

POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL UM ESTUDO A PARTIR DO MODELO DAS COALIZÕES DE DEFESA

BRAZILIAN MEDICAL TRAINING PUBLIC POLICIES: A ADVOCACY COALITION FRAMEWORK BASED STUDY

Vinicius Rauber e SOUZA¹

RESUMO

Este artigo analisa o processo de formação de coalizões de defesa em torno do subsistema de políticas públicas relativas à formação médica no Brasil, demonstrando as origens dos grupos envolvidos, suas alianças e seus conflitos e as crenças que as subsidiam. Utilizamos o conceito de coalizões de defesa para compreender como grupos se organizam em torno de ideias e como agem para vê-las impressas nas políticas públicas. Foram identificadas duas coalizões no referido subsistema de políticas públicas, calcadas em diferentes crenças sobre como deve ser a formação médica, uma defendendo uma formação inovadora e outra uma formação tradicional. Estas irão se constituir desde a Reforma Universitária de 1968, que irá determinar os currículos mínimos, de caráter tradicional, para os cursos de medicina no país. Será no período de redemocratização no país, com o surgimento do movimento de reforma sanitária, que a coalizão que defende uma formação inovadora, calcada nos pressupostos da saúde coletiva, ganhará força.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde. Educação de graduação em medicina. Avaliação curricular das faculdades de medicina.

ABSTRACT

This article examines the Brazilian medical formation public policy subsystem. It highlights the constitution of advocacy coalitions and demonstrates the origins of the groups involved, their alliances and the beliefs in which they are supported. The concept of advocacy coalition is used to comprehend how groups organize to defend their ideas and how they act to imprint them on public policy. Two coalitions have been identified in the aforementioned public policy subsystem – both firm in different beliefs of how medical formation should be, establishing a tradition-innovation dichotomy. Such coalitions came to be in occasion of the 1968 Academic Reform, which determined minimal curricula, tradition oriented, for the country's Medicine courses. Only during the redemocratization period, with the movement for sanitary reform, will a coalition for innovative formation, based on public health aspects, gain momentum.

Keywords: Professional health training. Undergraduate medical education. Medicine Departments Curriculum Assessment.

¹ Graduado e mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), doutor em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor da Universidade de Passo Fundo.

INTRODUÇÃO

Desde 2001, quando foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os cursos de graduação em medicina no Brasil passam por um processo de adaptação dos seus currículos à nova legislação. Para além das questões técnicas, as mudanças curriculares envolvem crenças sobre como deve ser a formação médica. As políticas públicas em torno desta questão mobilizam associações médicas, universidades, pesquisadores, além de agentes e órgãos das várias esferas do governo. Estes, para terem suas demandas atendidas, se unem através de grupos mais ou menos coesos ligados por estas crenças.

O presente trabalho aborda as disputas em torno do subsistema de políticas públicas de formação médica sob o referencial teórico do modelo de coalizões de defesa, de Sabatier e Weible (2007). Ele analisa a formação de coalizões de defesa entre os grupos que procuram pautar as políticas públicas em torno da formação médica no Brasil. As coalizões reúnem pessoas e organizações em torno de uma política pública e possuem níveis variados de coesão e de engajamento. O principal elo entre os membros de uma coalizão é o compartilhamento de determinadas crenças e valores que guiam as suas ações.

Sendo assim, primeiramente é explicada as bases dos sistemas de crenças que mantêm as coalizões de defesa existentes no Brasil em torno das políticas públicas para a formação médica unidas. Para Sabatier e Weible (2007), o sistema de crenças envolve: a) convicções normativas e pressupostos ontológicos sobre temas como a natureza humana, valores fundamentais como liberdade, igualdade e visão do estado contra mercado e a tradicional escala direita/esquerda (crenças de núcleo profundo); b) valores relacionados às políticas públicas, como a relativa autoridade dos governos e mercados, o papel do público em geral nas decisões, os eleitos, os civis, os especialistas e a seriedade e as causas dos problemas como um todo (crenças de núcleo político); c) aspectos instrumentais das políticas, de escopo relativamente limitado, como as formas de implementação e ferramentas mais acionadas (crenças secundárias). No caso, a polarização sobre os modelos de educação médica ocorre por eles serem calcados em diferentes crenças de núcleo profundo que envolvem divergências sobre o que é saúde e doença e como devem ser formados/as profissionais de medicina, gerando assim duas grandes coalizões de defesa no Brasil.

Basicamente, existem dois modelos principais de formação médica no Brasil, fundadas em diferentes perspectivas (Lampert, 2002): 1) o ‘tradicional’, chamado também de currículo flexneriano ou pós-flexneriano (Mortimer e Takeuchi, 1983), cujas bases se assenta no modelo biomédico. Calcado em um currículo dividido em ciclos e de caráter disciplinar, de acordo com as especialidades médicas, com as atividades práticas ocorrendo predominantemente dentro do hospital. 2) outro, ‘inovador’, cujas bases se assentam numa concepção holística de saúde e doença. Os currículos nesta perspectiva são organizados em eixos e módulos, rompendo com o caráter cíclico e disciplinar, com o uso de metodologias ativas de ensino, para uma formação generalista, cujas atividades práticas são voltadas para serviços de atenção básica ou em comunidades e não no hospital. Estes modelos, que terão suas especificidades locais e abrangerão certa gama de variações em seu interior, vão ser defendidos por diferentes grupos no Brasil.

Não obstante, Sabatier e Weible (2007) salientam que nem as coalizões nem as crenças são estanques. Os autores consideram que uma crença profunda é mais difícil de modificar. Já crenças políticas ou secundárias podem se modificar através do aprendizado orientado-pela-política (*policy-oriented learning*). Por outro lado, o conflito entre coalizões não é necessariamente eterno. Alguns fatores podem levar as coalizões a negociarem suas posições (com ‘acordos negociados’), fundir-se ou extinguir-se. Entre eles, os altos custos políticos e a disposição de fundos e recursos. Do mesmo modo, os arranjos e negociações podem ser apenas temporários, quando os interesses entre os grupos são muito divergentes ou quando estes considerem que certos valores não são negociáveis.

Para compreender melhor este processo, aqui é analisada a formação das coalizões em torno do subsistema de políticas públicas para educação médica no Brasil. Neste sentido, dois momentos

foram críticos no que tange à formação médica: na Reforma Universitária de 1968, durante o período da Ditadura Militar, o país adota o modelo tradicional flexneriano como currículo mínimo para os cursos de graduação em medicina; e no ano de 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) irão substituir o currículo mínimo e propor um modelo de formação de caráter inovador.

Os dados analisados provieram majoritariamente da pesquisa em teses, dissertações, livros, artigos, relatórios especializados e documentos oficiais. Neste sentido, foi realizada pesquisa em plataformas digitais, como o portal da Capes, a SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), e nas bibliotecas da UFRGS e da Universidade de Passo Fundo (UPF). Foram selecionados textos que ajudassem a compreender a evolução histórica das diferentes perspectivas de formação médica e os grupos que a elas se vinculam, tanto internacionalmente quanto no Brasil, quais seus pressupostos teóricos e quais as crenças que fundamentam suas posições, para compreender quais concepções de saúde, doença e do papel de médicos e de médicas as permeiam. Isso permitiu interpretar como está estruturado o campo da formação médica no Brasil, demonstrando a dicotomia existente entre uma perspectiva ‘tradicional’, calcada no flexnerianismo e no modelo biomédico, e a perspectiva ‘inovadora’, crítica à tradicional, com foco na atenção básica e baseada nas concepções da saúde coletiva, e suas respectivas implicações. A análise abordou as principais políticas envolvendo a formação médica no Brasil desde a Reforma Universitária de 1968 até o período de revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina de 2014.

DOIS MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA

A educação médica contemporânea emerge a partir da fusão da concepção de saúde do modelo biomédico com o modelo de ensino de Abraham Flexner (1866-1959) (Almeida, 1999). Fruto da união entre a medicina e a biologia, há mais ou menos dois séculos, o modelo biomédico guiou a formação e a ação dos/as médicos/as nos últimos séculos, constituindo o alicerce da moderna medicina científica. Suas principais características são: 1) a visão da doença como um mal funcionamento da normalidade do organismo, cuja causa pode ser identificada e isolada (reforçada especialmente com a teoria dos germes); 2) a crença de que o espírito e o corpo podem ser tratados separadamente, com ênfase na cura da doença e não no bem-estar do paciente; 3) o único tratamento válido é de exclusividade dos profissionais de medicina (especialistas), que vão identificar as doenças através de métodos científicos, cujo lócus de atuação é o hospital, local de concentração tecnológica (Giddens, 2005).

Flexner foi um educador americano, responsável pela elaboração do chamado Relatório Flexner que desencadeou uma profunda reforma nos métodos de ensino médico nos EUA e no Canadá. Influenciou faculdades de medicina de todo o mundo e atingindo até mesmo a formação em outros campos do conhecimento. O relatório produzido por ele, introduziu critérios de cientificidade da ciência ocidental moderna e institucionalidade até hoje aceitos como basilares na estrutura curricular considerada tradicional do ensino universitário nos países industrializados. A partir das recomendações de Flexner, os currículos dos cursos de graduação de medicina foram divididos em dois ciclos: um com disciplinas das ciências básicas, com duração de dois anos; e um ciclo clínico nos anos restantes do curso, centrados no hospital e nas especialidades médicas. Como consequência, a formação médica adquiriu um caráter fragmentado (em função da divisão disciplinar e em especialidades), voltada para a formação de especialistas e majoritariamente hospitalocêntrica (Almeida Filho, 2010).

O modelo flexneriano de formação médica foi hegemônico nas escolas médicas ocidentais até meados do século XX. No entanto, nesse período começou a ganhar força uma diferente visão sobre o ser humano, contestando primeiramente o modelo biomédico (Lampert, 2002). Saúde e doença passaram a ser diretamente relacionadas com a sociedade e o meio social que o indivíduo estava inserido, sua classe social, os grupos que pertencem, seu trabalho e até mesmo seus sistemas de crenças. Além disso, os corpos passaram a ser vistos como moldados pela inserção social dos indivíduos e suas experiências, e não somente como produto de uma relação mecânica com seu

meio. Aos poucos a saúde passa a ser vista sob uma perspectiva holística, inserida em uma base social e pensada de maneira multicausal, influenciada por fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais (Giddens, 2005).

A mudança na concepção de saúde e de doença também vai levar ao questionamento sobre a formação dos recursos humanos na área da saúde. O modelo flexneriano passa a ser criticado pela sua ênfase nos processos curativos, pela centralidade de ações hospitalares (altamente custosas) e individualizadas, pela disciplinarização dos currículos e pela superespecialização e fragmentação do conhecimento e do homem (Almeida Filho, 2010). Em contraposição a essa visão tradicional do que deve ser a formação médica, formou-se uma perspectiva que buscava mudar a forma de ensino de modo que o/a médico/a passasse a ver o ser humano como um todo, inserido dentro de um contexto social, quebrando a hierarquia de determinações existente dos processos biológicos sobre os processos sociais com relação à saúde e à doença e integrando a formação profissional aos serviços de saúde para além do hospital, numa perspectiva inovadora. Sob a influência destes novos pressupostos sobre saúde e doença, inicialmente houve a implementação de departamentos de medicina preventiva e disciplinas de epidemiologia nas faculdades de medicina. Ao final da década de 1960 surgiram os primeiros cursos com currículos sob esta perspectiva (Mortimer e Takeuchi, 1983).

Estes dois modelos de formação médica estão calcados em diferentes sistemas de crenças sobre o que são saúde e doença, qual o papel do médico e da médica, como e onde devem atuar e, finalmente, como deve ser, então, a formação médica. Em torno destas duas concepções de formação médica se formarão duas grandes coalizões no Brasil. Em favor de um modelo de formação tradicional, teremos grupos mais ligados a uma concepção liberal de medicina e cujas concepções de saúde são calcadas nos pressupostos do modelo biomédico, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Do lado da formação médica inovadora, grupos ligados à reforma sanitária e aos ideais da saúde coletiva, como a Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Na sequência, analisaremos os contextos específicos de como estas alianças surgirão e os conflitos que emergirão a partir delas.

A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL APÓS A REFORMA UNIVERSITÁRIA DE 1968

No Brasil, o impacto destas duas concepções de formação médica será sentido especialmente a partir do final da década de 1960. Ao longo da primeira metade do século XX serão predominantes O modelo flexneriano de educação médica vai paulatinamente ocupar o espaço ocupado pelos modelos alemães e franceses de formação, até então dominantes, mas de maneira muito incipiente. Este processo só atinge seu apogeu com a Reforma Universitária de 1968, que padronizou a formação médica no Brasil através do estabelecimento de um currículo mínimo, tendo o modelo flexneriano como base (Lampert, 2002).

Ainda no início da década de 1960 o movimento de contestação ao modelo biomédico chega ao país. Em 1962 é criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), passando a organizar encontros, seminários e publicações relativos à formação médica no Brasil, inspirados pelas iniciativas inovadoras no âmbito internacional. No entanto, é somente na segunda metade da década de 1970 que houve a emergência de forças contrárias às políticas de saúde dominantes (Paim, 2003). Das lutas pela valorização aos direitos humanos no período da Ditadura Militar emergirá o movimento da reforma sanitária e se estruturará a contestação à perspectiva biomédica dominante, com a noção de saúde coletiva (Osório e Schraiber, 2015). É a saúde coletiva que fornecerá as bases para o sistema de crenças da coalizão de defesa dos currículos inovadores no Brasil. Para Tambellini (2005, p. 54),

a Saúde Coletiva define-se, no âmbito do conhecimento, como um campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da

ação/intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais/políticas/econômicas/biotécnicas/educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionamentos e o próprio processo saúde/doença.

Na formação em saúde, esta nova perspectiva influenciou a criação das primeiras Residências em Medicina Preventiva e Social (RMPS), o que permitiu uma maior oferta de médicos sanitários no Brasil (Belisário, 1995). Há também o surgimento das primeiras iniciativas em medicina comunitária e a criação do Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) em Sobradinho e Planaltina (ambos no DF), desenvolvidos em parceria entre a UnB, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a *Kelloggs Foundation*, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) (Ibañez, Mello e Marques, 2012). Nas décadas de 1970 e 1980, o IDA se consolidou como a maior estratégia de transformação dos currículos de medicina brasileiros (Cruz, 2014). Posteriormente o IDA passou a fazer parte do Programa Latino-Americano de Desenvolvimento Educacional em Saúde da OPAS, financiado pela *Kelloggs Foundation*, visando incentivar atividades extramuros.

Outra organização de grande influência irá surgir no ano de 1979, quando foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), reunindo instituições formadoras de profissionais de saúde em nível de pós-graduação (Almeida, 1999). Nos anos subsequentes a Abrasco assumiu grande protagonismo na discussão sobre saúde pública no país, incluindo a formação médica, defendendo os ideais da saúde coletiva e a inovação na formação médica (Ibañez, Mello e Marques, 2012).

Já na segunda metade da década de 1980, o Brasil passará pelo processo de redemocratização. Em 1986, as propostas do movimento de reforma sanitária convergiram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, concluindo discussões a respeito da ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, criação do SUS, participação popular e constituição e ampliação do orçamento social (Paim, 2003). Isso acarretou na alteração do conceito de saúde em vigor no país, que passou a compreender o bem-estar do indivíduo, pretendendo dar conta de diversos aspectos da existência humana. Em 1988 promulgou-se a Constituição Federal. Nela, houve a consolidação da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, regulamentada em 1990 com a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS nº. 8080/1990). O conceito de Saúde adotado pelo SUS reflete, do ponto de vista teórico, os conhecimentos da saúde coletiva.

Desde a criação do SUS, a formação de recursos humanos para a área é uma das responsabilidades do Ministério da Saúde, o que inclui a formação continuada dos profissionais de saúde e as graduações na área. No entanto, o Ministério da Educação ficou responsável pela Política Nacional de Educação, exercendo a primazia na formação superior de profissionais de saúde. Apesar das mudanças no cenário internacional e das fortes pressões dos movimentos sociais nos anos 1980, pelo menos até os anos 2000 pouca coisa mudou nas políticas de educação superior da área da saúde e o modelo flexneriano, com seu caráter biomédico, continuou a ser predominante nos cursos superiores de medicina brasileiros.

Ainda nos anos 1990, o Ministério da Saúde lançou alguns programas na direção de uma assistência integral, voltados para uma lógica não hospitalocêntrica, de atenção básica. Algumas outras iniciativas, oriundas de fora do governo, permitiram mudanças incrementais nas escolas médicas. Uma delas é o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), contemplando seis instituições no Brasil. Lançado inicialmente nos EUA e na África do Sul no final da década de 1980, com o incentivo da *Kelloggs Foundation*, ele foi trazido para a América Latina em 1991. O projeto visava a mudança na formação dos profissionais em saúde nas escolas participantes, rumo ao paradigma da inovação, recomendando o rompimento com o modelo de ciclos básico e profissional na formação médica (Lampert, 2002; Lins e Cecílio, 1998).

No entanto, segundo Cruz (2004), no final dos anos 1980 ocorreu esvaziamento da discussão sobre reformas curriculares na medicina brasileira, frente ao debate sobre a criação dos SUS e da estruturação dos serviços, que dominavam a agenda política na área da saúde. Assim, ganhou força no ensino superior uma concepção liberal de educação superior, que tinha como pautas a criação de um sistema de acreditação para as escolas médicas e de um mecanismo de certificação para os formandos em medicina, de modo a garantir a qualidade profissional. Assim, através da Resolução 034/90, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) instituiu o exame obrigatório para os médicos formados no estado, iniciativa que foi seguida por outros conselhos pelo país. O governo do presidente Fernando Collor de Melo formalizou, em 1991, a proposta chamada de Uma Nova Política Para o Ensino Superior, visando a constituição de centros de excelência de caráter privado, com um sistema de acreditação institucional e o exame de certificação profissional para todas as pessoas recém-formadas (Gouveia et al, 2005).

Cabe salientar que essa concepção liberal da formação médica, que englobava em sua coalizão outras forças como a Associação Paulista de Medicina (APM), o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e o próprio Conselho Federal de Medicina (CFM), não era hegemônica. A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) era a principal instituição a liderar o grupo que discordava desse mecanismo, por considerar que apenas um exame não dava conta de atestar a qualidade de profissionais de medicina, em especial no que tange à responsabilidade social e à postura ética. Havia também, uma forte crítica à privatização da formação médica e às instituições que visavam apenas o lucro. A proposta da ABEM era o fim do exame e a criação de uma política para o ensino superior que garantisse a qualificação dos cursos de graduação, permanentemente acompanhando estudantes durante o seu período de formação (Cruz, 2004).

Apesar das posições discordantes no nível das crenças menores de como deveriam ser os currículos médicos, havia entre estes grupos uma crença compartilhada de que era preciso modernizar o ensino médico no Brasil. É a partir dessa discussão que se criou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), sob iniciativa de entidades médicas, visando avaliar o ensino médico no Brasil (Lins e Cecílio, 1998). A Comissão foi composta por profissionais de onze instituições ligadas ao ensino e à prática médica, mantendo seu funcionamento entre 1991 e 2002 (Cruz, 2004). A CINAEM liderou a tentativa de reorganização da formação médica no Brasil na década de 1990, reunindo instituições como a ABEM, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM), até mesmo o CREMESP, além de “um grande grupo de escolas médicas, professores, estudantes, profissionais da saúde, representantes da sociedade civil e outras instituições” (Cyrino et al, 2015, p. 147).

Tal processo começou com a avaliação das escolas médicas de graduação do Brasil pela Comissão (chamada de Primeira Fase da CINAEM). Os resultados sugeriram qualidade insatisfatória das escolas. Apenas 45% dos/as profissionais formados/as nas escolas médicas do país detinham os conhecimentos desejados pela Comissão. Assim, através do aprendizado orientado-pela-política, a ideia da construção de um novo modelo de formação médica começou a se construir dentro da CINAEM (Lampert, 2002; Cruz, 2004). A segunda fase desse processo iniciou em 1993, durante o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica. Nesse momento, houve o lançamento do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas. Em 1994, com o apoio das escolas do Projeto UNI buscou-se aprofundar a avaliação do projeto pedagógico em 47 escolas, além de avaliar o corpo docente e a capacidade do/ formando/a (Lampert, 2002).

Enquanto isso, já sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso, o governo iniciava um novo processo de avaliação dos cursos superiores no Brasil, com a Lei 9.131 de 1995, que criou o Exame Nacional dos Cursos (ENC), o chamado Provão. Ele visava classificar a qualidade das instituições conforme uma espécie de sistema de ranking (Verhine, Dantas e Soares, 2006)**Erro! Fonte de referência não encontrada.** Entre os defensores desta ideia estava Adib Jatene, ex-Ministro da Saúde, que tinha com fortes ligações com as entidades de caráter liberal da medicina, como o CFM. No entanto, a institucionalização do Provão ocorreu na direção contrária das

propostas da CINAEM, expondo as divergências em seu interior. Conforme Gouveia et al (2005), grupos ligados a CINAEM criticavam que o Provão privilegiava as instituições privadas em detrimento das universidades públicas, não levava em consideração as diferenças regionais e a articulação com os sistemas de saúde locais.

Conforme avaliação de Almeida (1999), ainda em 1996 a CINAEM tinha causado apenas mudanças incrementais dentro dos cursos, cujo modelo flexneriano ainda era dominante, apesar do aumento da carga horária curricular em ambientes comunitários e nos serviços de saúde locais. Uma mudança mais estrutural nos currículos ocorreu somente em algumas escolas até o início dos anos 2000, especialmente na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e na Universidade de Londrina (UEL), ambas contempladas pelo Programa UNI (Borochovicius e Tortella, 2014). No entanto, ao final dos anos 90 e início dos anos 2000, finalmente estes movimentos e articulações irão convergir, entrar na agenda política e se traduzir em políticas públicas.

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A centralidade da preocupação com a mudança da educação superior tem como marco a aprovação do Plano Nacional de Educação, em 9 de janeiro de 2001, através da Lei nº. 10.172, que estabeleceu a criação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação. Seu objetivo era flexibilizar e assegurar a diversidade de programas de estudos pelas instituições de ensino superior no Brasil (Costa et al, 2018). As DCN orientaram a elaboração dos currículos dos cursos de graduação na saúde e auxiliaram na elaboração de seus projetos político-pedagógicos de cursos (PPC), devendo ser implantadas em todas as instituições de ensino superior no território nacional. As primeiras estabeleceram um padrão de orientação geral para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição. Elas incentivavam uma educação para o trabalho em equipe, interdisciplinar, centrada na atenção básica (Brasil, 2001). Além disso, em seu artigo 3º, atenta especialmente para os pressupostos da Saúde Coletiva:

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.

Ou seja, as DCN previam uma mudança nos currículos dos cursos de graduação em medicina de caráter inovador. Elas direcionaram os currículos para a construção de projetos pedagógicos que fosse “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (Brasil, 2001, p. 4). Apesar disso, a estrutura dos currículos deve ser definida pelos Colegiados dos Cursos de Medicina, dando autonomia com relação à escolha de um modelo mais tradicional ou inovador. Foi através de programas e projetos desenvolvidos posteriormente que o governo induziu políticas para a inclusão de metodologias ativas nos currículos de medicina.

O processo de criação das DCN da área da saúde demandou esforços de uma série de grupos no final dos anos 90. Entre eles a Rede Unida (oriunda da fusão dos Projetos UNI e IDA no final dos anos 90) e a CINAEM. Houve a convocação de representantes das instituições de ensino e consultas e audiências públicas. Além disso, outros atores institucionais participaram do processo, ainda que não de maneira totalmente coordenada, como associações de ensino médico e de enfermagem, a diretoria executiva nacional de estudantes, o Conselho Nacional de Saúde e a Coordenação de Recursos Humanos do MS (Moreira e Dias, 2001).

Um dos marcos das políticas que induzem a transformação da educação médica no Brasil foi o encontro do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde com as escolas médicas brasileiras,

em dezembro de 2001, na Universidade Federal de São Paulo, que tinha como objetivo discutir as DCN e o lançamento do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed) (Lampert, 2002). No ano seguinte, o Programa foi instituído através de uma portaria interministerial, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, oferecendo recursos para as instituições interessadas em se adequar às Diretrizes. Em sua proposta, o Promed objetivava valorizar a promoção da saúde e a atenção básica. Além disso, o Promed incentivava a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, centradas no/a estudante e na resolução de problemas (Moreira e Dias, 2015).

A adesão ao Programa foi feita de maneira voluntária, sendo que 19 escolas médicas foram selecionadas para receber os incentivos financeiros do governo. Conforme Goulart et al (2009), em estudo que avaliou as escolas contempladas pelo Promed, as propostas foram diversas para sua aplicação, incluindo mais tradicionais e mais inovadoras. O estudo salienta que grande parte das faculdades já estava em processo de reformulação curricular, estimuladas em virtude das novas DCN. Sendo assim, isso permitiu que a adesão ao Promed estivesse mais relacionada aos benefícios materiais que o Programa traria do que à adesão “ideológica”, em nível de crenças de como deveria ser a formação médica. O Promed, apesar da adesão facultativa, foi a primeira política pública de grande porte, pelo menos desde a Reforma Universitária de 1968, que demonstrou um desenho de qual modelo de formação médica o Brasil estabeleceria para suas escolas médicas, na busca de romper com o modelo flexneriano.

A partir do momento que o Partido dos Trabalhadores (PT), assumiu o poder executivo no Brasil, durante o Governo Lula (2003-2010), ocorreu uma guinada mais brusca na orientação das políticas públicas. É importante salientar que o PT possui uma forte ligação com o movimento de reforma sanitária e, conseqüentemente, com as ideias de inovação na formação médica. Conforme Amaral (2016), é a partir de 2005 que o Ministério da Saúde começou a articular ações com o Ministério da Educação para formação na saúde. Outros programas e projetos relacionados à formação de profissionais de saúde foram criados através de portarias interministeriais entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (Goulart et al, 2009). Entre estes novos projetos destacam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (Cyrino et al, 2015).

Apesar disso, conforme Silva e Santana (2015, p. 975):

embora as Diretrizes Curriculares apontem para a estruturação de planos curriculares que devem contemplar alguns requisitos, as mesmas podem deixar lacunas para determinadas crenças que fortalecem ou mantêm certas práticas e ideologias em saúde.

Ou seja, ao mesmo tempo em que elas colocaram a saúde pública como uma exigência importante na formação profissional, as DCN deram mais liberdade às instituições na execução de seus currículos (Varela et al, 2016),

Depois de um longo período de relativa diminuição dos conflitos com relação à educação médica no Brasil, será em torno do Programa Mais Médicos (PMM) que a dicotomia entre as coalizões irá se acirrar. Lançado em julho de 2013, ele também envolveu ações em conjunto entre o MS e o MEC. Além do provimento emergencial de médicos e da centralização de investimentos na atenção básica, o PMM provocou a abertura de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação de profissionais de saúde para trabalharem na atenção integral à saúde e para a interiorização dos médicos com a criação de escolas fora das zonas urbanas, onde se situavam a maior parte dos cursos (Amaral, 2016).

Ao contrário do Promed e das DCN, o PMM enfrentou muitas resistências, em especial de entidades médicas brasileiras, que utilizaram de vias políticas, jurídicas e da mídia para tentar inviabilizá-lo. As organizações que mais se destacaram nesse processo foram o Conselho Federal de

Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Estas entidades, que atuaram conjuntamente em outras políticas públicas (como a Lei do Ato Médico), criaram um Comitê Nacional de Mobilização quando da criação do Programa, com reuniões sistemáticas para tratar do tema, encontros com parlamentares e a publicação de notas e outros materiais para a categoria (Gomes e Merhy, 2017).

Em 2013 ocorrem diversas manifestações de médicos contra o Programa. Em um primeiro momento, o foco destas manifestações foi sobre a vinda de médicos estrangeiros (especialmente os cubanos) para o Brasil. Depois de frustradas as tentativas de barrar a vinda destes médicos as críticas se voltaram para a expansão das escolas médicas do país (Gomes e Merhy, 2017). O principal ponto em disputa não era necessariamente o ensino médico, mas a questão do número de médicos no Brasil, com a abertura de novas vagas e cursos de medicina. Entre as estratégias utilizadas, houve a recusa da participação das entidades médicas na revisão das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina, lançadas em 2014. A versão apresentada foi rejeitada pelas entidades, especialmente no que tange à ampliação do foco do ensino para a atenção básica.

No entanto, após algumas divergências entre o CFM e a AMB, esta coalizão foi perdendo força (Gomes e Merhy, 2017). Assim, as DCN de 2014 foram aprovadas, seguindo com o intuito de incentivar a transformação dos cursos de medicina na direção dos currículos inovadores e na substituição do modelo flexneriano e da formação tradicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica das coalizões em políticas públicas para a formação médica no Brasil está calcada em dois modelos de formação médica que envolvem diferentes crenças e concepções sobre saúde, doença, atuação do profissional de medicina e, conseqüentemente, sobre formação médica. Contraditoriamente, o conflito entre as duas perspectivas foi menor durante períodos de implementação de legislação. Na Reforma de 1968, isso ocorreu porque as ideias que embasam a coalizão que defende currículos inovadores ainda não estavam consolidadas no país, o que vai ocorrer com a reforma sanitária e a criação da ideia de saúde coletiva. A partir de então, vemos a formação de uma coalizão, envolvendo agentes nacionais, em especial a ABEM, e internacionais, como a Kellogs Foundation, para criação de currículos inovadores.

Na criação das DCN de 2001, a autonomia dada aos cursos pela legislação para efetuar as reformas conforme suas próprias necessidades, a adesão facultativa às políticas públicas como o PROMED e a formação da CINAEM nos anos de 1990, envolvendo organizações com diferentes posições que atuavam juntas em torno da ideia de modernização da educação médica, atenuaram o conflito. No entanto, o Programa Mais Médicos irá trazer à tona as dissidências entre aqueles que defendiam uma formação mais tradicional, em especial as associações médicas de caráter liberal, e os que buscavam a inovação na formação médica. Isso ficará explícito na forte rejeição às DCN de 2014, que buscavam ampliar os aspectos inovadores na formação médica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcio José. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina; Universidade Estadual de Londrina; 1999.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

BELISÁRIO, S.A. As múltiplas faces do médico-sanitarista. *In*: MACHADO, M.H., org. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995,

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 83, p. 263-294, Jun 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362014000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer cne/ces nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e nutrição. Brasília (DF), 2001.

COSTA, Dayane Aparecida Silva; SILVA, Roseli Ferreira da; LIMA, Valéria Vernaschi and RIBEIRO, Eliana Cláudia Otero. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22, n.67, pp.1183-1195. Epub Aug 06, 2018. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.

CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CYRINO et al. Há pesquisa sobre ensino na saúde no Brasil? **ABCS Health Sci.** v. 40, n. 3, 2015.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)** [online]. 2017, vol.21, suppl.1, pp.1103-1114. Epub July 20, 2017.

GOULART, Lucia Maria Horta Figueiredo et al . Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, p. 605-614, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Mar. 2020.

GOUVEIA, A. B. et al. Trajetória da avaliação da Educação Superior no Brasil. **Estudos em Avaliação Educacional: revista da Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, v. 16, n. 31, p. 101-132, jan./jun. 2005.

IBAÑEZ, N. ; MELLO, Guilherme Arantes ; MARQUES, M. C. C. . Breve história da reforma sanitária. *In*: Juan Stuardo Yazlle Rocha. (Org.). **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2012, v. 01, p. 15-28.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa; COSTA, N.M.S.C. Avaliação Institucional: avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde (CAES/ABEM) *In*: Lampert JB, Bicudo AM. (Orgs.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 3, p. 87-106, Aug. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Feb. 2020.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiuza; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Science**. v. 40, n.3, p.300-305, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/811/706>. Acesso em: 20 jan.2017.

MORTIMER, Allyn M. SMITH, Nuna M. TAKEUCHI, Jane S. Innovative models of medical education in the United States today: an overview wjth implications for curriculum and program evaluation. *In*: Institute of Medicine publications. **Medical education and societal needs: a planning report for the health professions**. Whashington, D.C: National Academy Press, 1983.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. 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. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lang=pt>

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia da Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SABATIER, Paul A. e WEIBLE, Christopher M. The advocacy coalition framework: innovations and clarifications. *In*: SABATIER, Paul A. (Ed.) **Theories of the policy process**. Westview Press. Cambridge, MA, 2007.

SILVA, Vinício Oliveira da and SANTANA, Patrícia Maria Mattos Alves de. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface (Botucatu)** [online], vol.19, n.52, pp.121-132, 2015.

SOUSA, A. Tavares de. **Curso de história da medicina: das origens aos fins do século XVI**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. Questões introdutórias, razões, significados e afetos - expressões do "Dilema Preventivista" então e agora. *In*: AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista:**

contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas: EPUC-Fiocruz; 2005.

VARELA, DSS et al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde** [Internet]. v. 6, n. 3 2016. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3928> Acesso em: 17 abr. 2017.

VERHINE, Robert Evan; DANTAS, Lys Maria Vinhaes; SOARES, José Francisco. Do Provão ao ENADE: uma análise comparativa dos exames nacionais utilizados no Ensino Superior Brasileiro. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 52, p. 291-310, Sept. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362006000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Out. 2020.