universidade e, não raro, desarticulado do sistema de saúde</p> <p>Podiam prescindir de uma organização racional do sistema de saúde, na medida em que os Centros de Saúde-Escola estavam respaldados pelo Hospital Universitário ou outros serviços próprios da universidade.</p> <p>Os profissionais dos serviços atuam marginalmente como recurso docente.</p>	<p>- Saúde já era um Direito de Todos e Dever do Estado desde a CF 1988, quando se criou o SUS.</p> <p>O aprendizado se dá no sistema local de saúde. Não há “Centro de Saúde-Escola”, todas as unidades da rede são cenários potenciais de ensino e são administrados pelo Sistema Local de Saúde</p> <p>Exige uma organização racional do sistema de saúde para que o estudante vivencie o que se passa nos diversos níveis de atenção e não tenha uma visão fragmentada da atenção primária à saúde.</p> <p>A universidade é estimulada a incorporar os profissionais do serviço como recurso docente.</p>	<p>- Saúde já era um Direito de Todos e Dever do Estado desde a CF 1988, quando se criou o SUS.</p> <p>A comissão (...) [tem] como princípios fundamentais QUALIDADE DE ENSINO MÉDICO e o APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE, binômio indispensável à boa formação profissional</p>	<p>- Saúde já era um Direito de Todos e Dever do Estado desde a CF 1988, quando se criou o SUS.</p> <p>Preferencialmente o sistema de saúde vigente deve ser espaço de formação a ser valorizado.</p> <p>(...) a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</p>	<p>- Saúde já era um Direito de Todos e Dever do Estado desde a CF 1988, quando se criou o SUS.</p> <p>O SUS é o principal espaço de formação profissional.</p> <p>competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
---	---	---	---	--	---	--

<p>Atenção Primária/ Básica</p>	<p>- utiliza o conceito de comunidade</p> <p>Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas interrelações com o meio ambiente seja físico-químico, biológico, psicológico ou social.</p> <p>Entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família e esta por sua vez em uma sociedade.</p>	<p>Enfatizam-se as ações de ensino na atenção primária.</p> <p>Elegeram-se preferencialmente comunidades marginalizadas e carentes, estimulando no aluno a percepção de que a medicina de comunidade, ou familiar, é algo idealizado para populações carentes.</p>	<p>Exige uma organização racional do sistema de saúde para que o estudante vivencie o que se passa nos diversos níveis de atenção e não tenha uma visão fragmentada da atenção primária à saúde.</p> <p>O aprendizado se dá nos diversos níveis de atenção do sistema local de saúde.</p> <p>Elegeram um setor geográfico onde está representado um corte da comunidade, com diferentes estratos sociais, evitando a falsa relação medicina familiar + populações marginalizadas.</p>	<p>-foca no conceito de vínculo com a comunidade, articulação com os serviços de saúde, traça críticas a abordagem de mera reforma da prática individual da medicina integral e da medicina familiar, mas não traz ênfase a este debate</p>	<p>- Não traz ênfase neste debate. O termo atenção básica/primária, somente aparece duas vezes no texto, sendo citado como algo a ser incentivado.</p>	<p>- A atenção básica é fortemente incentivada, com 06 citações no texto.</p> <p>-Ênfase na área de conhecimento Medicina de Família e Comunidade para o ensino da Atenção Básica.</p> <p>Art. 24 (...)</p> <p>§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.</p> <p>§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos</p>
--	---	--	---	---	--	---

						<p>serviços de Urgência e Emergência.</p> <p>§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.</p> <p>§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.</p>
Formação Docente	Necessidade de envolver docentes de diversas áreas do curso para a aquisição de práticas e valores preventivista, não sendo estes	Exige-se formação docente adequada para proporcionar mudanças nas práticas de ensino-aprendizagem.	Exige-se formação docente adequada para proporcionar mudanças nas práticas de ensino-aprendizagem.	a profissionalização da docência médica: tal tema tem aparecido como uma questão central nas discussões da CINAEM desde 1997, o que também significa reconhecer a centralidade	Não trata do tema	Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde,

	<p>exclusividade dos sanitaristas, devendo permear os “diversos docentes do curso”.</p>			<p>da ação docente, seja na manutenção do atual padrão de escola médica (vide a sessão anterior e a caracterização da adocracia na escola médica) como fundamentalmente para a transformação deste mesmo padrão.</p> <p>e também redefiniu a natureza do trabalho docente, visto que as influências externas do mercado levavam a se ter cada vez menos professores dedicados exclusivamente à universidade, ou implicados aos destinos da escola médica e seu movimento de aprimoramento, contribuindo assim para a queda de qualidade do ensino. Elementos de ordem trabalhista e da própria discussão da estrutura das políticas de educação superior do país eram incorporados no debate</p>		<p>com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.</p> <p>Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à</p>
--	---	--	--	--	--	--

5. DISCUSSÃO

Tratando o quadro acima a partir de uma perspectiva histórica, traçamos algumas inferências importantes sobre o aparecimento e circulação das idéias vinculadas às categorias acima ao longo do tempo, nos diversos processos históricos:

- 1 – Cada uma das discussões acompanha a temporalidade e as condições objetivas de seu tempo.

Assim, falar de integração ensino-serviço nos anos de 1960 e 1970, onde não se havia um sistema de saúde público e universal no país; no início dos anos de 1990, quando o SUS ainda era incipiente e em fase de ordenamento geral; no início dos anos 2000 onde havia se iniciado uma expansão da Estratégia Saúde da Família há poucos anos; e no ano de 2014, onde há um nível de desenvolvimento do sistema de saúde, das políticas de educação e de toda a área social das políticas públicas no país, percebe-se que tratamos de questões muito distintas.

Efetivamente há uma espécie de “fio condutor”, muito tênue, que perpassa estes vários momentos, onde acúmulos são transmitidos de um momento histórico para outro, até porque temos muitos atores sociais que participaram de mais de um destes processos, e há um acúmulo subsidiário na literatura e no ordenamento institucional que geram aprendizados “intergeracionais”. Exemplo é a discussão sobre atenção primária/básica, que de certa forma, com enfoques distintos dentro das possibilidades de cada um dos tempos, sempre esteve em maior ou menor enfoque presente em todas estas experiências.

Mas também percebemos que algumas idéias propostas apresentam descontinuidades, idas e vindas, ao longo do tempo. Um exemplo desta questão são pautas como a questão da formação docente, que apareceu de uma forma bastante instrumental durante as experiências da Medicina Preventiva e nas experiências IDA e do Projeto UNI; ganhou grande abrangência na discussão da CINAEM, onde a discussão extrapolava para uma discussão mais geral sobre a “profissionalização da docência médica”; mas ficou oculta durante o momento das DCN 2001, e voltou com maior força na forma de incentivos a alguns dispositivos institucionais nas DCN 2014.

Percebe-se que as experiências da Medicina Preventiva, das experiências IDA e do Projeto UNI, por ainda lidarem com uma institucionalidade frágil do ponto de vista do ordenamento geral das políticas públicas em vigência naquele período, sempre tiveram um funcionamento “secundário”, como experiências “periféricas” na organização do ensino médico no período que ocorreram, apesar de suas importantes contribuições. Neste sentido, estas propostas investiram em experiências com “efeito demonstrativo”, ou com potencial criativo, proporcionando inovações que foram fundamentais para a experimentação de propostas que se colocaram na arena ao longo do tempo como possibilidades de mudanças.

A experiência da CINAEM foi importante momento de “intervenção crítica”, de questionamento de toda a institucionalidade constituída quanto ao padrão periférico que as propostas de mudança tinham ocupado até então na organização do ensino médico brasileiro. Criou conexões importantes com autores e acúmulos que já traziam críticas aos limites das proposições da Medicina Preventiva para a educação médica. Resgatou a amplitude de escopo de deveria ser abordado para proporcionar não só mudanças efetivas, mas verdadeiras transformações no âmbito da educação médica do país. Mas também percebemos, que mesmo com o acúmulo teórico trazido por

esta comissão, o desenvolvimento efetivo de dispositivos concretos de mudança e transformação por parte dela foi um elemento limitante apresentado, contemplado parcialmente pela DCN 2001. Percebemos nas experiências IDA e no Projeto UNI, mesmo com seus limites, um acúmulo experiencial muito melhor aplicado, avaliado e sistematizado, do que temos como efeitos da CINAEM. Como a quarta fase desta comissão, que era de uma implementação unitária de todo um processo de transformação do ensino médico do país não aconteceu, as possibilidades concretas de alteração proposta pela CINAEM ficaram paralisadas.

As DCN 2001 e 2014 efetivamente, pela capacidade de institucionalização do ensino médico como política pública, trazem um diferencial de possibilidades para a inovações (terminologia utilizada pela DCN 2001) ou mudanças efetivas na formação médica brasileira. E assim abrem uma nova “janela de oportunidades” de se construir alternativas.

2- Pedagogia das Competências e Perfil de Egresso

A aparente sintonia entre “enunciados históricos de tempos diferentes” parece se apresentar para nós como um “consolidado consenso”. A busca de uma formação médica pautada pelo princípio da Integralidade¹⁵⁷, desde uma elaboração mais “rudimentar” de acordo com as condições objetivas que vinham da Medicina Preventiva na década de 1960, até as definições sofisticadas que vem das DCN de 2001 e de 2014, todas marcadas com idéias como “resposta às necessidades sociais

¹⁵⁷ A Integralidade é um conceito que guarda sentidos polissêmicos, dependendo de como seja empregado. Tem relação com o conceito de Integrality ou de Comprehensive que os países de língua inglesa discutem. Mais sobre o tema em: MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004. MORAIS D.R. Revisitando as Concepções de Integralidade. Revista APS, v.9, n.1, p. 64-72, Juiz de Fora jan./jun. 2006

de saúde”, tem se colocado como o “referencial ético-político” central para os processos em curso não só na educação médica, mas na formação dos profissionais de saúde em geral. Para se alcançar este perfil de formação, cada uma das experiências em seu tempo utilizou diversas propostas de orientação pedagógica, todas de certa forma vinculadas a idéias como a aquisição de atitudes pró-ativas, pautadas em novos valores e expectativas de desempenho individual.

Contudo a CINAEM, como momento de “inflexão crítica”, traz alguns apontamentos que nos chamam a atenção. O principal são os questionamentos às experiências anteriores que tratam do perfil de formação como um elemento baseado na “mudança individual”, como se os sujeitos históricos, expostos a determinadas condições de aprendizagem com metodologias de ensino sofisticadas, diversificação de cenários de ensino, exposição à realidade pautada por um outro “sistema de valores”, possam ser convencidos quase que por uma “contagio”, que toma “corações e mentes” e traz a aquisição de um outro perfil técnico, profissional e cidadão.

É inegável perceber que ao longo do tempo, uma série de sujeitos históricos comprometidos com a mudança na formação médica, com a garantia do direito à saúde no país, com a construção de outras lógicas e outros modelos de cuidado às pessoas e coletividades, emergiram e tiveram nestas experiências alternativas importante espaço de construção social de seu ideário e mesmo opção de vida. O efeito que estas experiências trouxeram neste âmbito da “conversão individual” é da presença de pessoas que até hoje “fazem a diferença” pensando a luta pela democratização da saúde no país. Mas este segmento qualificado, se constitui como uma espécie de exceção, e diante disto não é o nosso foco de análise, que busca sim captar as repercussões mais gerais que estamos conseguindo construir com mais de 15 anos de políticas públicas de educação e saúde voltadas para uma mudança na

formação médica, desde a DCN 2001, que emplaca um discurso oficial de que o perfil de médicos que precisam ser formados devem acompanhar as necessidades de saúde da população brasileira.

Nesse sentido, a CINAEM quando traça sua crítica, vai levantar contradições não só no interior da escola médica, como a rigidez e cristalização de estruturas de poder no âmbito da organização departamental especialmente das escolas mais antigas, e a gestão acadêmica pouco democrática baseada em fortes assimetrias entre professores e estudantes, mas também nos alerta de não ignorarmos as implicações das relações externas que interferem sobremaneira na vida do ensino médico. Tal compreensão também foi apontada por Jorge Andrade, no final dos anos de 1970, conforme já destacamos¹⁵⁸.

Neste sentido, apesar de toda a institucionalidade que tomam as reformas no ensino médico por conta das construções das DCN 2001 e 2014, são inúmeras as reflexões acadêmicas que vem refletindo sobre os “currículos paralelos” que cercam estudantes de Medicina ao longo do curso¹⁵⁹. O acompanhamento “não oficial” de médicos em plantões por discentes, ligas acadêmicas baseadas em especialidades focais, doenças ou hiperespecialidades, “estágios extracurriculares” (não reconhecidos pela Lei de Estágios¹⁶⁰, mas incentivados muitas vezes em editais de provas de residência médica), cursinhos para residência médica competindo em

¹⁵⁸ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica en la America Latina. Washington: OPAS, 1979.

¹⁵⁹ TAVARES A. P. et al. O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Revista Brasileira de Educação Médica 31 (3) : 254 – 265 ;ABEM. Rio de Janeiro, 2007

¹⁶⁰ BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008. A lei de estágios define que somente existem dois tipos de possibilidades de estágios no país: obrigatórios e não obrigatórios. Qualquer estágio deve estar previsto no projeto pedagógico do curso, e no caso dos estágios não obrigatórios, há contrapartidas que envolvem seguro obrigatório, contraprestação em pecúnia ou transporte para o estudante estagiário. Os estágios extracurriculares para estudantes de Medicina geralmente ocorrem ao arpejo desta legislação, e tem uma valorização dos mecanismos corporativos de seleção baseado no acesso a especialidades médicas em residências ou pontuações para provas de títulos.

tempo e dedicação do estudante no momento de estágio curricular obrigatório são temas recorrentes, que mostram que há fatores que vem motivando a procura de outros perfis de formação para o estudante, em detrimento daquilo que é ofertado pela escola médica a partir da reforma em curso no ensino médico. Este tema é complexo, e neste sentido, este trabalho traz somente alguns apontamentos com o intuito de levantar contradições, mas não se propondo a explorar este debate.

Tem sido elemento de “escândalo” nos meios de comunicação e redes sociais o comportamento de estudantes de Medicina, com experiências de subjugação e humilhação a partir de práticas tradicionais como o trote (em algumas situações com denúncias de que há conivência das autoridades acadêmicas em este tipo de prática, mesmo que proibida)¹⁶¹, comportamento de humilhação a mulheres¹⁶², vandalismo e destruição de pequenas cidades em jogos de estudantes de Medicina em competições entre instituições de ensino, alusão a racismo em eventos estudantis¹⁶³. A pergunta a ser gerada, a partir destas constatações é: não se tem investido tanta energia e inovação institucional na aquisição de “competências atitudinais” voltadas a estudantes. Por que tais problemas recorrentes continuam a acontecer com prevalência importante?

É inegável que as discussões acima percorrem o campo da cultura, o que tem implicações com temas como a questão da(s) ideologia(s) que circulam na sociedade, mas mais especificamente em uma categoria profissional que tem um lugar diferenciado no âmbito da vida social, no caso os médicos. O professor Marco Aurélio da Ros, da Universidade Federal de Santa Catarina, traz, há mais de uma década,

¹⁶¹ AKERMAN M. et al. Revelando Fatos, Sentidos, Afetos e Providências sobre o Trote em uma Faculdade de Medicina: Narrativa de uma Experiência. Revista Brasileira de Educação Médica.

¹⁶² In: <http://www.revistaforum.com.br/2017/04/10/alunos-de-medicina-do-espirito-santo-sao-acusados-de-apologia-ao-estupro/> Acesso em 21 de abril de 2017.

¹⁶³ In: <http://www.revistaforum.com.br/2016/03/26/blackface-estudantes-de-medicina-brancos-se-pintam-de-preto-para-protestar-contras-cotas/> . Acesso em 21 de abril de 2017.

algumas reflexões sobre a ideologia dos cursos de Medicina¹⁶⁴. E neste sentido, conecta esta discussão com elementos como a organização do trabalho e das instituições médicas. Neste sentido, o professor Luciano Bezerra Gomes, da Universidade Federal da Paraíba, à luz da forte dicotomia entre os setores tradicionais da categoria médica, ferrenhos opositores a partir de suas entidades corporativas (conselhos de classe, associações médicas e sindicatos médicos) à construção do Programa Mais Médicos, inclusive de seu eixo educacional; e setores que apoiaram o programa “por fora” deste movimento tradicional das entidades, trouxe-nos elementos concretos, que nos mostram que “tais atitudes de oposição com o que é preconizado pela política institucional oficial são reflexos de um projeto corporativo próprio, que estabelece um sistema de valores específicos e possui fortes relações com a organização da prática médica a partir dos sinais do Mercado, baseada numa visão liberal para a organização da profissão, bem como a garantia de condições objetivas para uma autorregulação da profissão e da disponibilidade de sua força de trabalho¹⁶⁵.

Assim remontamos questões como as que a CINAEM nos trouxe no final dos anos de 1990, e que até o momento não temos total capacidade de resposta: é possível mudanças no perfil da formação dos médicos sem uma efetiva mudança no perfil dos docentes e dos profissionais que compõem o mundo do trabalho que acerca o estudante e contribui para a construção de todas as suas expectativas profissionais?

Trazendo para o âmbito mais imediato da discussão, percebemos que tanto as experiências da Medicina Preventiva, como as propostas IDA e o Projeto UNI, como

¹⁶⁴ DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 245-266.

¹⁶⁵ GOMES, L.B. A Atual Configuração Política dos Médicos Brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Clínica Médica. Departamento de Clínica Médica. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016: 85-105.

as DCN 2001 e 2014 apostam, cada uma evolutivamente com um nível de sofisticação maior, na construção de competências individuais por parte do estudante para a constituição do perfil profissional almejado. A DCN 2014 não só melhor elabora na definição, descrição e qualificação de níveis de competência, como também aprofunda o perfil de egresso trazendo o elemento da determinação social do processo saúde doença como transversal a toda discussão. Contudo o debate sobre a “pedagogia das competências”, apesar da vasta literatura de apoio aos resultados positivos da proposta, também tem sido alvo de críticas por parte de setores sérios e com acúmulos importantes dentro do setor educação.

Neste sentido, a pedagoga Marise Ramos, da Universidade Federal Fluminense, tem sido uma das principais interlocutoras críticas. Ela tem colocado em seus trabalhos que a Pedagogia das Competências, surgida no âmbito da formação técnica na França, durante o século XX, teve um claro objetivo de apoiar a formação de escala de trabalhadores para o desenvolvimento capitalista daquele determinado contexto histórico, numa lógica onde haveria uma maior valorização em um mercado de trabalho competitivo daquele profissional com maior aquisição de competência, que teria um aproveitamento destacado frente aos demais. Ou seja, o esforço individual para a aquisição de competências seria o elemento mobilizador dos atores para seu crescimento e diferenciação profissional. Para ela, isto cria uma lógica do *“individualismo como o ponto de partida e chegada para explicação das questões sociais”*¹⁶⁶.

Em resenha ao livro de Marise Ramos “Pedagogia das Competências; Autonomia ou Adaptação?”, o pesquisador sênior da Fundação Carlos Chagas, Celso

¹⁶⁶ OLIVEIRA R. Resenha de: A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? Marise Nogueira Ramos. São Paulo: Cortez, 2001. Trabalho, Educação e Saúde, 1(2):362-368, Rio de Janeiro, 2003

João Ferretti, destaca elemento bastante explicativo deste trecho do pensamento da autora de referência¹⁶⁷:

(...) a teoria funcionalista predomina nos estudos e ações que procuram identificar e promover o desenvolvimento de competências, entendidas estas como fator de produção, a autora examina no que consiste a “pedagogia das competências”, na sua dimensão psicológica, assim como na socioeconômica. Embora mostrando que as abordagens em relação à primeira dimensão não privilegiam necessariamente apenas a concepção mais estreita de competência, que a remete ao desempenho frente a demandas objetivas, Ramos salienta que esta última é a visão predominante. Quanto à segunda dimensão, ressalta que a tendência que se apresenta mais forte na “pedagogia das competências” é a que enfatiza o desenvolvimento de sujeitos que privilegiam seus projetos pessoais de profissionalização em detrimento de uma outra perspectiva, em que a profissionalidade resulta de construções e compromissos coletivos dos trabalhadores.

A autora vai colocar que a Pedagogia das Competências tem utilizado o conceito de qualificação como sinônimo de competência, o que não necessariamente se estabelece automaticamente.

Neste sentido, olhando para as construções das duas DCN, de 2001 e de 2014, e mesmo para as experiências anteriores, percebemos que por mais que a cada nova experiência traga a afirmação que o compromisso ético-político do futuro profissional de saúde esteja presente nas formulações, que esse deve adentrar o seu aprendizado a partir do trabalho em equipe, entre outras afirmações categóricas, há notórios questionamentos se estamos conseguindo alcançar os objetivos firmados quanto ao perfil de egresso, quanto aos aspectos atitudinais esperados, e especialmente quanto a seu vínculo e a sua relação com a construção do SUS. Preconizar a importância do sistema de saúde na formação, garantir elementos de exposição do estudante a esta

¹⁶⁷ FERRETTI C.J. Resenha de: A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? Marise Nogueira Ramos. São Paulo: Cortez, 2001. Educ. Soc., vol. 23, n. 81, p. 299-306, dez. Campinas, 2002

realidade são questões importantes, mas a falta de uma perspectiva mais clara de percepção de pertencimento do futuro profissional ao projeto histórico que representa o SUS, ou de uma forma mais abrangente a construção social do direito à saúde, parece-nos um desafio mais profundo, e que só ao nível textual ou normativo as DCN possivelmente não conseguirá garantir.

Ou seja, a construção social a partir do Mercado e do individualismo como modelo de inserção no processo de ensino-aprendizagem parece que apontam para outros caminhos e outros modelos como os “mais atrativos” para a futura vida profissional dos estudantes submetidos à mudança oficial. Sem a inserção destes processos de reformas na formação conectados com movimentos políticos e sociais maiores que façam contraponto, enquanto projeto societário, a esta lógica de organização mercantilista das práticas de saúde, dificilmente se constituirá um espaço social renovado onde o estudante possa ter uma experiência coletiva que sedimentem outros referenciais para sua vida profissional, bem como a garantia de referenciais concretos para sua inserção no mundo do trabalho e reprodução econômica da existência e das relações sociais permeados por uma possibilidade contra-hegemônica.

3 – Qual o sentido das reformas em curso?

Esta é uma outra pergunta importante a ser feita. Parte importante as críticas realizadas às novas DCN 2014 é que as DCN 2001 “já eram muito boas”. Que não haveria a necessidade de mudanças. Que as escolas médicas vinham, em seu ritmo e acúmulo, já construindo um processo de inserção no SUS. Por que mudar?¹⁶⁸

¹⁶⁸ In: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25703:2015-08-28-15-50-47&catid=3. Acesso em 21 de abril de 2017.

Efetivamente estes são questionamentos pertinentes. Não necessariamente o “mudancismo¹⁶⁹” tem eficácia. E efetivamente, se não temos clareza de qual é o nosso referencial para a construção de reformas, podemos seguir como já dizia o filósofo Sêneca¹⁷⁰: “Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para onde ir”.

Neste sentido, é importante resgatar alguns elementos clássicos da discussão sobre a educação em saúde, acumulados nos momentos de predomínio da discussão da Medicina Preventiva no âmbito das propostas de mudanças na educação médica, que já naqueles momentos tinham elementos críticos, inclusive dentro da própria Organização Panamericana de Saúde, que apontavam estas reflexões importantes nos anos de 1970¹⁷¹, como o professor José Roberto Ferreira, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e importante consultor da OPAS entre os anos de 1970 a 1990. Em colaboração com o professor da Universidade de Londrina, Márcio Almeida, ele formulou algumas categorias relevantes para compreender o estágio que reformas no ensino médico têm alcançado. São estas: inovação, mudança e transformação. Dentro de um esquema explicativo, temos o seguinte:

Quadro 7 - Níveis de Reformas Curriculares da Escola Médica (Ferreira, Almeida, 1999)

	Inovação	Mudança	Transformação
Enfoques Predominantes	Plano Fenomênico (aspectos quantitativos)	Plano dos Atores Sociais (alteram-se as relações sociais entre os diversos)	Plano Estrutural (alteram-se as relações políticas entre os sujeitos sociais, ou seja,

¹⁶⁹ GRIMM V. PEREIRA G.R.M. Usos e gênese do discurso mudancista no campo educacional brasileiro. Rev. Diálogo Educ., v. 13, n. 39, p. 793-812, maio/ago. Curitiba, 2013

¹⁷⁰ EHRHARDT M.L. O Arquiteto Do Social: Sêneca E A Construção De Modelos Para A Sociedade Romana Nos Tempos Do Principado A Partir Da Historia Magistra Vitae. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2008.

¹⁷¹ FERREIRA J.R. & ALMEIDA M. Reforma Curricular e compromisso social. Boletim da ABEM. 27 (4). Rio de Janeiro, 1999: 8-9

	convencionais relativos a relações técnicas)	atores na construção das reformas: estudantes, docentes, preceptores, população assistida/comunidade, áreas distintas dentro da escola médica – básico, clínico, profissional, saúde coletiva, etc)	em conjunto estes intencionalizam a escola médica participar da construção de um projeto histórico onde a formação consolide o paradigma da Integralidade, articulação efetiva entre o biológico e o social na compreensão da determinação social do processo saúde doença, transdisciplinaridade na construção do conhecimento, a afirmação do sistema de saúde como um patrimônio social que garanta o direito pleno à saúde, etc
Componentes do Processo	-Reorganização da carga horária, com ênfase em atividades práticas; - Melhor dimensionamento entre recursos para o ensino e dimensão do corpo docente; -Desenvolvimento educacional inovador, com novas metodologias de ensino e avaliação, do estudante e da escola médica institucionalmente.	- Superação da docência hospitalocêntrica por modelo de docência em rede; -Interdisciplinaridade; -Participação Social com a comunidade sendo partícipe da reformulação do ensino -Articulação entre ensino-serviços-comunidade.	- Intersetorialidade; -Transdisciplinaridade; - Articulação Biopsicossocial; -Controle Social definindo os sentidos do processo de formação; -Associação entre estudo e trabalho, com o processo de formação sendo parte do processo de trabalho de equipes de saúde.
Resultados Possíveis	Altera os conteúdos ou processos ou relações.	Altera conteúdos e/ou processos e/ou relações.	Altera conteúdos, os processos e as relações.

Neste sentido vale à pena destacar que tanto as críticas à Medicina Preventiva nos anos 60 e 70, e a crítica à institucionalidade vigente nos anos de 1990 a partir da CINAEM sempre afirmaram o referencial da transformação do ensino médico como meta. Observamos, numa análise comparativa entre as idéias que circundam as experiências que analisamos anteriormente, que efetivamente a construção do paradigma da transformação não é simples, visto que exigem uma certa constituição

de um “bloco histórico¹⁷²” dentro da escola médica, com sintonia e projeto coletivo claro e intencionalizado politicamente que não é simples diante da constituição deste espaço social, as pressões e as ideologias do mundo corporativo e profissional que fluem para dentro da instituição formativa. Mas o próprio José Roberto Ferreira já levantava que apesar de parecer um projeto “pouco viável” ou “retórico” a transformação frente às complexidades colocadas, a crise do modelo médico-hegemônico da prática médica atual impõe a necessidade de alternativas.

O esgotamento ou não do modelo médico-hegemônico, sua crise ou sua remodelagem frente às revoluções tecnológicas e do conhecimento em curso, sua inviabilidade ou sua “reconfiguração mutante” moldada em um paradigma que sobrevive a partir da realidade societária colocada, ou seja, quanto mais crise do sistema social, mais demandas de problemas de saúde vive a sociedade para alimentar essa oferta médico hegemônica baseada na doença e comprometida com o Mercado...este é um tema que não iremos explorar neste trabalho, apesar de considerá-lo de importância, pois há uma certa constatação de uma vitalidade desse modelo tantas vezes criticado há décadas (são quase 50 anos de críticas acumuladas por diversas experiências alternativas ao modelo médico-hegemônico...e este modelo continua pautando a “ordem do dia”), a agenda da transformação deverá tomar “outros contornos” e também se ressignificar, pois parece que não haverá a “contradição dialética fundamental” que faria todo o “edifício ruir para que de seus escombros surja o novo que lhe supere”¹⁷³.

¹⁷² PINTO E.C.BALANCO P. Estado, bloco no poder e acumulação capitalista: uma abordagem teórica. Revista de Economia Política, vol. 34, nº 1 (134), pp. 39-60. Rio de Janeiro janeiro-março/2014

¹⁷³ PEREIRA, J.J.B.J. FRANCIOLI F. A. S. Materialismo Histórico-Dialético: Contribuições para a teoria Histórico-Cultural e a Pedagogia Histórico-Crítica. Germinal: Marxismo e Educação em Debate, Londrina, v. 3, n. 2, p. 93-101, dez. 2011

Difícilmente qualquer ator conseguirá responder esta pergunta sem ser de forma ensaística na atual conjuntura histórica, visto que as alternativas de superação dessa crise societária nos parecem que não estão colocadas na mesa neste momento. Mas ao mesmo tempo, as conseqüências, destruição e erosão do tecido social causado pela perpetuação do sistema social hegemônico são também motivações para que aspirações anticapitalistas se afirmem, e sempre estabeleçam, mesmo que sem possibilidade de ser a forma social predominante, como alternativas e lugares que tentam resistir e organizar “lugares protegidos” para o desenvolvimento de outras formas de se viver, e de se produzir cuidado, autonomia, práticas sociais, culturais, ideológicas e políticas comprometidas com a solidariedade, equidade e justiça social.

Retornando desta digressão geral, percebemos que as políticas oficiais, a partir das DCN 2001 e 2014, não apresentam uma “agenda efetiva de transformação”. Estas diretrizes buscam, na verdade, induzir progressos no campo da inovação e da mudança. Parece-nos que a agenda da transformação tem muito mais haver com alterações mais gerais da correlação das forças sociais como um todo, ou de condições muito próprias e específicas que uma determinada escola médica, na conjunção de uma série de fatores conjunturais possa acumular para “ir mais além”.

Neste sentido nos parece eficaz o movimento das DCN 2014 se estabelecerem em relação às de 2001. Como discutimos em outros trechos deste trabalho, parece-nos que a agenda das inovações curriculares e da avaliação podem tender a uma certa “inércia” do ponto de vista das possibilidades de se aprofundarem alguns processos no interior da escola médica, em sua relação com os serviços e o sistema de saúde e com a população. O texto da DCN 2014 traz um melhor detalhamento do que “precisa ser feito” para se alcançar o perfil de egresso, que foi textualmente inclusive melhor “politizado”, bem como prevê um aprimoramento da avaliação, seja

do estudante, da instituição formadora ou do professor (este com uma nova oferta obrigatória, de formação docente). Importante acompanhar se a execução concreta destes novos elementos presentes na DCN 2014 serão refletidos no SINAES para os cursos de graduação em Medicina.

Mas lembramos que as avaliações realizadas pelo INEP e reguladas pela SERES/MEC são realizadas, em sua base da avaliação externa, entre pares, o que se não bem trabalhado na perspectiva de construção de um corpo técnico e constituição de um “coletivo qualificado” que afirme como a sua referência de um “padrão-ouro” algo baseado pelo menos no horizonte da inovação. Caso isto não ocorra, pode a avaliação de forma desfigurada “penalizar” escolas que constroem inovação/mudança/transformação, caso tais avaliadores tenham o modelo hegemônico como essência de sua compreensão do ensino médico. Como os bancos de avaliadores do INEP são constituídos por editais de chamada pública a especialistas com “ilibada titulação e produção acadêmica”, nem sempre os perfis disponíveis e que se apresentam para esta etapa fundamental do processo avaliativo uma compreensão e embasamento pautados pelos referenciais de “alteração do *status quo*” que estamos trabalhando aqui nesta pesquisa, e muitas vezes são oriundos de escolas de medicina tradicionais, que muitas vezes são aquelas com maiores dificuldades de proporcionar mudanças significativas em sua perspectiva formativa.

- 4- Novo momento da discussão sobre atenção primária/atenção básica na educação médica.

Este é um elemento que também precisa ser destacado da DCN 2014. A atenção primária é um tema recorrente nas tentativas de reformas desde os anos de 1960, e a nível mundial tendo experiências, não com esta nomenclatura, mas com proposições muito semelhantes, como a Escola de Medicina de Western Reserve (Cleveland, Ohio) desde os anos de 1940¹⁷⁴. O projeto General Practitioner do Reino Unido vem desde 1957, assim como o projeto de médicos de família no Canadá e os EUA desde o ano de 1960¹⁷⁵ também são exemplos. A Conferência de Alma-Ata já preconizava a importância dos cuidados primários à saúde para a formação dos futuros profissionais do setor desde 1978. No Brasil as propostas da Medicina Preventiva, IDA, Projeto UNI já davam ênfase a espaços e práticas com esta conotação, contudo as experiências de ensino na APS tem sido as mais diversas e heterogêneas possíveis desde os primeiros tempos, tendo um protagonismo dos saberes vinculados à Saúde Coletiva: Gestão e Planejamento, Epidemiologia e Ciências Sociais em Saúde na organização destes processos educacionais¹⁷⁶.

A tentativa de parametrizar melhor o ensino nesta área se deu no ano de 2007 a partir de documento produzido em conjunto pela Associação Brasileira de Educação Médica e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com publicação em revistas científicas em data posterior.¹⁷⁷ Nestes documentos, afirmam-se atribuições compartilhadas entre a Saúde Coletiva e a Medicina de Família e Comunidade na organização deste espaço de ensino, sendo que as práticas mais

¹⁷⁴ CRUZ K. T. A Formação Médica No Discurso da CINAEM. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 128.

¹⁷⁵ LAMPERT, J.B. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009

¹⁷⁶ GOMES A.P. et al. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (4) : 541-549. ABEM. Rio de Janeiro, 2012.

¹⁷⁷ DEMARZO M.M.P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1) : 143-148. ABEM. Brasília, 2012

vinculadas à dimensão populacional e abordagem comunitária/coletiva à população são inculcadas à Saúde Coletiva, cuidando a Medicina de Família e Comunidade dos aspectos relacionados à clínica neste cenário, seja no âmbito individual como no do cuidado familiar.

Neste sentido, a nova DCN 2014 traz um destaque para a Medicina de Família e Comunidade dentro da formação médica, visto que a coordenação das práticas de ensino dentro dos espaços voltados à atenção básica no âmbito dos estágios obrigatórios (Internato) ao final do curso devem ser conduzidos por esta área do conhecimento, não citada na DCN de 2001.

Assim há tendência de estímulo ao crescimento desta área do conhecimento e especialidade médica no âmbito das escolas médicas, visto a nova modelagem proposta. O aumento da massa crítica de médicos de família ou clínicos gerais no âmbito das escolas médicas são um nível de recomendação relevante em diversas orientações internacionais que trazem as melhores evidências sobre o tema das reformas no ensino médico. Diversas escolas médicas, mundo afora, tem criado departamentos de medicina de família, ou outros com nomenclatura próxima, desde os anos de 1960¹⁷⁸.

Este é um importante elemento para superação de conflitos históricos relacionados às disputas entre a Saúde Coletiva, que surgiram a partir da crítica das práticas reformistas vindas de matrizes do exterior nos anos 70 e 80. A Medicina de Família e Comunidade foi secundarizada na maior parte das escolas médicas durante longo período, visto que a disputa pelo espaço institucional dos departamentos de Medicina Preventiva, criados a partir da reforma universitária de 1968, foi intensa, e a

¹⁷⁸ ANDERSON, M.I.P.et al. A Medicina De Família E Comunidade, A Atenção Primária À Saúde E O Ensino De Graduação Recomendações E Potencialidades. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. In: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/mfc_na_graduacao.pdf . Acesso em 21 de abril de 2017.

Saúde Coletiva, forjada por uma jovem militância, com experiência importante de luta política adaptada para os rigores e contradições do período autoritário, e bebendo criticamente da fonte dos sanitaristas desenvolvimentistas de tendência transformadora, como Gentile de Melo e Mário Magalhães, conseguiu melhor se posicionar naquele momento histórico, onde os espaços eram limitados para experiências progressistas, e um projeto acadêmico acabou se desenvolvendo em detrimento do outro.

No atual momento histórico, a relação entre Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade ganha outros contornos. A Saúde Coletiva hoje é uma área consolidada no Brasil, com um nível de intelectualidade, revistas científicas, diversidade na sua produção e organização tanto ao nível de graduação como pós-graduação, sendo inclusive considerada uma área própria no âmbito da CAPES/MEC (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação). Ao mesmo tempo, a falta do médico de família e comunidade como um “ator disponível em escala”, limita sobremaneira as “disputas” no interior da formação e da prática médica, algo que a Saúde Coletiva preconiza para a reorganização das redes de atenção à saúde a partir da atenção primária, sendo quase que um “imperativo ético-político” a defesa do crescimento da proporção de formação desse médico especialista, por muitos sanitaristas.

Ao mesmo tempo, desta relação marcada por encontros e desencontros, novas necessidades se abrem para cada um dos campos, no que é tocante à formação médica. A Saúde Coletiva, apesar da crítica a um *status quo* da educação médica pouco implicado com a transformação, pouco conseguiu avançar em reflexões e conformação de práxis concretas para enfrentar questões decisivas para a mudança/transformação, como a ressignificação da clínica, seu ensino e a

reorganização de seu escopo de práticas. Ao mesmo tempo, a Medicina de Família e Comunidade, fortemente marcada por uma matriz discursiva eurocêntrica, baseada em experiências dos países capitalistas centrais, terá que se reinventar na perspectiva de lidar com um país com o nível de desigualdade social, diversidade cultural, características sanitárias próprias de sua população e de seu sistema de saúde, onde poucos países em desenvolvimento conseguiram construir este campo do conhecimento com potência, com as raras e gratas exceções de Cuba e da Costa Rica, no caso da América Latina, e Portugal e Espanha, no caso da Europa Ocidental. Experiências da chamada Medicina Rural tem importante destaque em zonas de vulnerabilidade social tanto em países centrais do capitalismo como Canadá, Austrália e Noruega, como em países em desenvolvimento como Índia e África do Sul. Aprender com estas experiências que se colocam no âmbito da periferia do sistema, aprendendo inclusive com elementos que a Saúde Coletiva traz na compreensão dos determinantes sociais e da conformação histórica e social do processo saúde doença em nosso país poderá ser importante nesta redefinição da identidade na Medicina de Família e Comunidade brasileira, em tempos onde terá muito mais espaço no âmbito do aparelho formador.

CONCLUSÃO

Dentro das perspectivas analisadas, consideramos que as DCN 2014 trazem avanços em relação às DCN 2001, na perspectiva de que as novas condições históricas – dentre elas as possibilidades políticas trazidas pela Lei do Mais Médicos e sua vinculação de reformas na educação médica a um marco legal específico, para

além da própria LDB 1996 – deu impulso para se renovar no âmbito das escolas médicas algumas acomodações, no que vinha sendo proposto a partir das DCN 2001. Assim a DCN 2014 introduz a perspectiva do terceiro ciclo de reformas curriculares no cenário do movimento de educação médica mundial.

Contudo é importante destacar que o nível de resistência enfrentado para o desenvolvimento do Programa Mais Médicos, com ataques que vem da sociedade política, meios de comunicação e especialmente dos setores preponderantes da categoria médica a partir de sua estrutura corporativa são obstáculos que impõem grandes barreiras para o avanço a um ciclo de mudanças ou de transformação na formação médica, visto que este setor corporativo, a partir de sua direção cultural no âmbito da docência e da prática profissional tem forte inserção dentro da escola médica, onde tentam também incorporá-la como um aparato de reprodução de seu projeto específico. Este tem bases fortemente galgadas numa lógica liberal de organização do trabalho médico, onde corporativamente esta categoria profissional regula seu processo de trabalho e sua prática profissional, trazendo distanciamentos e oposições às mudanças que buscam ser implantadas a partir dos desafios de construção cotidiana do SUS.

Ou seja, é importante a formação baseada em competências buscar caminhos, onde o modelo de formação não pode ser acrítico, visto que a tendência preponderante nesta discussão educacional é de uma inserção do estudante no processo de aquisição de saberes e capacidades numa lógica centrada no indivíduo e não em um projeto coletivo, o que pode tornar este processo facilmente “capturável” pela concepção liberal de prática médica, pois esta também tem o individualismo como um valor para inserção dos profissionais no mundo do trabalho e na construção de sua visão de mundo e ideologias.

Os destinos do sistema de saúde do país, a partir de um agravamento do subfinanciamento e redução de seu tamanho e de sua garantia, como se apontam as medidas em vigência a partir da aprovação da Emenda Constitucional (EC) 55/2016, que impõe um teto de gastos para a área social intransponível, será determinante para se fortalecer ou enfraquecer este projeto de reforma do ensino médico em construção¹⁷⁹.

Elementos concretos também relacionados à regulação e avaliação do ensino médico, tendo aí papel importante o MEC, os conselhos estaduais e municipais de educação, para tornarem os elementos das novas DCN 2014 presentes efetivamente nos instrumentos de avaliação externa dos cursos, na prática dos avaliadores, nas ferramentas de avaliação específica do estudante, e nas avaliações das instituições de ensino, valorizando-se suas relações interinstitucionais com as instâncias de gestão e atenção do SUS, especialmente com a valorização de novos elementos, como o COAPES – Contrato Organizativo de Ação Ensino-Saúde, são elementos importantes de serem valorizados.

Ao mesmo tempo, há características específicas que vem se configurando na educação médica brasileira que podem trazer interferências e dificuldades para este processo regulatório. Uma delas é o crescimento do setor privado na educação superior médica. No Brasil, diferentes de outros países, a educação superior médica tem um forte predomínio de instituições privadas com fins lucrativos, em detrimento daquelas de cunho filantrópico, confessional, não lucrativo, comunitário ou fundacional, que são o tipo de instituição privada que predominam na maior parte dos

¹⁷⁹ DAVID G. Os efeitos da PEC 55 na Saúde / SUS. Apresentação junto ao Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PEC-55-na-Sa%C3%BAde_SenadoCDH_CNS_final.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2017.

países que tem sistemas públicos e universais de saúde, como legalmente é constituído o nosso¹⁸⁰.

Na verdade, nestes países, o setor público tem uma importante participação no conjunto das escolas médicas, com uma participação geralmente complementar do setor privado comunitário, sendo residual instituições com fins lucrativos. Aponta-se que o crescimento do setor privado na educação médica pode trazer problemas importantes, como um alto nível de endividamento dos egressos dos cursos, o que gera a dificuldade da adesão concreta destes profissionais a propostas mais publicistas diante de desafios objetivos para quitação de dívidas, o que os faz serem incorporados em uma lógica impelidos ao trabalho em práticas de saúde marcadas por outros valores e lógicas mercantis, distintas daquilo preconizado na formação e funcionamento do sistema de saúde destes países, conforme o art. 200 da Constituição Federal.

Mas neste sentido, no intuito de induzir inovações/mudanças/transformações, são marcantes as seguintes potencialidades das DCN 2014, para questões não contempladas pelas DCN 2001:

- a) **Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino – Saúde** como modelo de organização e gestão dos processos de integração ensino-serviço em um território definido;
- b) **Formação de preceptores** como um imperativo para constituir “redes de saúde escola”, com maior inserção dos estudantes em práticas de integração ensino-serviço;

¹⁸⁰ FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010

- c) **Formação e Desenvolvimento Docente** como processo obrigatório e qualificador por parte da escola médica no intuito de restabelecer o compromisso da docência médica com o estudo, incorporação científica e técnico-política da educação médica enquanto prática capaz de diferenciar o processo de ensino-aprendizagem do estudante;
- d) **Formação e Regulação de Especialistas** como um elemento que precisa ser considerado pela graduação para não fragmentar, estancar ou distorcer o itinerário formativo do futuro profissional. A universalização de vagas de residência a partir do pré-requisito na área de Medicina de Família e Comunidade, e mudança em todo o sistema de pré-requisitos previsto na Lei do Mais Médicos a partir de 2019 poderá melhorar o dimensionamento e o provisionamento destes profissionais qualificados no SUS, conforme as necessidades de saúde, algo que diversos outros países do mundo com sistema de saúde públicos e universais fazem¹⁸¹;
- e) **Ensino Centrado na APS** tanto na graduação como na residência, aumenta-se a demanda de especialistas em Medicina de Família e Comunidade para garantia de ampliação da carga horária e requalificação da prática neste cenário de formação;
- f) **Aperfeiçoamento da Avaliação** - atualizando-se os mecanismos de avaliação da instituição e do estudante, com uma melhor descrição de competências, desde áreas gerais a desempenhos específicos, possibilita-se os novos mecanismos de avaliação, como a bianual progressiva do estudante.

¹⁸¹ OLIVEIRA F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 19(54):623-34. Botucatu, 2015.

As instâncias de regulação do sistema educacional terão melhores recursos e dispositivos para avaliar e induzir mudanças no ensino médico;

- g) **Clínica Ampliada e Integralidade do Cuidado** na graduação – há claro compromisso com a ressignificação da clínica, contando com elementos da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade para tal finalidade;
- h) **Novas DCN para outros cursos da área da saúde** – a orientação voltada à **interprofissionalidade** poderá abrir um novo ciclo de reformas também para as outras áreas profissionais, buscando se constituir modelos sinérgicos entre os cursos de trabalharem o compartilhamento de saberes para a construção de equipe de saúde interprofissionais.

Neste sentido, consideramos estes importantes indicadores para a mudança, que podem ser importantes para construção de eventuais modelos lógicos para avaliação.

Assim sendo, consideramos que a valiosa pauta que é a da formação dos profissionais de saúde, que apresenta tantos emperramentos, mas também potencialidade para a construção do projeto histórico vinculado ao direito à saúde no país tem novas possibilidades e uma renovação de sua agenda a partir dos marcos trazidos pelo Programa Mais Médicos.

O acompanhamento concreto da implementação desta política, o mapeamento de experiências exitosas, que inclusive por condições locais específicas avancem no sentido da transformação do ensino médico, devem ser acompanhadas e avaliadas em pesquisas posteriores, com o intuito de analisar se o dispositivo legal está sendo capaz de proporcionar conseqüências positivas dentro daquilo que tem sido historicamente intencionalizado.

Consideramos assim que novos trabalhos poderão apontar se mudanças significativas estão se dando no plano real a partir destes novos dispositivos trazidos pela Lei 12.871/2013, e por todas as novas contribuições trazidas pelas DCN 2014 para o ensino médico do país.

BIBLIOGRAFIA

AKERMAN M. et al. Revelando Fatos, Sentidos, Afetos e Providências sobre o Trote em uma Faculdade de Medicina: Narrativa de uma Experiência. Revista Brasileira de Educação Médica.

ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde. A Mudança é Possível. 2 ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro. ABEM, 2011. p. 33-37.

AMÂNCIO A. QUADRA A. A. F. Saúde, **Saber Médico e Recursos Humanos** In FLEURY S. BAHIA L. AMARANTE P.(org) Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, CEBES, 2008: 50-54

ANDERSON et al. **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária em Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades.** Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.3, nº 11, out /dez 2007. p: 157-173.

ANDERSON et al. **Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade.** Revista APS, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005

ANDRADE, J. Marco **conceptual de la educación médica en la America Latina.** Washington: OPAS, 1979.

ANTUNES R., BRAGA R. **Os Dias que Abalaram o Brasil: as rebeliões de Juno, julho de 2013.** R. Pol. Públ., Número Especial, p. 41-47, São Luís, julho de 2014.

ANTUNES, F. **O Espaço Europeu de Ensino Superior para uma nova ordem educacional?** In: PEREIRA, Elisabete M. A.; ALMEIDA, Maria Lourdes P. (orgs.).Universidade contemporânea: políticas do Processo de Bolonha. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2009, p. 27-57.

AROUCA, S. **O dilema preventivista:contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva.** São Paulo. 1ª Reimpressão. Ed. UNESP; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2003. p.109-202.

BOSI, M. L. M. & PAIM, J. S. **Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(4):2029-2038. Rio de Janeiro, 2010

BRAGA, R. **As jornadas de junho no Brasil: Crônica de um mês inesquecível.** OSAL Observatorio Social de América Latina Año XIV Nº 34. CLACSO. Cidade do México, Nov 2013: 51-61

BRANDÃO G. M. **Linhagens do Pensamento Político Brasileiro.** Aderaldo &Rotchild Editores. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007:21-67.

BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o**

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, pt1

BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, pt1

BRASIL. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014.** Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Brasília, 2014.

BRASIL. Câmara de Educação Superior. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 583**, de 04 de abril de 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CES/CNE nº 116/2014. Publicado no D.O.U. de 6/6/2014**, Seção 1, Pág. 17

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer CES/CNE nº 776/1997. Ministério da Educação (MEC)**, 1997.

BRASIL. Constituição Federal. Brasília de 1988.

BRASIL. **Discurso de Posse do Ministro Alexandre Padilha.** Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/100-ministro/9015-integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo-em-03-de-janeiro-de-2011-em-brasilia-df>. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Em cerimônia de despedida, Padilha destaca avanços na atenção básica.** Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1860. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Planejando a Próxima Década Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação.** Ministério da Educação. Brasília, 2014.

BRASIL. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64

BRASIL. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64.

BRASIL. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 2015: 15-64

BRASIL. Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação. **Edital SESu/MEC nº 04, de dezembro de 1997.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2016.

BREILH J. **Epidemiologia Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidade.** 1ª edição. Ed.FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006

BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. **Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950).** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007.

CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** Ed. Hucitec. São Paulo. Ed. Fioruz. Rio de Janeiro, 2011 p. 29

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde**. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec. São Paulo. Ed. Fioruz. Rio de Janeiro, 2011 p. 46-80.

CAMPOS. G.W.S **A Clínica Do Sujeito: Por Uma Clínica Reformulada e Ampliada**. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

CARVALHO, R. R. **Um ator social em formação: da militância à análise e descrição do processo de formação médica no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Campinas. Campinas, 1998. p. 109-111

CASTRO, J L. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em Educação do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas . Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008: 55-68

CHANDOLA A. MARMOT M. et al **Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 2006; 332**

In: doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38693.435301.80>. Acesso em 21 de abril de 2017.

CONSELHO DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Entrevista com Alexandre Padilha**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/5/entrevista-com-ministro-alexandre-padilha.html>. Disponível em: 17 de janeiro de 2016.

CORADINI, O. L. **O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a crise da medicina no Rio Grande do Sul'**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV (2): 265-286 jul.-out. Rio de Janeiro, 1997

CRUZ K. T. **A Formação Médica No Discurso da CINAEM**. Trabalho de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, agosto de 2004. p. 128-218.

CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S., HULLEY, S. B. **Elaborando a questão de pesquisa. In: Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p: 35-41.

CUTOLO, L.R.A & DELIZOICOV, D. **Caracterizando a escola médica brasileira**. Arquivos Catarinenses de Medicina V. 32. no. 4 de 2003. p. 23-34.

DA ROS, M.A. **A ideologia nos cursos de medicina.** In: Marins, J.J., Rego, S., Lampert, J.B. and Araújo, J.G.C. Eds., Educação médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades, Hucitec, São Paulo, 2004: 224-266

DAVID G. **Os efeitos da PEC 55 na Saúde / SUS.** Apresentação junto ao Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-Os-efeitos-da-PEC-55-na-Sa%C3%BAde_SenadoCDH_CNS_final.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2017.

DEMARZO M.M.P. et al. **Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1) : 143-148. ABEM. Brasília, 2012

DONNANGELO, M. C. F. PEREIRA, L. **Medicina & Sociedade.** 2ª Ed. Série Saúde em Debate. São Paulo. Hucitec, 2011.

EHRHARDT M.L. **O Arquiteto Do Social: Sêneca e a Construção de Modelos para a Sociedade Romana nos Tempos do Principado a Partir da História Magistra Vitae.** Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2008.

FAUSTINO R. **A Origem do Universo em Ovídio.** Revista Língua, Literatura e Ensino. Vol 4. Campinas, maio de 2009.

FERREIRA J.R.,ALMEIDA M. **Reforma Curricular e compromisso social.** Boletim da ABEM. 27 (4). Rio de Janeiro, 1999: 8-9

FERRETTI C.J. **Resenha de: A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** Marise Nogueira Ramos. São Paulo: Cortez, 2001. Educ. Soc., vol. 23, n. 81, p. 299-306, dez. Campinas, 2002

FEUEWERKER L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** São Paulo. Hucitec/Rede Unida, 1998.

FLACSO. **Vinte e Um Anos de Educação Superior: Expansão e Democratização.** Grupo Estratégico de Análise da Educação Superior no Brasil. Cadernos do GEA/UERJ, n. 3, jan.-jun. Rio de Janeiro, 2013

FLEURY S. et al. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997

FLEURY, S. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina.** OPAS. Brasília, 1985. p. 89

FRANCO, MLPB. **O que é análise de conteúdo.** São Paulo: PUC, 1986.

FRENK et al. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** The Lancet. Volume 376, No. 9756, p1923–1958, 4 December 2010.

GARCIA, J. C. **Características generales de La educación médica en La América Latina.** Anexo al Documento CD19/16 presentado a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 10 de octubre de 1969.

GARCIA, P. J. et al. **Profesionales de la Salud para el Nuevo Siglo: Transformando la Educación para Fortalecer los Sistemas de Salud en un Mundo Interdependiente.** Rev Peru Med Exp Salud Publica, 28(2). Lima, Perú, 2011: 337-41

GOMES A.P. et al. **Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis.** Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (4): 541-549. ABEM. Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, L.B. **A Atual Configuração Política dos Médicos Brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas.** Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Clínica Médica. **Departamento de Clínica Médica.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016: 85-105.

GRIBOSKI C.M., FUNGHETTO S. S. **O Sinaes e a qualidade da educação.** Revista Retratos da Escola, v. 7, n. 12, p. 49-63, jan./jun. Brasília, 2013. Disponível em: www.esforce.org.br. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

GRIMM V. PEREIRA G.R.M. **Usos e gênese do discurso mudancista no campo educacional brasileiro.** Rev. Diálogo Educ., v. 13, n. 39, p. 793-812, maio/ago. Curitiba, 2013

GUAL A. G., NÚÑEZ-CORTÉS J. M., PALÉS-ARGULLÓS J., ORIOL-BOSCH A. **The Edinburgh Declaration, 25 years on! FEM; 16 (4): 186-189.** Barcelona, 2013. In: www.fundacioneducacionmedica.org. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

In: <http://www.revistaforum.com.br/2016/03/26/blackface-estudantes-de-medicina-brancos-se-pintam-de-preto-para-protestar-contracotas/> . Acesso em 21 de abril de 2017.

In: <http://www.revistaforum.com.br/2017/04/10/alunos-de-medicina-do-espírito-santo-sao-acusados-de-apologia-ao-estupro/> Acesso em 21 de abril de 2017.

In:http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25703:2015-08-28-15-50-47&catid=3. Acesso em 21 de abril de 2017.

KIRSCHNER, T.C. **A Reflexão Conceitual na Prática Historiográfica in: Textos de História.** Vol. 15.nº 1/2, Universidade de Brasília. Brasília, 2007: 49-61.

KOSELLECK R. GADAMER H. **Historia y hermenéutica.** 1ª ed. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1997: 65-108.

KOSELLECK R. GADAMER H. **Historia y hermenéutica.** 1ª ed. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1997: 109-118.

LAMPERT, J.B.**Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas.** 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009. p.124

LAMPERT, J.B.**Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas.** 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.p.140-142

LAMPERT, J.B.**Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas.** 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009: 135-140

LAMPERT, J.B.**Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas.** 2ª Ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

MARANHÃO, E. A. GOMES, A.P. SIQUEIRA-BASTISTA R. **O Que Mudou na Educação Médica A Partir Das Diretrizes Curriculares Nacionais: Sob o Olhar do Jano de Duas Faces** In: STREIT. D. S. et al (org). Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012: 59-9

MARANHÃO, E. A. GOMES, A.P. SIQUEIRA-BASTISTA R. **O Que Mudou na Educação Médica A Partir Das Diretrizes Curriculares Nacionais: Sob o Olhar do Jano de Duas Faces** In: STREIT. D. S. et al (org). Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012: 59-91

MARMOT M. **Social determinants of health inequalities.** The Lancet, 2005; 365: 1099–104

MARTINS FILHO, M.T. , NARVAI P. C. **O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico.** Revista Saúde em Debate, v. 37, n. 99, p. 646-654 out/dez. Rio de Janeiro, 2013.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004. MORAIS D.R. Revisitando as Concepções de Integralidade. Revista APS, v.9, n.1, p. 64-72, Juiz de Fora, jan./jun. 2006

MEHRY E.E, ACIOLE G.G. **Em Busca da Nova Escola Médica: A CINAEM e a Construção dos Novos Paradigmas para a Formação em Medicina.** In Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-12.pdf> . Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

MELLO, G. A. **Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde.** Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010

MENDES, E. V., **As redes de atenção à saúde.** OPAS. Brasília, DF, 2011.

MORAIS I. ALKIMIN D. LOPES J. SANTOS M, LEONEL M. SANTOS R. ROSA W. MENDONÇA A, SOUSA M. **Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: O Que Dizem Sobre o Programa Mais Médicos?;** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. v.48. São Paulo, 2014: 112-120.

MOTA, A. **Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina-USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976.** Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 54, p. 159-172, out./dez. 2014. Editora UFPR

NUNES, E. D. **O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9):1752-1762, set, 2013.

NUNES, E.D., Juan César García: **pensamento social em saúde na América Latina.** São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA F. P. et al. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.** Interface:Comunicação, Saúde e Educação. 19(54):623-34. Botucatu, 2015.

OLIVEIRA R. **Resenha de: A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** Marise Nogueira Ramos. São Paulo: Cortez, 2001. Trabalho, Educação e Saúde, 1(2):362-368, Rio de Janeiro, 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do que Nunca.** Relatório Mundial de Saúde. Genebra, Suíça, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Código de Práticas para a Contratação Internacional de Profissionais de Saúde: Documento da OMS para Discussão.** 49º Conselho Diretor. 61ª Sessão do Comitê Regional. Washington DC, EUA, 10 de julho de 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Código de Prácticas Mundial de la OMS Sobre Contratación Internacional de Personal de Salud.** Resolución WHA 63.16. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud. Genebra, Suíça, 21 de mayo de 2010.

PAGLIOSA F. L. & DA ROS M. A. **O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal.** Revista Brasileira de Educação Médica 32 (4) : 492–499; 2008.

PAIM J. S., ALMEIDA FILHO N. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública, ou um campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316,. São Paulo, 1998.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador. EDUFBA, 2006 p. 128

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAULA M.F.C., **Desigualdades e Políticas de Inclusão na Educação Superior no Brasil e na Argentina: limites, possibilidades e desafios.** *Revista Aleph*, ano VI - Número 18. UFF. Rio de Janeiro, dez 2012. ISSN 1807-6211

PAULO, A. **Os Conceitos/Categorias Na Construção Teórico-metodológica do Trabalho Científico: Elementos Epistemológicos e Políticos.** VII Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Anais. ANPED-SUL. Itajaí, 2008.

PEASEY A. MARMOT M. et al. **Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the HAPIEE study.** *BMC Public Health* 20066:255 In: DOI: 10.1186/1471-2458-6-255. Acesso em 21 de abril de 2017.

A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2010.

PEREIRA, J.J.B.J. FRANCIOLI F. A. S. **Materialismo Histórico-Dialético: Contribuições para a teoria Histórico-Cultural e a Pedagogia Histórico-Crítica. Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 93-101, dez. 2011

PIERUCCI L. A. M. **Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005).** *Revista Espaço Acadêmico*, n. 107. Maringá, abril de 2010. p.77

PIERUCCI L. A. M. **Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005).** *Revista Espaço Acadêmico*, n. 107. Maringá, abril de 2010. p.76

PINTO E.C.BALANCO P. **Estado, bloco no poder e acumulação capitalista: uma abordagem teórica.** *Revista de Economia Política*, vol. 34, nº 1 (134), pp. 39-60. Rio de Janeiro janeiro-março/2014

PINTO H. A. **O Movimento Estudantil de Medicina e a transformação da Escola Médica.** *Interface*, vol.4 no.7. Botucatu, agosto 2000. p. 159-160

PIRES-ALVES, F. **Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina** – Bireme. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3). Rio de Janeiro, 2008:899-908

POLIDORI M. M, MARINHO-Araujo C. M, BARREYRO G. B. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.14, n.53, p. 425-436, out./dez. 2006

RISTOFF, D. **O Novo Perfil do Campus Brasileiro: Uma Análise do Perfil Socioeconômico do Estudante de Graduação**. *Revista Avaliação*, Campinas; Sorocaba, SP, v. 19, n. 3, p. 723-747, nov. 2014

OPAS. **Salud en el siglo 21: los nuevos desafios deben dar forma a la dirección de la formación**. *Revista RETS – Red Internacional de Educación de Técnicos em Salud*. Ano 3 Nº 9. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Ene/Feb/Mar 2011.

SANTOS B. S. **Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências**. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, Outubro de 2002:237-280.

SCHRAIBER, L. B. & MOTA, A. **O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1467-1473, 2015

SILVA S.M.,SANTOS L.M.P.**Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos**. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*; v.04; n.02. FIOCRUZ. Brasília, 2015

SILVA,E. L. CUNHA, M. V., **A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas**. *Ci. Inf.*, v. 31, n. 3, set./dez . Brasília, 2002. p. 77-82.

SOPHIA, D. C. **Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1960-1990**. ESS/UFF, 2005 / 2o sem. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal Fluminense, 2005. p. 41.

TANCREDI, F.B. **Quatorze diferenças entre Projetos IDA e UNI**. *Uniletter*, vol 1, cap 2,1995.

TAVARES A. P. et al. **O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**.*Revista Brasileira de Educação Médica* 31 (3) : 254 – 265 ;ABEM. Rio de Janeiro, 2007

TEIXEIRA, C. SUS, **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia.** IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. p.18

TEMPSKI. P.Z. MARTINS M.A. et al. **Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras Relatório II.** Ministério da Saúde. PROADI. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio2_final.pdf

TESSER G. J. **Principais linhas epistemológicas contemporâneas.** Educ. Rev. no.10 p. 91-98. Curitiba Jan./Dec. Ed. UFPR, 1995

WEILLER T.H. ; SCHIMITH M.D. PROVAB: **potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde.** Journal of Nursing and Health; ;3(2):145-46. Pelotas, 2014.

WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION. **Edinburgh Declaration. Edinburgh,** Scotlhand. United Kingdon, 1988. In: <http://wfme.org/projects/wfme-publications/99-the-edinburgh-declaration/file>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Forty-Second World Health Assembly.** Agenda item 18.2. Thirteenth plenary meeting. Geneva, 19 May 1989

ZWARESTEIN M, GOLDMAN J, REEVES S. **Inteprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes.** Cochrane Database of Systematic Review 2009, Issue 3.Art. nº.:CD000072. In: DOI:10.1002/14651858.cd000072. Acesso em 21 de abril de 2017.