

VINÍCIUS RAUBER E SOUZA

**MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA EM PERSPECTIVA COMPARADA: ANÁLISE
DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFRGS E DA UFPE**

PORTO ALEGRE, 2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
TESE DE DOUTORADO**

LINHA DE PESQUISA – POLÍTICAS SOCIAIS, ATORES E PARTICIPAÇÃO

**MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA EM PERSPECTIVA COMPARADA: ANÁLISE
DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFRGS E DA UFPE**

ORIENTADORA: LUCIANA LEITE LIMA

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas: Políticas Sociais, Atores e Participação no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre
2021

VINÍCIUS RAUBER E SOUZA

**MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA EM PERSPECTIVA COMPARADA: ANÁLISE
DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFRGS E DA UFPE**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas: Políticas Sociais, Atores e Participação no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 31 de maio de 2021.

Profa. Dra. Luciana Leite Lima, UFRGS, Presidente/Orientadora

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes, UFRGS

Profa. Dra. Jadete Barbosa Lampert, UFSM

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla, UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

SOUZA, VINICIUS RAUBER E
MODELOS DE FORMAÇÃO MÉDICA EM PERSPECTIVA
COMPARADA: ANÁLISE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UFRGS E DA UFPE / VINICIUS RAUBER E SOUZA. --
2021.
232 f.
Orientador: LUCIANA LEITE LIMA.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. políticas comparadas. 2. educação médica. 3.
Diretrizes Curriculares Nacionais. I. LIMA, LUCIANA
LEITE, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Ao professor Helgio Trindade, pela orientação nos três primeiros anos, que foram de fundamental importância para este trabalho.

À professora Luciana Leite Lima, por ter aceitado assumir o desafio de me orientar nos últimos meses.

À professora Ligia Mori Madeira, pelo apoio dado durante seu período na coordenação do programa.

Às professoras Maria Izabel Noll, Soraya Maria Vargas Cortes, Jadete Barbosa Lampert e ao professor Alcido Antonio Ferla, pelas contribuições na banca de qualificação e de defesa da tese.

A Bianca Damacena, pela revisão cuidadosa deste trabalho.

Ao corpo docente, discente e técnico da UFRGS e aos familiares, amigos e amigas que contribuíram nos mais diversos níveis.

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de implementação da política de ensino superior para os cursos de graduação em medicina no Brasil, abordando especialmente o impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, na comparação entre os currículos dos cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE - Campus Recife). Foram coletadas informações das estruturas de ambos os cursos e realizadas entrevistas na UFRGS para a compreensão de como fatores ligados à estrutura da instituição influenciaram na adesão à política pública. Concluiu-se que o curso de graduação em medicina da UFRGS passou por diversas modificações sob o impacto das políticas públicas, modernizando seu currículo, mas com a manutenção da estrutura curricular tradicional, ao contrário do curso de graduação em medicina da UFPE – Campus Recife, que adotou um currículo inovador. No caso da UFRGS, isso ocorreu em função da dinâmica dos grupos políticos dominantes, que negociaram um acordo para garantir que inovações pudessem ser incrementadas para contemplar a legislação, no sentido da ampliação da atuação na atenção básica e de conteúdos ligados à saúde coletiva, ao mesmo tempo em que foi possível a manutenção da centralidade hospitalar e da formação de especialistas.

Palavras-chave: políticas comparadas; educação médica; Diretrizes Curriculares Nacionais.

ABSTRACT

This paper analyzes the process of implementing the higher education policy for undergraduate medical courses in Brazil, especially addressing the impact of the National Curriculum Guidelines (DCN) of 2001 when comparing the curricula of courses at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Federal University of Pernambuco (UFPE - Campus Recife). Information on the structures of both courses was collected and interviews were conducted at UFRGS to understand how factors linked to the structure of the institution influenced the adherence to public policies. It was concluded that the undergraduate course in medicine at UFRGS underwent several modifications under the impact of public policies, modernizing its curriculum, but with the maintenance of the traditional curriculum structure, unlike the undergraduate course in medicine at UFPE - Campus Recife, which adopted an innovative curriculum. In the case of UFRGS, this occurred due to the dynamics of the dominant political groups, which negotiated an agreement to ensure that innovations could be increased to include legislation, in the sense of expanding the performance in primary care and content related to public health, to the same time that it was possible to maintain the central hospital and the training of specialists.

Keywords: comparative policy; medical education; National Curriculum Guidelines.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)
Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM)
Associação Médica Brasileira (AMB)
Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS)
Avaliação das Condições de Ensino (ACE)
Censo da Educação Superior (CES)
Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde (Caes)
Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem)
Comissão de Graduação (Comgrad)
Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)
Conselho Federal de Medicina (CFM)
Conselho Federal de Medicina (CFM)
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)
Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM),
Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)
Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE)
Exame Nacional dos Cursos (ENC)
Faculdade de Medicina da UFRGS (FAMED)
Federação Nacional dos Médicos (FENAM).
Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS)
Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
Instituições de Ensino Superior (IES)
Ministério da Educação (MEC)
Ministério da Saúde (MS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed)
Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Programa Mais Médicos (PMM)
Programa Saúde da Família (PSF).
Projetos político-pedagógicos de cursos (PPC)
Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Etapa 1 do curso de graduação em medicina da UFRGS	120
Tabela 2 - Etapa 2 do curso de graduação em medicina da UFRGS	121
Tabela 3 - Etapa 3 do curso de graduação em medicina da UFRGS	122
Tabela 4 - Etapa 4 do curso de graduação em medicina da UFRGS	124
Tabela 5 - Etapa 5 do curso de graduação em medicina da UFRGS	124
Tabela 6 - Etapa 6 do curso de graduação em medicina da UFRGS	126
Tabela 7 - Etapa 7 do curso de graduação em medicina da UFRGS	126
Tabela 8 - Etapa 8 do curso de graduação em medicina da UFRGS	127
Tabela 9 - Primeiro período do curso de graduação em medicina da UFPE	142
Tabela 10 - Segundo período do curso de graduação em medicina da UFPE	144
Tabela 11 - Terceiro período do curso de graduação em medicina da UFPE	146
Tabela 12 - Quarto período do curso de graduação em medicina da UFPE	147
Tabela 13 - Quinto período do curso de graduação em medicina da UFPE	147
Tabela 14 - Sexto período do curso de graduação em medicina da UFPE	148
Tabela 15 - Sétimo período do curso de graduação em medicina da UFPE	149
Tabela 16 - Oitavo período do curso de graduação em medicina da UFPE	149

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO: COALIZÕES DE DEFESA E TIPOLOGIAS DE FORMAÇÃO MÉDICA	21
3 FORMAÇÃO MÉDICA TRADICIONAL.....	277
3.1 A medicina clássica e as primeiras escolas de medicina	27
3.2 O surgimento da universidade e a medicina na idade média	30
3.3 O surgimento da medicina moderna.....	344
3.4 O modelo flexneriano	45
3.5 A formação médica tradicional no Brasil	48
3.6 Considerações sobre a formação médica tradicional.....	60
4 FORMAÇÃO MÉDICA INOVADORA.....	62
4.1 As primeiras contestações à medicina tradicional.....	63
4.2 As transformações na formação médica no século XX.....	65
4.3 Novos modelos de formação médica.....	76
4.4 Inovação na formação médica brasileira	80
4.5 Considerações sobre a formação médica inovadora.....	95
5 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NO BRASIL	97
5.1 Antecedentes da criação das DCN: a CINAEM	97
5.2 A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais	101
5.3 Considerações sobre as diretrizes curriculares nacionais	111
6 ANALISANDO OS CURRÍCULOS DE MANEIRA COMPARADA: A MEDICINA NA UFRGS E NA UFPE	114
6.1 O curso de medicina da UFRGS: formação médica tradicional.....	114
6.1.1 A estrutura do curso da UFRGS	115
6.1.2 A grade curricular da UFRGS	119
6.1.3 Considerações sobre o currículo tradicional no curso de medicina da UFRGS	129
6.2 O CURSO DE MEDICINA DA UFPE: CURRÍCULO INOVADOR.....	131
6.2.1 A estrutura do curso da UFPE	136
6.2.2 A análise da grade curricular da UFPE.....	142
6.2.3 Considerações sobre o currículo inovador no curso da UFPE	151
7 O PROCESSO DE MUDANÇAS CURRICULARES: O CASO DA UFRGS	153
7.1 As primeiras reformas na estrutura curricular	153
7.2 A “reforma da reforma” e a retomada da lógica hospitalocêntrica.....	162
7.3 A implementação das DCN e do Promed no início dos anos 2000.....	170
7.4 O ATUAL CURRÍCULO MÉDICO DA UFRGS.....	186
7.5 Considerações sobre o processo de mudanças curriculares na UFRGS	208
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
REFERÊNCIAS	220

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado a discussão sobre a implementação de novos modelos de formação em medicina. Isto está diretamente relacionado a uma preocupação particular com os limites da formação calcada no modelo biomédico tradicional, considerado o grande responsável pela fragmentação do saber e das atividades profissionais. Produto da união entre a biologia e a medicina há cerca de dois séculos, ele é ancorado na ideia do corpo como uma máquina, da doença como um problema no seu funcionamento e da tarefa do/a médico/a como de realizar o conserto dessa máquina (GIDDENS, 2005).

Nesta perspectiva, emergiu nos Estados Unidos da América (EUA), no início do século XX, o modelo flexneriano de formação médica, que se tornará o “padrão-ouro” nas escolas médicas em todo o mundo. A partir de então, os currículos dos cursos de graduação de medicina foram divididos em dois ciclos: um com disciplinas das ciências básicas (fisiologia, anatomia etc.) 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).

No entanto, a partir da metade do século XX, as premissas do modelo flexneriano de formação médica passaram a ser criticadas. As dificuldades de se tratar as “doenças modernas” (o estresse e outras formas de sofrimento mental), aquelas que não possuem uma cura no sentido tradicional (como a diabetes), o crescimento dos problemas derivados de hipermedicalização e a patologização de comportamentos sociais (surto de diagnósticos de hiperatividade e déficit de atenção) têm sido descritos como exemplos dos principais problemas atrelados à concepção do modelo biomédico tradicional de se ver a saúde. Aos poucos a saúde passou 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. Saúde e doença passaram a ser diretamente correlacionadas com a sociedade e o meio que o indivíduo está inserido, sua classe social, os grupos a que pertence, seu trabalho e até mesmo seus sistemas de crenças (GIDDENS, 2005).

A Medicina Preventiva, a Medicina Integral e a Medicina Comunitária forneceram as bases teóricas para uma nova concepção da relação entre saúde e doença, que passa a ser vista como um processo. O foco das intervenções não é mais a cura, mas um ciclo de ações que perpassa a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a assistência às pessoas com doenças e a reabilitação, quando se trata de doenças crônicas ou de sequelas de maior duração. Sob esta perspectiva emergiu uma concepção ecológica de saúde, em que os corpos passam a ser vistos como moldados pela inserção social das pessoas e suas experiências, e não somente como produtos de uma relação mecânica com seu meio. Ao mesmo tempo, o lócus de atuação médica saiu do hospital para as intervenções coletivas, nas comunidades locais e nos serviços de saúde de atenção primária. É a partir dessas mudanças que se começa a pensar novos modelos de formação médica ao redor do mundo. Surgiram diversos formatos de currículos estabelecidos nessa perspectiva, visando a formação de profissionais de medicina generalistas, centrados em metodologias ativas que colocam discentes para aprender em atividades práticas na resolução de problemas em comunidades, organizados de maneira não-disciplinar e com os conteúdos organizados em conjunto para oferecer uma visão integral do ser humano (LAMPERT, 2002).

No Brasil, na esteira da discussão internacional acerca do tema, a questão da formação de profissionais de saúde adquiriu maior importância nos debates públicos apenas nos últimos anos, em um processo que tem origens na chamada Reforma Sanitária, ocorrida entre o final da década de 1970 e início de 1980. Foi objeto de intensos debates, juntamente com as lutas pelos direitos humanos e pela redemocratização. Especialmente a partir da Constituição de 1988, ocorreram mudanças estruturais no sistema de saúde público – sobretudo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) – e nas relações entre atores sociais na área da saúde (LEORATO & DALLACOSTA, 2016).

O conceito de Saúde adotado desde então (e incorporado pelo SUS) reflete saberes distintos, que formulam um entendimento interdisciplinar e uma construção científica brasileira conhecida como *Saúde Coletiva*, provenientes de três fontes: Saúde Pública, Medicina Preventiva e Ciências Sociais. O processo saúde-doença deixa de ser uma questão apenas biológica para levar em consideração as relações entre saúde e estrutura social (FAVIEIRO, 2007).

No entanto, apesar de toda a discussão e das mudanças que ocorreram em algumas instituições desde a década de 1980, é apenas em 2001 que o Ministério da Saúde (MS) e o

Ministério da Educação (MEC), em conjunto, introduziram uma nova visão sobre a formação de profissionais no país, com a recomendação de adoção da formação médica generalista e para a atuação na atenção básica, através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Desde a criação do SUS no início dos anos 1990, a formação de recursos humanos para a área é uma das responsabilidades do Ministério da Saúde, o que inclui a formação continuada de profissionais de saúde e as graduações na área da saúde. No entanto, é o Ministério da Educação (MEC) que possui a competência sobre a política nacional de educação, exercendo a primazia na formação de profissionais de saúde. Neste sentido, apesar das fortes pressões dos movimentos sociais nos anos 1980, o modelo flexneriano de educação médica continuou predominante nos cursos superiores e nas políticas de educação da área da saúde, pelo menos até os anos 2000 (AMARAL, 2016).

No entanto, em 2001 ocorreu, através do Conselho Nacional de Educação (CNE), da Câmara de Educação Superior (CES), a homologação de Diretrizes Curriculares Nacionais em diversas áreas da saúde, que prevê formação mais voltada para os princípios da saúde coletiva, acarretando a necessidade de reformulação dos currículos de medicina no país (BRASIL, 2001; AMARAL, 2016). As DCN são fundamentais porque orientam a elaboração dos currículos dos cursos de graduação na saúde e auxiliam na elaboração de seus Projetos Político-Pedagógicos de Cursos (PPC), devendo ser implantadas em todas as Instituições de Ensino Superior (IES) no território nacional.

As DCN para os cursos de medicina estabeleceram as competências e a estrutura básicas dos cursos, colocando as concepções vinculadas à saúde coletiva como dominantes, inclusive quando se refere ao perfil de profissionais de medicina. No entanto, elas não preveem o estabelecimento de uma única forma de organização dos cursos de graduação em medicina brasileiros, que devem ser definidos pelos colegiados dos cursos (BRASIL, 2001).

Apesar das políticas de reorientação da formação de profissionais de saúde, a profundidade das transformações nos currículos dos cursos de medicina no Brasil foi muito variada. O governo brasileiro ofereceu recursos financeiros e deu orientações aos cursos sobre como reformular currículos. Alguns cursos propuseram reformas mais profundas, visando a atenção básica e a formação interdisciplinar, com organização curricular por módulos e até mesmo com a criação de bacharelados interdisciplinares na saúde. Enquanto isso, outros cursos realizaram reformas mais incrementais, com o desenvolvimento de estratégias de integração entre

os ciclos clínico e básico, a inclusão de algumas disciplinas com metodologias ativas e de atividades na atenção básica, mas com a manutenção do caráter tradicional dos currículos (com formação flexneriana: hospitalar, disciplinar e especializada) (GOULART et al, 2009).

A intenção inicial desta Tese era verificar o processo de implementação dos currículos dos cursos de medicina de maneira comparada em duas Universidades Federais do Brasil: A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, Campus Recife) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dois cursos de medicina das universidades são centenários (criados em 1915 e 1898, respectivamente), estão situados em contextos socioeconômicos, históricos e culturais diferentes, mas submetidos às mesmas políticas públicas nacionais e obtiveram diferentes resultados a partir da exigência nas transformações curriculares dos anos 2000. Ambos passaram por reformas curriculares a partir dos anos 2000, com o intuito de atender às exigências das novas DCN, e receberam recursos do Governo Federal para realizarem tais mudanças, através de programas como o Promed.

No entanto, no curso de medicina da UFPE (campus Recife)¹ as mudanças proporcionadas por estas ações foram muito mais profundas. Hoje ele é considerado um curso inovador, com uma estrutura de currículo modular, visando formação profissional para o desenvolvimento ético-humanístico, compromisso social e com maior foco para o trabalho na atenção básica. Já na medicina da UFRGS as transformações rumaram na direção da integração entre ciclos básico e clínico e da inserção de disciplinas com metodologias ativas e práticas na atenção básica, mas manteve a sua estrutura tradicional, disciplinar e flexneriana, visando formação especializada, majoritariamente em ambiente hospitalar.

Todavia, devido à emergência da pandemia de coronavírus (COVID-19) no Brasil no início de 2020 e a interrupção das aulas no curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco, que se manteve até o momento do início da pesquisa de campo, não foi possível realizar a análise do processo de implementação do currículo na UFPE, tal qual no curso da UFRGS.

Sendo assim, esta tese se propõe a responder: 1) quais são os pressupostos que fazem com que cursos de medicina sejam considerados como tradicionais ou inovadores? 2) quais são as

¹ Doravante, referiremos somente como curso de medicina da UFPE, ainda que se refira exclusivamente ao Campus de Recife. Importante salientar que a Universidade também possui o curso de graduação em medicina no Campus de Caruaru.

características, as semelhanças e as diferenças da estrutura curricular de um curso tradicional e de um curso inovador, tendo em conta a comparação entre os cursos de medicina da UFRGS e da UFPE? 3) como foi o processo que levou o curso de medicina da UFRGS a manter um currículo tradicional, apesar de buscar e receber recursos federais para as modificações curriculares que visavam sua adequação às DCN através do Promed?

O principal objetivo desta tese é compreender a razão do curso de medicina da UFRGS manter uma formação tradicional, apesar de ter se proposto a receber os recursos e realizar modificações curriculares propostas pelas DCN. Para isso, iremos também identificar os principais modelos de formação médica, sua história e seus pressupostos, para compreender como se estrutura a área da formação médica; analisar a trajetória institucional do curso, seu projeto pedagógico, sua grade curricular e seus projetos, de maneira comparada com o curso de medicina da UFPE, de maneira a compreender as diferenças e semelhanças entre os dois modelos; verificar o impacto das DCN e das políticas públicas como o Promed no curso de medicina da UFRGS; identificar os mecanismos e as estratégias utilizados para a transformação e/ou conservação do currículo, buscando compreender como estes movimentos se ligam com os grupos que se formam na defesa de modelos de formação médica, com suas crenças sobre como deve ser a formação médica, e os conflitos e as alianças que surgem a partir daí.

Partindo desses pressupostos, a abordagem da pesquisa ocorreu em dois níveis. O primeiro, teórico, que visa a compreensão da estrutura do campo da formação médica e dos modelos de formação, está embasado na revisão da literatura sobre o tema, dissertando sobre o desenvolvimento da educação médica ao longo do tempo e os conceitos que deram suporte à investigação. A segunda parte é composta pela pesquisa sobre o currículo das duas instituições, para o entendimento das diferentes classificações entre os dois cursos e o que levou a ela no caso da medicina da UFRGS. Essa parte ocorreu predominantemente através da análise de documentos, no curso de medicina da UFPE, e da análise de documentos e pela realização de entrevistas e conversas com participantes dos processos de reformas curriculares no curso de medicina da UFRGS.

A análise dos modelos de formação médica foi realizada através de pesquisa bibliográfica em livros, artigos e relatórios especializados. Neste sentido, além da 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), entre outros, também foram consultadas as bibliotecas da UFRGS e da Universidade de Passo Fundo (UPF), além das indicações dos professores na banca de qualificação da tese. Buscou-se compreender a evolução histórica e os principais elementos das diferentes perspectivas de formação médica, tanto internacionalmente quanto no Brasil, quais seus pressupostos teóricos e quais as crenças que fundamentam suas posições. O objetivo foi de responder também quais concepções de saúde, doença e do papel de médicos e médicas as permeiam.

Esse referencial teórico permitiu interpretar como está estruturado o campo da formação médica, focando no ensino superior 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. De outro lado, foi contextualizada a criação das DCN, mostrando o desenvolvimento da educação médica no Brasil, com foco especialmente a partir da formulação das DCN, incluindo as políticas públicas de abrangência na área.

Com relação à parte empírica, o planejamento inicial da pesquisa envolvia a visita *in loco* às duas instituições para entrevistas, obtenção de informações e observação do comportamento dos/as agentes. No entanto, devido aos riscos envolvidos no deslocamento entre duas unidades federativas e entre cursos de medicina ligados a hospitais de referência no tratamento dos pacientes de coronavírus (COVID-19) no período de pandemia, optou-se por uma adaptação metodológica que permitisse atingir aos objetivos com a coleta de dados ocorrendo de forma remota. Para tanto, foram utilizadas diversas fontes neste trabalho, embora preferencialmente com uma abordagem qualitativa, em função dos objetivos da pesquisa.

O contato com as pessoas entrevistadas se deu por e-mail, telefone e redes sociais. No caso da UFRGS, apesar da paralisação de algumas atividades em decorrência da pandemia, o curso continuou funcionando com aulas teóricas de maneira síncrona, com o uso de plataformas digitais, e as aulas práticas mantiveram seu funcionamento, dentro de protocolos estabelecidos pela instituição para evitar o contágio da doença. Já o curso de medicina na UFPE paralisou suas aulas no início da pandemia, em março de 2020, devido ao surto de coronavírus em Pernambuco, não retomando as atividades até quase a finalização do período de realização das entrevistas desta pesquisa.

Foram realizadas diversas tentativas de contato telefônico e por e-mail com a coordenação, secretaria e demais professores do curso, porém não houve retorno para nenhuma delas. Também houve a tentativa de acionar redes sociais informais para contato, sem sucesso. Sendo assim, se fez necessário realizar ajustes na Tese. Ainda que o processo de implementação das DCN na UFPE não tenha sido realizado, foi possível analisar a atual estrutura curricular da instituição, bem como de sua história, através de fontes secundárias e terciárias, de modo a ter uma referência para comparação. Na UFRGS, por outro lado, foi possível o acesso às fontes primárias e a realização da análise do processo político de implementação das DCN. O contato foi facilitado não somente pela manutenção do funcionamento dos cursos na instituição, como também pelas redes sociais informais estabelecidas entre o pesquisador e o corpo docente da instituição. Anteriormente, o pesquisador havia tido algumas aulas com o corpo docente do curso de medicina da UFRGS, durante a especialização em saúde do trabalhador realizada entre 2011 e 2013, sendo inclusive orientado no trabalho de conclusão do curso por um professor do departamento de medicina social. A partir daí se originou a maior parte do contato com as pessoas entrevistadas, pela solicitação do referido docente. Em alguns casos, no entanto, o contato foi direto com as pessoas entrevistadas.

Através das entrevistas, foi possível identificar o panorama atual do curso da instituição, o desenvolvimento das mudanças curriculares, desde a reforma de 1968 até o impacto das DCN e de políticas públicas como o Promed, bem como foram mapeadas as coalizões de defesa nas políticas públicas acerca do tema, a posição dos/as agentes em relação aos modelos de formação médica e às políticas públicas da área, as suas crenças no que tange às concepções de formação e do papel do/a médico/a e as estratégias utilizadas para a conservação ou transformação dos currículos.

Foram contatados/as diretores/as e ex-diretores/as, vice-diretores/as e ex-vice-diretores/as da Faculdade de Medicina da UFRGS (FAMED), coordenadores/as e ex-coordenadores/as, vice-coordenadores/as e ex-vice-coordenadores/as da Comissão de Graduação (Comgrad), docentes que compuseram e compõem a Comgrad e o Núcleo Docente Estruturante (NDE), além de todos os professores e as professoras atualmente no curso de graduação em medicina da UFRGS. Ao todo, apenas 11 deram retorno. Muitos deles ocuparam diferentes cargos em vários períodos, sendo, por exemplo, primeiramente participante da Comgrad, depois vice-coordenador/a da

Comgrad, depois coordenador/a da Comgrad, depois vice-diretor/a da FAMED e por fim diretor/a da FAMED, ou então outras configurações. No entanto, não foi possível a realização de entrevistas formais com todos. Com oito foi possível conversar por cerca de uma hora utilizando ferramentas de videoconferência. Em relação ao restante das pessoas contatadas, as respostas e as perguntas foram enviadas em conversas mais formais por e-mail ou informais por *WhatsApp*. Também houve conversa informal com duas professoras do curso de graduação em Nutrição da UFRGS e pessoas que fazem parte do corpo técnico-administrativo que atuam na FAMED, de modo a adquirir informações adicionais.

As entrevistas ocorreram via plataformas virtuais, foram gravadas com o consentimento das pessoas participantes e posteriormente transcritas pelo próprio pesquisador. Os nomes das pessoas entrevistadas foram ocultados. Com o intuito de dificultar a identificação de suas falas, estas são referidas nesta Tese sob a denominação genérica de “Entrevista”, quando esta for a fonte, e o número de identificação de cada entrevistado. Em um caso, do professor Waldomiro Manfroi, foi solicitado ao entrevistado a permissão para a identificação de sua identidade para alguns trechos, uma vez que se fez necessário para a devida contextualização, o que foi permitido.

As entrevistas foram realizadas com um roteiro semiestruturado, de modo a permitir que as pessoas entrevistadas se sentissem confortáveis para fazer as colocações que achassem necessárias, sempre dentro do escopo delimitado previamente. Devido às particularidades das trajetórias, cada entrevista versou sobre períodos e até mesmo temas diferentes. Basicamente, foi solicitado que as pessoas entrevistadas primeiramente falassem sobre sua formação acadêmica, depois contassem sua trajetória desde que entraram na instituição, com enfoque nos períodos que assumiram cargos e nos períodos de mudança curricular. Foi questionado sobre quais os papéis delas nos processos, o que eles achavam sobre cada mudança, quais as causas que elas atribuíam aos fatos, quais grupos que se formavam e como elas se vinculavam a estes grupos.

Complementarmente, foram utilizados depoimentos encontrados em sites, através de pesquisa no *Google* e em uma dissertação e uma tese. Nominalmente, foram: 1) a dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, intitulada *O trabalho acadêmico do professor de medicina: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS*, de autoria de Mara Níbia da Silva, de 2005 (SILVA, 2005); 2) a tese de

doutorado do Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Vasculares da UFRGS, intitulada *O discurso docente sobre o ensino de cardiologia na graduação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, de autoria de Jorge Buchabqui, de 2010 (BUCHABQUI, 2010). Cabe salientar que o estudo sobre a trajetória das instituições também foi realizado principalmente através de pesquisa bibliográfica em artigos, teses e dissertações, além da consulta aos documentos institucionais, de maneira complementar.

Com relação à estrutura dos currículos, a pesquisa foi realizada primordialmente pela análise das grades curriculares, dos projetos pedagógicos e das demais informações disponíveis sobre o curso no site das universidades em que estão lotados. Avaliou-se se os cursos possuem currículos tradicionais ou inovadores examinando-se se cada um possui ciclos ou eixos, se os semestres são divididos em disciplinas ou módulos, se visa formar profissionais de medicina especialistas ou generalistas, se são teóricas ou práticas, se são realizadas em ambiente hospitalar, em sala de aula ou na atenção básica, se possuem metodologias de ensino e avaliação inovadoras ou tradicionais e se incluem as ciências humanas e sociais ou se seu foco são as ciências biomédicas. Do mesmo modo, foi verificada a oferta de internato em ambas as instituições, especialmente quais especialidades são ofertadas, quais são eletivas e obrigatórias, onde são realizadas as atividades e qual a distribuição de carga horária. Também, outros documentos, como o perfil docente, quais departamentos existem, quais projetos e programas institucionais existem, quais programas de formação docente são ofertados, entre outros, foram analisados.

Ademais, foram analisados os documentos do poder executivo de caráter normativo ou impositivo para as instituições e registros que remontem ao tema (legislação, sites, atas de reuniões, relatórios, regimentos, entre outros), das instituições, incluindo tanto os próprios cursos, quanto as respectivas unidades, conselhos, câmaras, departamentos e reitorias. Além das fontes oficiais, por meio da ferramenta de busca do *Google*, foi realizada a verificação de informações em documentos que pudessem trazer informações adicionais sobre os processos, como notas das associações profissionais, páginas pessoais dos/as agentes envolvidos no processo, reportagens nos sites de meios de comunicação, entre outros.

Com relação à organização, esta Tese está dividida em oito capítulos, incluindo a introdução (primeiro capítulo) e a conclusão (último capítulo). O segundo capítulo traz o referencial teórico utilizado na Tese. Os dois capítulos seguintes (três e quatro) são basicamente

sobre formação médica. Visam estabelecer as bases para a análise e a compreensão do que é uma formação médica tradicional e o que é uma formação médica inovadora. Perpassam pela história da medicina e dos modelos de formação médica no Ocidente e no Brasil.

O primeiro destes (capítulo três) versa sobre a formação tradicional, situando as modificações na sua concepção desde o surgimento da medicina na Grécia Antiga, até o atual modelo tradicional pós-flexneriano. O segundo (capítulo quatro) é sobre a formação dita inovadora, que surge como uma alternativa à formação tradicional no século XX.

O quinto capítulo aborda as políticas públicas para a educação médica no Brasil desde os anos 1990, contextualizando e descrevendo o processo de implementação das DCN e suas derivações. O sexto capítulo é uma análise comparativa dos atuais currículos dos cursos de graduação em medicina da UFRGS e da UFPE. O sétimo capítulo trata da análise do processo de implementação das DCN na medicina da UFRGS, trazendo seus antecedentes e suas consequências. Por fim, o oitavo e último capítulo é a conclusão do trabalho, que sistematiza os achados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: COALIZÕES DE DEFESA E TIPOLOGIAS DE FORMAÇÃO MÉDICA

Do ponto de vista teórico, este estudo se enquadra como uma análise de políticas públicas. Como uma área de conhecimento e uma disciplina acadêmica, a análise de políticas públicas nasce em meados do século passado nos EUA como uma subárea da ciência política, rompendo com a tradição europeia, que se concentrava mais na análise do Estado e suas instituições do que no que os governos produziam. A então chamada *policy analysis* visa explicar as leis iminentes às políticas específicas, analisando a interrelação entre as instituições políticas, os processos políticos e os conteúdos da política (SOUZA, 2006).

São considerados os pais fundadores da área de análise de políticas públicas H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (SOUZA, 2006). Eles estruturaram o *mainstream* da área em torno de algumas premissas básicas. Laswell construiu a expressão *policy analysis* nos anos 1930, fazendo uma junção entre a teoria acadêmica e a produção do governo. Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada na tomada de decisões em políticas públicas. Para o autor, ainda que seja possível maximizar a racionalidade nas tomadas de decisão, a racionalidade dos *policy makers* (tomadores/as de decisões) é sempre limitada, pois estes dispõem de informações incompletas ou imprecisas, não dispõem de tempo para refletir sobre a tomada de decisão, são influenciados por interesses, entre outros fatores. Lindblom destacou outras variáveis na teoria de políticas públicas, como relações de poder e a integração entre as fases dos processos decisórios, indo além de questões como racionalidade, eleições, burocracia, partidos e grupos de interesse. Por fim, Easton, definiu a política pública como um sistema de relações entre formulação, resultados e o ambiente, onde as políticas públicas recebem *inputs* (estímulos) dos partidos, da mídia e de grupos de interesse que influenciam seus resultados e efeitos.

Muitas teorias, ferramentas e modelos foram desenvolvidos dentro das políticas públicas para explicar como elas são feitas, como funcionam, por que assumem um formato específico etc. (FREY, 2000; SOUZA, 2006, SABATIER, 2007). As respostas são extremamente complexas, uma vez que existem inúmeras pessoas e instituições envolvidas, como grupos de interesse, agências governamentais, pesquisadores/as, jornalistas, agindo individual e coletivamente, com diferentes valores, interesses, percepções e preferências políticas. Além disso, grande parte das

políticas envolve diferentes níveis governamentais (no caso brasileiro, temos as esferas federal, estaduais e municipais, por exemplo) e da sociedade civil, que interagem entre si.

Muitos/as autores/as argumentam que a unidade de análise mais apropriada é o chamado “subsistema de políticas públicas” (SABATIER, 2007). Portanto, para entendermos como surge uma política pública, precisamos entender também como funciona um subsistema de políticas públicas. Existem diversas teorias e modelos que buscam explicar o que acontece nos subsistemas, levando em consideração tanto fatores internos, quanto forças exógenas e interação entre subsistemas. Conforme Capella e Brasil (2015, p. 58),

Os subsistemas são compostos de um número limitado de atores e instituições, geralmente reunidos em grupos mais ou menos coesos, que se especializam e direcionam seus esforços para algumas questões específicas em relação a uma política. Como resultado da divisão do trabalho e da especialização da burocracia, as áreas funcionais, como educação, saúde, transporte, meio ambiente, entre outras, são compostas de arranjos institucionais e atores que tendem a se aglutinar em torno de programas ou interesses específicos, no que é chamado pela literatura internacional de “policy domain”.

Várias teorias têm se preocupado em entender o funcionamento dos subsistemas, entre elas, o modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams*), o modelo de equilíbrio interrompido (*punctuated equilibrium*) e o modelo das coalizões de defesa (*advocacy coalition framework*), criando conceitos como os de comunidades de políticas (*policy communities*), redes de políticas públicas (*policy networks*) e redes temáticas (*issue networks*). No entanto, Capella e Brasil (2015) salientam que, apesar da utilidade de tais conceitos, na análise de políticas públicas, ainda existem muitas limitações. Os principais problemas se dão para a análise de *cross-subsystems*, ou seja, os subsistemas que se entrelaçam e naqueles que há a sobreposição de comunidades ou redes de políticas públicas.

Não obstante, há uma outra questão importante na análise de políticas públicas, que é a discricionariedade dos/as agentes que irão pô-las em prática. No caso dos cursos de graduação em medicina, temos uma série de instâncias burocráticas dentro das universidades, mas eles possuem relativa autonomia para agir. As decisões sobre como serão os cursos são tomadas por instâncias, como os Colegiados e Coordenações dos cursos, Direções e Conselhos de Unidade, chefias de Departamentos, Núcleos Docentes Estruturantes, Comissões de Avaliação e Implementação, entre outros. Compostos majoritariamente por professores/as, funcionários/as e representantes

discentes. Estes ainda se relacionam com consultores/as, profissionais de saúde e gestores/as municipais (o que inclui os serviços de saúde, hospitais etc.). Ou seja, há um grupo de pessoas que compartilha um projeto em comum, que pode ou não estar em conformidade com os projetos do governo. E este é justamente o objeto de estudo desta Tese: investigar como os responsáveis pela implementação de uma política efetivamente “processam” uma política pública.

Aqui trabalhamos com a noção de que um subsistema de políticas públicas pode operar com grupos de especialistas com responsabilidade de colocar em prática políticas (Fligstein e McAdam, 2012). Esta especialização é fruto da organização hierárquica burocrática em torno de uma política, como uma boneca russa, que possui outras menores dentro de si. Assim, o subsistema é vital na área de políticas públicas, mas não suficiente para entendermos como as políticas são implementadas, os resultados que produzem. Precisamos também entender as dinâmicas específicas que gerem sua aplicação.

Grande parte da teoria de políticas públicas (SABATIER & WEIBLE, 2007) atribui as mudanças nas políticas públicas a choques externos, que muitas vezes não levam em consideração a estrutura dos próprios subsistemas e os subcampos que os colocam em prática, nem explicam como estes choques externos mudam as suas dinâmicas. É o caso da teoria do equilíbrio interrompido. Quando há a manutenção da estrutura, apesar das mudanças externas, Sabatier e Weible (2007) se limitam a dizer que a própria estrutura do campo que foi essencial para a sua manutenção. Aqui trabalhamos com a noção de que as forças externas não “varrem” as estruturas dos campos, mas são processadas pelos implementadores, podendo provocar mudanças sutis e incrementais ou mudanças estruturais.

Outra ferramenta utilizada para o entendimento de um subsistema de políticas públicas – que aqui usamos para o entendimento de um campo de ação estratégica – é oriunda do modelo de coalizões de defesa (*advocacy coalition framework*), de Paul Sabatier e Christopher Weible (2007). A principal contribuição do modelo de coalizão de defesas é a constatação da tendência à formação de coalizões nas disputas em torno de políticas públicas, havendo ênfase nas polarizações ideológicas entre os/as agentes. Nessa teoria, as disputas envolvem tanto interesses materiais, quanto crenças e valores. No entanto, são as crenças que mantêm as coalizões unidas. Ela é particularmente apropriada para análise de políticas públicas em que o conhecimento

técnico possui um papel importante e que tem um grau de conflito grande com relação à consecução de seus objetivos, como no caso das políticas que envolvem a educação médica.

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, ocorre a polarização dos modelos de educação médica, calcados em diferentes crenças e que envolvem questões epistemológicas divergentes sobre o que é saúde e doença e como devem ser formados/as profissionais de medicina.

Para os autores, o sistema de crenças motiva os/as agentes² a traduzi-las em políticas públicas. Eles salientam que nem as coalizões nem as crenças são estanques. As pessoas que participam das coalizões em torno de uma política pública sustentam um grau de coesão variável, uma vez que apresentam discordâncias entre si em vários aspectos, níveis variados de engajamento.

No caso específico da análise do processo de implementação das DCN no curso UFRGS aqui realizada, o corpo docente do curso possui se aliarão em coalizões na defesa de seus interesses objetivos, valores e crenças. O fio condutor desta Tese é a noção de que as crenças dos grupos que estiverem em posição dominante no curso de graduação em medicina da UFRGS irão determinar o processo de adesão ou de resistência às DCN.

De outro lado, este trabalho também versa sobre currículos de graduação nos cursos de medicina. Na década de 1980, Mortimer, Smith e Takeuchi (1983) analisaram os diferentes modelos de formação médica emergentes nos Estados Unidos, classificando-os de acordo com sua duração, sua organização curricular e seus cenários de ensino/prática. Entre eles, as autoras destacam o modelo tradicional pós-flexneriano, a abordagem sistêmico-orgânica, o modelo flexível-eletivo, os modelos baseados no ensino em comunidade e os programas de educação

médica acelerada³. No Brasil, no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, pesquisadores/as como Almeida (1999) e Lampert (2002) identificaram as possibilidades e as tendências de mudanças curriculares para as escolas médicas brasileiras. Almeida (1999) classificou as possibilidades de mudança em quatro modelos emergentes: a proposta “UNI”, a proposta “Changing”, a proposta “Network” e a proposta “Gestão de Qualidade”, com base em suas concepções teórico-metodológicas, na sua história e na sua implementação e desenvolvimento.

Já Lampert (2002) as divide em tradicional (T), inovador com tendência tradicional (It), inovador com tendência avançada (Ia) até um avançado (A), reconhecendo os polos que dividem as escolas médicas. No entanto, essa divisão pressupõe uma ideia evolucionista e linear entre as escolas tradicionais e avançadas, como se as primeiras estivessem “atrasadas”, precisando alcançar as escolas “avançadas”. O estudo de Goulart et al (2009), avaliando os efeitos do Promed, fez o mesmo classificando os cursos de acordo com os estágios em que estariam, sendo o primeiro das escolas tradicionais, o estágio 2 como intermediário e o estágio 3 como dos cursos inovadores. O que propomos fazer nesta Tese é uma reclassificação dos modelos de formação médica em dois tipos: os currículos tradicionais e os currículos inovadores.

A concepção que temos aqui nesta classificação está embasada numa concepção antropológica das análises comparativas de Louis Dumont (1997). Consideramos que um currículo tradicional é aquele cujos valores atribuídos ao currículo tradicional ocupam uma posição dominante em relação aos valores representados no currículo inovador, sendo o segundo subordinado ao primeiro, em um sistema hierárquico. Aqui estamos falando de uma relação de proeminência de uma perspectiva sobre a outra, não de exclusão, dentro de uma totalidade.

Neste sentido, apesar da diversidade de modelos enquadrados em um ou outro lado nesta classificação, o que os unirá numa mesma classificação e ao mesmo tempo separará currículos inovadores e tradicionais são justamente os pressupostos pelos quais se assentam, o conteúdo que trazem consigo, o tipo de médicos e médicas que desejam formar e não simplesmente o seu formato.

² Sabatier e Weible (2007) usam o termo “participantes de um subsistema de políticas públicas”. No entanto, aqui usaremos a expressão “agentes” sempre que houver a referência

³ Tradução livre. Os nomes originais são (1) the traditional (post-Flexnerian) model; (2) the organ system approach developed at Western Reserve University School of Medicine; (3) the flexible or elective model originally developed in the 1950s in response to the traditional model; (4) the community-based or primary care model; and (5) accelerated medical education programs.

Isso não exclui a possibilidade de admitirmos que tipologias possam avaliar uma espécie de escala, especialmente quando se trata de avaliar o quanto políticas como o Promed conseguiram ser bem-sucedidas no sentido de impactar alguma mudança curricular. Pode-se avaliar o quanto um curso tradicional seja mais ou menos conservador com relação a mudanças, incorporando elementos pontuais de uma perspectiva inovadora. O mesmo pode ser dito dos currículos inovadores, que podem possuir mais ou menos elementos de uma formação tradicional. Afinal, o próprio Norberto Bobbio (1995), ao criar os conceitos de direita e esquerda admite que a existência do preto e do branco não exclui que exista uma área cinza. Do mesmo modo, nada impede que um curso tradicional possa se tornar inovador e vice-versa.

No entanto, essa mudança não ocorre num continuum. Assim, o modelo tradicional de é
um modelo baseado em crenças de como deve ser a formação médica, etc. Ele evolui, incorporando novas tecnologias e metodologias, algumas inclusive tipicamente adotadas pelo modelo inovador, sem deixar de ser predominantemente tradicional. O mesmo ocorre com o que chamamos de currículos inovadores, que podem ser conservadores com relação a aceitar certas inovações ou modificações ou mesmo possuir certas características de modelos conservadores (como estruturas departamentais, por exemplo), sem deixar de serem currículos predominantemente inovadores.

3 FORMAÇÃO MÉDICA TRADICIONAL

Esta seção aborda as origens e os fundamentos do que é uma formação médica tradicional. Resgatando a história, veremos que as diferentes concepções sobre como devem ser tratadas as enfermidades e as pessoas enfermas surgem já no início do processo de racionalização da medicina na Antiguidade, com as “disputas” entre Cós e Cnido, as duas maiores escolas da época.

A partir do Renascimento estas discussões acompanharam as descobertas científicas. Os modelos de ensino também, obviamente, se modificaram ao longo do tempo, com aqueles que eram considerados modernos em uma época tornando-se ultrapassados em seguida. Assim, os então tradicionais modelos de formação alemã e francesa, que no Brasil dominaram as escolas de medicina no século XIX e em grande parte do século XX, foram substituídos pelo “moderno” modelo flexneriano. Este, por sua vez, se tornou dominante ao redor do mundo no século XX, chegando tardiamente ao Brasil, sendo instituído com a Reforma Universitária de 1968. Veremos que o que hoje consideramos um currículo tradicional na formação médica é um produto relativamente recente e em constante transformação, com sua base no modelo flexneriano.

É necessário entender todas essas transformações para não somente conceitualizar o que consideramos como uma formação e, conseqüentemente, um currículo tradicional, mas também para compreendermos a relação estrita desse modelo com um sistema de crença 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.

3.1 A medicina clássica e as primeiras escolas de medicina

Existem registros do que hoje se chama de medicina nos antigos povos mesopotâmicos, sumerianos, babilônicos, entre outros. A cura e o cuidado em saúde estavam ligados à magia e à religião. Na Mesopotâmia, por exemplo, cabia aos sacerdotes cuidar dos doentes. O primeiro registro escrito sobre algo próxima à profissão médica é do Código de Hamurabi, na Babilônia. Ele diferenciava médicos de cirurgiões, sendo função dos sacerdotes buscar a causa do mal (do ponto de vista religioso) e ao prático prescrever o tratamento e aplicar os métodos então existentes. Já no Egito Antigo, houve o avanço de uma medicina religiosa para uma prática

empírica, sendo o ofício passado de pai para filho, pois ainda não havia escolas de medicina (LOPES, 1970).

A medicina também se desenvolveu na Índia, na China, no Japão e em outras partes do mundo com suas características particulares. No entanto, o berço da medicina ocidental é na Grécia Antiga, especialmente a partir de Hipócrates (460–370 a.C.). Ainda que houvesse uma medicina grega pré-hipocrática, inicialmente uma medicina sacerdotal (religiosa) e posteriormente uma medicina filosófica (racional), é a partir dele que a observação sistemática e a racionalização serão integradas na prática médica. Já no período medieval, a medicina se desenvolveu dentro dos mosteiros, até surgirem as primeiras escolas e faculdades de medicina, ainda na Idade Média (LOPES, 1970).

No século V a.C. a profissão médica já estava bastante desenvolvida na Grécia Antiga como uma profissão independente, composta por especialistas. Neste período, surgem as primeiras escolas médicas, primeiramente assim chamadas pela tradição compartilhada em determinado território geográfico e posteriormente pela integração de seus sistemas e métodos. Entre elas, destacam-se as escolas de Cnido, Rodas, Cós, Crotona, Cisene e Itália do Sul (LOPES, 1970).

A Escola de Cnido (na cidade de Cnido, pertencente à Grécia Antiga, no território hoje da Turquia) foi a primeira a oferecer cursos de medicina. Ela se utilizava da experimentação e da observação na formação de seus alunos, mas ainda estava muito próxima do pensamento tradicional e religioso. A mais conhecida escola da Antiguidade, que rivalizava com Cnido, é a de Cós (localizada na Ilha de Cós, na atual Grécia), considerada revolucionária no uso da combinação da experimentação e da razão em seu ensino, além de ser o local de origem de Hipócrates (LOPES, 1970).

Um fator que chama a atenção nas escolas de Cós e Cnido eram as disputas de diferentes concepções de medicina, uma centrada no estudo das partes e outra no estudo da pessoa doente. Em Cnido a preocupação central era em reconhecer e distinguir as doenças umas das outras, relacionando-as com os órgãos atingidos, para então poder tratá-las. Já em Cós, a doença era tratada como uma afecção geral do organismo. Conforme Souza (1996, p. 49):

Seria vão procurar distinguir as doenças uma das outras pelos sintomas, porque estes variam constantemente no decorrer da mesma doença. Cada dia o paciente teria uma

nova doença e o número de doenças seria infinito. A doença é uma abstração e o doente o problema real. A medicina não pode deixar de ser a arte de tratar o homem enfermo, segundo as normas ditadas pela experiência e guiadas pela observação minuciosa e esclarecida.

É na Escola de Cós que se formou Hipócrates, considerado o pai da medicina, por dissociar a prática médica da filosofia (presente na Escola de Crotona, por exemplo), criando assim uma disciplina própria. Além disso, a medicina hipocrática considera que as doenças possuem uma causa natural, diferenciando-a da metafísica e da religião. Ainda que os escritos reunidos no *Corpus Hippocraticum* (coleção de Hipócrates) ainda hoje sejam objeto de incerteza com relação à sua autoria e autenticidade, a figura do pensador grego e da *medicina* hipocrática (SOUZA, 1996) forneceu as bases do que seria um princípio de espírito científico à medicina, além dos moldes dos padrões morais e éticos da profissão no seu famoso Juramento de Hipócrates, que ainda hoje continua a ser utilizado como referência no mundo ocidental (LOPES, 1970).

A partir de então, várias escolas médicas foram surgindo na Grécia Antiga. A orientação destas escolas foi conhecida como dogmatismo, uma vez que as doutrinas de Cós eram aceitas e tomadas como verdades finais, que apenas precisariam ser reproduzidas. Dentre as escolas que se desenvolveram nessa linha, a mais conhecida foi a Escola de Alexandria (no atual Egito), considerada o maior centro de educação médica na época, apesar da existência de grandes centros em Marselha, Lyon, Atenas, entre outros (LOPES, 1970).

A herança das escolas médicas gregas surtiu efeitos na ascensão do Império Romano, onde foram criados os primeiros hospitais públicos e particulares e muitas escolas médicas. Além disso, a preocupação com a higiene pública surgiu em Roma, cabendo aos médicos a fiscalização das leis sanitárias. Um dos principais nomes da medicina romana foi Galeno (131-201), nascido na Grécia e herdeiro da tradição helênica. Ficou famoso pelos seus estudos de anatomia comparada, ao dissecar cadáveres de animais e desenvolver inúmeros instrumentos cirúrgicos (LOPES, 1970). Grande parte do desenvolvimento próprio da medicina romana foi na área da cirurgia, forjada especialmente em função das necessidades do exército romano e desenvolvida em grande medida nos campos de batalha. A tradução e divulgação de seus textos foram

fundamentais para o renascimento da medicina séculos depois. Por muito tempo ainda os cursos de medicina seguiam a tradição galênica (SOUZA, 1996).

3.2 O surgimento das universidades e a medicina na idade média

Após a queda do Império Romano, o centro da cultura médica se transferiu para Constantinopla, com a medicina ocidental sendo incorporada pela Igreja, que assumiu grande parte das funções públicas antes destinadas aos médicos. Houve um processo de cristianização que se refletiu nos cuidados médicos, visando agora o alívio do sofrimento das pessoas, especialmente no plano espiritual. Assim, no final do século IV, surgem os primeiros hospitais cristãos, em Cesareia (370 d.C.) e Roma (400 d.C.), com a progressiva substituição dos médicos leigos remunerados pelos religiosos, engajados em uma missão cristã (ALMEIDA, 2009).

Entre as diversas ordens que surgiam com o intuito de oferecer caridade aos pobres, se destacaram os monges beneditinos que organizaram um sistema de cuidados de saúde dentro dos mosteiros, se espalhando pela Europa, com enfermarias para monges, pessoas ricas, da nobreza, pobres e pessoas que peregrinavam, ordem social reproduzida também fora dos mosteiros. Estes dispunham de instrumentos terapêuticos como farmácias e jardins de ervas medicinais, além de banhos e celas especiais, e eram um dos únicos lugares que ofereciam cuidados médicos. Os mosteiros eram locais também de preservação e estudo da cultura clássica, possuindo textos médicos e reproduções de obras de médicos como Hipócrates e Galeno. No entanto, predominava a crença que a doença era um castigo e exigia oração e arrependimento. Somente no século XI a influência das primeiras escolas de medicina se realizou dentro destas instituições (ALMEIDA, 2009).

Fora dos mosteiros, o povo judeu possuía grande acúmulo de conhecimento médico e tratava os membros da alta hierarquia da nobreza e eclesiástica, especialmente no início da Idade Média, sendo posteriormente perseguidos pelos cristãos. Consta que um dos maiores nomes da medicina medieval era um judeu: o filósofo e rabino Moisés Maimônides (1135-1204), nascido em Córdoba (atual Espanha, numa época em que a península ibérica sofria forte influência dos muçulmanos), que ficou renomado por toda a Europa, prescrevendo dietas, remédios e tratamentos em suas obras (ALMEIDA, 2009).

Estudiosos/as cristãos/ãs também escreveram sobre medicina na Idade Média, como Roger Bacon (1214-1292), Alberto Magno (1290-1380) e Hildegard von Bingen (1098-1179). Esta última, monja beneditina, soube separar a religião da medicina, utilizou a farmacologia e botânica no tratamento de doenças e salientava a importância da alimentação equilibrada. Não obstante, sob influência dos pensadores da Antiguidade, acreditava na influência dos corpos celestes aos seres humanos e no poder da magia (ALMEIDA, 2009).

Cabe salientar o papel decisivo de conservação, transmissão e desenvolvimento do conhecimento da medicina antiga pelo povo bizantino, cuja capital era Constantinopla, após a queda do Império Romano. Juntamente com a medicina árabe - que reuniu contribuições persas, hindus e sírias - elas serão em grande medida responsáveis pela retomada da medicina laica no Ocidente (SOUZA, 2016).

Um fator fundamental para a transição da medicina religiosa para a laica é o surgimento das primeiras universidades europeias, especialmente a partir do século XI. Os primeiros cursos de medicina que se vincularam às universidades tiveram origem em profissionais que organizavam cursos de medicina privados dentro de suas próprias residências e alimentados por influências, árabes, judaicas e bizantinas (LOPES, 1970).

Conforme Trindade (1999), podemos dividir as fases do desenvolvimento da universidade em quatro períodos temporais. O primeiro corresponde ao seu surgimento, na Idade Média, mais especificamente na virada do século XII para o século XIII, com destaque para as universidades de Paris (França) e Bologna (Itália). O segundo é o período renascentista, que começa no século XV sob influência do surgimento do capitalismo e do humanismo. O terceiro período, de transição do modelo renascentista para o da universidade moderna, iniciou com as descobertas científicas no século XVII. O quarto período é o da universidade moderna. Ele começou no século XIX, quando se estabeleceu uma nova relação entre universidade e Estado, e que forneceu as bases para essas instituições até os dias atuais (TRINDADE, 1999).

Para Trindade (1999, p. 7), tais instituições surgiram estritamente ligadas com a Igreja Católica. Segundo o autor, a universidade medieval:

é inventada e se institucionaliza apoiada no trabalho dos copistas e tradutores, que preservaram grande parte do legado Greco-cristão para formar clérigos e magistrados. Em sua fase áurea, esta se organiza através do modelo corporativo (*Universitas*

scholarium et magistrorum), em torno de uma catedral (*Alma mater*), abarcando vários domínios do saber, como: teologia, direito romano e canônico e as artes.

Ainda segundo Trindade (1999), as três áreas principais de formação são a teologia (Paris), o direito (Bologna) e a medicina (Montpellier⁴). A experiência desses locais se espalhou pela Europa e esse modelo tornou-se hegemônico no território. Nelas, a formação tinha vários anos de duração, com exigências de frequência, provas e exames de comprovação de conhecimento para a obtenção de graus acadêmicos, regidos por mestres no formato de cátedras (SOUZA, 1996).

Na medicina, a Escola de Salerno (Itália) foi a primeira escola de medicina no ocidente, surgida ainda no século X, fora do âmbito da universidade. Ela era considerada “o único lugar da Europa cristã onde se poderia obter uma formação médica regular, antes que o ensino da medicina passasse a ser feito de maneira organizada nas Universidades” (SOUZA, 1996, p. 175). Sua importância reside principalmente no fato de que ela foi o primeiro lugar que formou médicos habilitados a exercer a medicina como profissão.

A “mitologia” em torno de Salerno descreve que ela teria sido fundada por um árabe (Adila), um grego (Pontus), um judeu (Helenus) e um latino (Salertius). Ainda que não haja evidência de que isso seja verdade, este mito fundador representa um aspecto importante da escola, que é o ecletismo de sua orientação (SOUZA, 1996). Embora muitos dos seus primeiros autores sejam eclesiásticos, ela retomou a tradição hipocrática de formação médica, ao mesmo tempo em que combinava elementos da medicina árabe e bizantina. A “abertura” de Salerno permitia que até mesmo as mulheres ingressassem na escola como médicas, estudantes ou auxiliares, ainda que o objetivo fosse formar essencialmente parteiras e enfermeiras (ALMEIDA, 2009). Após Salerno, surgiram outras escolas do mesmo estilo na Itália, em Ravena, Pádua, Nápoles e Bolonha (Lopes, 1970).

No entanto, Salerno, fechada em 1811, apesar de sua importância, nunca efetivamente foi uma faculdade ou parte de uma universidade (SOUZA, 1996). O grande ponto de difusão de cuidado em saúde será na Escola de Montpellier, na França. Fundada por médicos árabes e judeus

⁴ Montpellier será a primeira faculdade de medicina. No entanto, a Escola de Medicina de Salerno é considerada anterior a ela, ainda que não classificada necessariamente como uma universidade.

entre os séculos VIII e XI⁵ e contando com a presença de rabinos de origem hispânica, ela não estava sob controle episcopal (ALMEIDA, 2009). Ela hoje é considerada a Faculdade de Medicina mais antiga do mundo (SOUZA, 1996).

De qualquer modo, estas duas são consideradas as primeiras escolas de medicina da Europa, que deram origem à medicina ocidental. Em ambos os casos, a proximidade e o contato com os povos muçulmanos foi fator fundamental para a superação da medicina cristã medieval. Nela, se desenvolviam estudos originais, frutos da observação e da experimentação, com a circulação de contribuições de origem árabe, da antiguidade clássica (grega), da Índia, da China, da Pérsia (ALMEIDA, 2009). Além do ensino hipocrático, nessas instituições se ensinava disciplinas como anatomia, alquimia e astrologia, ocorrendo uma gradual incorporação do conhecimento prático dos cirurgiões-barbeiros (LOPES, 1970).

Paralelamente ao surgimento das universidades, ocorreu um processo de normatização da medicina, procurando marginalizar os que não seguiam um curso regular e que não pertenciam à corporação. Assim, nos séculos XII e XIII começam a se desenvolver outros cursos de medicina nas universidades europeias. Deste modo, surge a dicotomia entre a medicina “teórica” e a “prática”, entre os médicos e os cirurgiões-barbeiros. O ensino da medicina era predominantemente teórico (ALMEIDA, 2009).

Apesar da sua influência no ressurgimento e desenvolvimento da medicina europeia, essa normalização excluiu os judeus e as mulheres. Em 1139, o Concílio de Latrão proibiu a prática da medicina com vistas a ganhos materiais, além da admissão nas universidades e o exercício da profissão por judeus (os monges também foram proibidos de exercer a profissão). Com relação às mulheres, elas sofreram uma “assimilação subordinada” (ALMEIDA, 2009, p. 45) à medicina. Ou seja, sua incorporação através de práticas consideradas hierarquicamente mais baixas, como parteiras ou assistentes. Muitas universidades proibiram o ingresso também de mulheres (ALMEIDA, 2009).

Ao mesmo tempo, várias autoridades regulamentaram o exercício da medicina em suas adstrições. Em Castela (Espanha), o Rei Afonso X exigiu que para o exercício da medicina era preciso ser reconhecido pelos *Conselhos das Cidades*, obtido depois da recomendação por dois outros médicos e aprovação do alcaide do Rei. Em Colônia (Alemanha), era o *Conselho da*

⁵ Não é possível precisar exatamente quando o ensino médico foi institucionalizado em Montpellier.

Cidade que nomeava médicos, barbeiros e farmacêuticos e a partir de 1460 passou a ser necessário fazer uma prova para exercer cirurgia ou fazer propaganda como médico. Já o Imperador Frederico II, em 1231, estabeleceu como lei para o reino da Sicília (Itália) os *Estatutos Médicos*. Na França, Montpellier exigia exame prévio e estágio de meio ano para o exercício da medicina (ALMEIDA, 2009).

3.3 O surgimento da medicina moderna

O Renascimento foi o período de abertura para o humanismo e para a ciência, que passou por um período de transição para uma medicina científica e experimentalista a partir da fusão dos cuidados em saúde com os achados da química e da biologia. Isso culminou no modelo biomédico do período moderno. Apesar do desenvolvimento científico nesse período e da progressiva utilização do hospital como locus da prática e da formação médica, o ensino médico no início da Contemporaneidade - baseado no sistema de cátedras - ainda era muito diferente do que vemos hoje.

Somente no início do século XX, a partir do Relatório Flexner, produzido nos EUA, surgiu a constituição básica de um modelo de formação em medicina que se propagou pelo mundo e hoje chamamos de “tradicional”: ensino em um ciclo básico no sistema de disciplinas e um ciclo profissionalizante com foco nas especialidades, ligação estrita aos hospitais-escola e extenso uso de tecnologias.

A universidade do período renascentista se espalhou pela Europa a partir da Itália no século XV, se caracterizando por uma relação muito forte com o Estado, em grande medida pela expansão do poder real e pelas viagens ultramarinas. Esse processo se acentuou com a Reforma Protestante e a Contrarreforma. A hegemonia da relação da universidade com a Igreja Católica, própria do período medieval, foi contestada com as primeiras universidades protestantes. Ao mesmo tempo, a divisão dos protestantes abre espaço para a Contrarreforma, e o recrudescimento dos católicos, em especial pela ação dos jesuítas. Deu-se a época de uma universidade que se abria para o humanismo (em relação ao teocentrismo) e à ciência (TRINDADE, 1999).

A partir do século XV ocorreu uma alteração no modo como as pessoas pensavam e descreviam o mundo. Durante o período medieval, o modo de pensar, explicar e compreender a natureza das coisas passava pela fé, sintetizada na famosa frase de Santo Agostinho: “*Crer para*

conhecer, conhecer para crer". Nesta perspectiva, o conhecimento servia para "a glória de Deus", ou então para "acompanhar a natureza das coisas". A visão moderna de mundo da época se baseou, por outro lado, no exercício da predição e do controle da natureza, para fins práticos. No lugar de uma concepção de um universo orgânico, vivo e espiritual, a ideia do mundo como uma máquina, fragmentada, dividida entre suas peças e engrenagens a substituiu. Um novo método de investigação das coisas surgiu, partindo da fusão da ideia de descrição matemática das coisas de Francis Bacon (1561-1626), com o método do raciocínio analítico de René Descartes (1596-1650), que culminou na Revolução Científica. Com ela, aos poucos a crença na verdade pela iluminação divina será substituída pela crença na verdade científica (CAPRA, 2002).

Esse processo teve impactos diretos na medicina. A medicina grega oferecia uma concepção dinâmica e totalizante do homem, valorizando a harmonia e o equilíbrio. A doença seria o rompimento desse equilíbrio, estando presente no todo e não em uma parte específica. Do mesmo modo, ela seria uma reação de reestabelecer um novo equilíbrio, a cura. A terapêutica seria a tentativa de reestabelecimento deste equilíbrio natural, sendo a prática médica uma imitação da natureza (CANGUILHEM, 1995).

No entanto, no período do Renascimento emergiu uma concepção diferente da relação do homem com a natureza, inclusive com a sua própria natureza, e assim, uma diferente concepção de saúde e de doença. Surgiu a ideia de que o ser humano pode "dominar" a natureza (e assim, a saúde e a doença também), moldando-a conforme seus desejos. No entanto, para dominá-la é preciso conhecê-la. É assim que é criada a patologia científica moderna, ligada essencialmente à fisiologia, que verá o ser humano de maneira cartesiana, partindo das partes mais simples para o entendimento do funcionamento do todo (CANGUILHEM, 1995).

Ainda no século XIV temos a emergência do estudo da anatomia humana, através da dissecação de cadáveres humanos para a compreensão da forma e das funções dos órgãos. O primeiro lugar a realizar tais procedimentos de maneira regular com o propósito didático foi a Universidade de Bolonha, iniciando com Mondino de Luzzi (1275-1326) em 1315, marcando o início da anatomia moderna. Em 1316, surge o primeiro tratado sobre o tema, a *Anathomia Mundini*, que se torna um texto de estudo indispensável no ensino de medicina na época. Ainda assim, a dissecação de cadáveres não era frequente, sendo reconhecida oficialmente em Bolonha somente em 1404, por um regimento que permitia realização de uma por ano por aluno. O

procedimento não era inicialmente uma prática generalizada no ensino médico. Em Montpellier, a primeira dissecação anatômica ocorreu somente em 1377 e em Paris em 1407. Foi somente em 1482 que o papa Sisto IV permitiu a prática da dissecação de cadáveres humanos (SOUZA, 1996).

Apesar dessas grandes transformações na concepção da doença, o ensino ainda no século XVI era tradicionalmente teórico, com exceção de Pádua e algumas outras escolas italianas, que mantinham o formato das cátedras medievais, com o acompanhamento do mestre na leitura dos textos de Hipócrates e Galeno. Na Escola de Paris, as provas de aproveitamento eram realizadas a cada ano nas diversas disciplinas (Fisiologia, Patologia, Anatomia e Higiene), determinando a continuidade ou não do aluno. Ao final, o estudante ainda precisava defender uma livre tese com tema de sua escolha.

Terminado o curso, o novo médico iniciava as atividades práticas tutelado por um médico mais experiente, seguindo a tradição hipocrática:

O exame começava sempre pela constituição geral do corpo, pelo estado dos tegumentos e das mucosas; pela palpação, verificação do ritmo e freqüência do pulso, que ainda não era cronometrado, exame de humores, do sangue, quando havia sangria, não incluindo a auscultação que só passou a ser rotineira depois de Laennec. Merecia especial atenção o exame sumário da urina. Para fazê-lo, o médico, ou seu assistente, levava à altura dos olhos o recipiente que a continha e, num gesto ritual muito bem reproduzido por uma célebre iluminura do "Livro das Horas de Ana da Bretanha", onde se vê São Cosme, naquele gesto conhecido de examinar a urina contra a luz, a verificar seu odor, cor e transparência (LOPES, 1970, p. 251).

A terapêutica, apesar de variável, era predominantemente de polifarmácia, com a mistura de substâncias. Atividades manuais como as práticas cirúrgicas, de parto e sangria não estavam entre as atividades exercidas pelos médicos, sendo relegadas a profissionais de mais baixo escalão (LOPES, 1970).

Os maiores avanços na medicina ocorreram a partir do século XVI e estão ligadas ao uso da química para o entendimento e tratamento das doenças. Paracelso (1493-1541) foi um dos nomes mais marcantes deste período. O suíço acreditava que a vida era uma representação química de elementos fundamentais, sendo o grande nome responsável pela emergência da farmacologia. Ainda que ligado ao misticismo, ele rompeu com o escolasticismo e o galenismo na medicina, representando a nova mentalidade renascentista (LOPES, 1970).

Nesse período, surge o que se chama de medicina iatrofísica ou medicina mecanicista. Se para Galeno, o corpo era visto como uma fábrica, a concepção que emergiu considerava o corpo como uma máquina. Os órgãos funcionando como peças e comparados a instrumentos mecânicos, conforme representantes como Frederic Hoffmann (1660-1742) e Geórgio Baglivi (1668-1706). Concorrendo ou complementando essa visão, aparece a medicina iatroquímica (também considerada mecanicista em sua essência), de Silvius Le Boe (1588-1672), que explicava o corpo a partir das reações e interações entre os componentes químicos. A fisiologia derivada dessa perspectiva é conhecida como humoral, dando ênfase às produções orgânicas da bÍlis, da saliva, etc. (LOPES, 1970).

Outro autor de destaque à época foi Hermann Boerhaave (1668-1738). Vinculado à Escola de Leiden (hoje Universidade de Leiden, na Holanda), fundada em 1575, Boerhaave foi responsável pela reorganização dos estudo médicos. Em seus *Aforismos*, Boerhaave escreveu um compêndio de medicina que incluiu desde o estudo dos clássicos (especialmente Hipócrates), integrando os achados da física e da química aplicados à medicina de maneira sintética. Seu método partia da observação dos elementos mais simples para os mais complexos, até chegar às doenças. Segundo um de seus discípulos:

Estava então a Arte Médica em toda a Europa na maior confusão: porque cada Médico seguia umas vezes a doutrina dos Galênicos, outras dos Árabes, dos Químicos e dos Mecânicos: já a Química tinha entrado em algumas Universidades, servia de Filosofia e de Matéria Médica à Medicina: em nenhuma delas se ensinava já a doutrina Hipocrática que Fernelio, Hollerio, Dureto e Ballonio tinham ressuscitado e introduzido em França. Poucos eram os Médicos que seguiram a Sydenham; e Baglivio ainda não era conhecido por Autor. Em toda Alemanha, Holanda e França com desprezo se nomeavam as obras dos Médicos Gregos, depois que Paracelso tinha queimado publicamente as obras de Galeno & de Avicena: a maior parte estudava Helmontio, Sylvio de le Boe e Etmulero; e ainda muitos daqueles que não conheciam outros livros, que Mercatus, Maroja e Riverio. Nesta confusão os Médicos de toda a Europa no princípio deste século, ou eram simplesmente empíricos, ou Pirrônicos. Como a Medicina não estava fundada na verdadeira Física; como não havia livro que contivesse os seus fundamentos fundados nela; como todos constavam de observações espalhadas, explicadas pela Filosofia umas vezes Escolástica, Aristotélica, Cartesiana, Química e Mecânica, daqui é que a Medicina perdeu a dignidade de ciência, e aqueles que a professaram, o nome e o ofício de Médico (SANCHES, 2003, p. 27).

Por fim, cabe salientar a importância de Andréas Versalius (1514-1564). Nascido na Bélgica, Versalius estudou em Paris e lecionou em Pádua (Itália). Seu tratado *De Humanis corporis fabrica* (sobre a construção do corpo humano), rompeu com muitas ideias de Galeno,

tendo escrito com base na anatomia do corpo humano, baseado em dissecações e não através de animais e sendo responsável por salientar a importância da cirurgia na prática médica.

O período de transição do modelo renascentista para o da universidade moderna iniciou com as descobertas científicas no século XVII, em especial na física, na astronomia e na matemática. Foi um período de valorização da razão, que se desenvolveu ainda mais com o avanço das ciências químicas e biológicas no século XVIII, sendo impulsionado pelo Iluminismo na França e fortemente marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra. Espalhou-se por todo o território europeu, desde a Universidade de Moscou (Rússia) até a Universidade de Coimbra (Portugal). É nesse período que surgem as primeiras cátedras científicas, os primeiros laboratórios, entre outros elementos que ainda hoje caracterizam as universidades. As ciências passam a se profissionalizar e se especializar, para além das ciências como uma formação geral. É também nessa época a universidade caminhou rumo ao fim do monopólio dos professores, em direção a um modelo mais estatal (TRINDADE, 1999).

A partir dessa matriz, surgem alguns dos principais modelos de Universidade. O primeiro, napoleônico, fortemente vinculado com o Estado, surgiu na França. É lá que se iniciou o ensino gratuito e o processo de estatização do ensino superior. Após a Revolução Francesa, a universidade napoleônica se organizou submetida ao Estado nacional, inclusive com a nomeação de professores pelo governo, modelo que se expandiu aos Países Baixos e à Itália. A formação nessas instituições se dava no sentido de criar profissionais liberais para atender aos interesses nacionais, criando quadros técnicos e políticos (TRINDADE, 2000).

Na Alemanha (Prússia, na época), por outro lado, surgiu a ideia de uma universidade fundada sobre princípios científicos desinteressados politicamente, com liberdade para os pesquisadores que, ao mesmo tempo, ficavam sob proteção estatal (chamado modelo humboldtiano). Esse movimento se contrapôs ao modelo napoleônico, ainda que ambos forneceram as bases para as universidades públicas e estatais (TRINDADE, 2000).

Alguns outros modelos de universidade também influenciaram fortemente as universidades ao redor do mundo, conforme Bohrer et al (2008). O modelo inglês, por exemplo, “está caracterizado pela formação humanista e pela transmissão de conhecimento” (BOHRER et al, 2008, p. 9). Por sua vez, no modelo norte-americano, que surgiu posteriormente, “predomina o pragmatismo, com o surgimento da universidade-empresa” (BOHRER et al, 2008, p. 9).

Na medicina, muito se desenvolveu ao longo dos séculos XV e XVI no ramo da anatomia humana. No entanto, a investigação anatomopatológica, principal característica da medicina moderna, somente se tornou parte da disciplina médica de maneira sistemática e indispensável nos séculos XVII e XVIII. O principal responsável por isso é Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) que criou a anatomia patológica, associando lesões em órgãos específicos a grupos de sintomas (SOUZA, 1996). É com Morgagni que se popularizou a autópsia dos corpos para estabelecer a correlação entre os achados clínicos e os fenômenos orgânicos (LOPES, 1970).

Com isso, a própria concepção de ser humano mudou. De uma concepção de *união* entre corpo e alma, para uma *separação* entre corpo (plano objetivo) e mente (plano subjetivo), que funcionam em dimensões diferentes. Descartes (1596-1650), o grande representante do racionalismo moderno considerava que "não há nada no conceito de corpo que pertença à mente, e nada na ideia de mente que pertença ao corpo" (CAPRA, 2002, p. 45).

É claro que essa visão mecanicista da vida não foi totalmente hegemônica. Pelo contrário, ela concorreu e assimilou achados de outra perspectiva, o vitalismo. O vitalismo também surgiu concomitantemente ao mecanicismo, na França, tendo em Stahl (1660-1734) seu fundador. Ele foi uma doutrina muito importante na França, em especial em Montpellier. Nessa perspectiva, o ser vivo era visto como um todo e não como a soma de suas partes. A alma era o princípio vital do ser humano. Como essa ideia estava ligada à presença de Deus, acabou aos poucos perdendo seu caráter místico, especialmente com Xavier Bichat (1771-1802). Bichat foi marcante no desenvolvimento da anatomia patológica em função do impacto que teve sua obra *Anatomie Generale*, criando um novo campo de estudos, que incorporava elementos de anatomia, patologia, fisiologia e histologia: os tecidos (ABOURD, 1999).

É a partir das ideias do vitalismo que surgiu uma nova ciência no século XIX, a biologia, que estuda os fenômenos da vida. Graças às contribuições do vitalismo, o mecanicismo foi superado ainda no século XVIII. No entanto, tal qual a física newtoniana continua a ser utilizada com o surgimento de novas teorias, as ideias do mecanicismo na medicina persistiram, sobre outras bases, e o corpo continua a ser entendido como uma máquina. Com a reforma do mecanicismo, devido às descobertas da anatomia, desenvolveu-se a ideia de composição elementar da vida e dos seres vivos (ABOURD, 1999).

Assim, para Capra (2002), o avanço da anatomia patológica propiciou o desenvolvimento de uma abordagem científica reducionista na medicina, centrada no corpo, especialmente em sua dimensão fisiológica, funcionando de acordo com leis mecânicas governadas por leis matemáticas (como um relógio), colocando as questões subjetivas, psicológicas e sociais em segundo plano. Do mesmo modo, o corpo passou a ser visto de modo cada vez mais fragmentado, dividido em partes que deveriam ser analisadas separadamente por especialistas, com os tratamentos focados em intervenções químicas.

A especialização dentro da medicina, foi um fenômeno do século XIX, com o surgimento de diversas áreas específicas - como a psiquiatria de Philippe Pinel (1745-1826) e a neurologia de Jean-Martin Charcot (1825-1893) - e inúmeros progressos em cada uma das áreas de conhecimento. Entre eles, destacamos a descoberta dos micro-organismos por Louis Pasteur (1822-1895) e o desenvolvimento das técnicas de anestesia, ambas fundamentais para as cirurgias modernas.

Cabe salientar que é a anatomia patológica uma das grandes responsáveis pela integração da prática cirúrgica à medicina. Até o fim do século XVIII, a medicina, a cirurgia e a farmácia eram os três ramos da arte de curar, sendo que a medicina – responsável pelo diagnóstico e pela terapêutica - ocupava um lugar central, de maior prestígio. Com o desenvolvimento científico, tecnológico e a especialização das funções, as práticas cirúrgicas vão sendo, aos poucos, incorporadas pela medicina, tornando-se uma parte importante da formação do profissional, enquanto a farmácia se desenvolveu como uma profissão autônoma (PITA, 2000).

Enquanto a anatomia patológica e a formação médica se desenvolviam dentro das Universidades, as práticas médicas foram sendo normalizadas na Europa, fornecendo as bases para seu desenvolvimento. Sua finalidade era biopolítica, ou seja, intrincada com o desenvolvimento do Estado Moderno e do capitalismo para o controle dos corpos dos indivíduos enquanto força de trabalho, na forma de medicina social. E isso ocorreu de diversas maneiras, de acordo com a estrutura político-econômica de cada país. Assim, na Alemanha desenvolveu-se a medicina de Estado, na França a medicina urbana e na Inglaterra a medicina de força de trabalho. Sua principal consequência será o desenvolvimento do uso da tecnologia hospitalar como ferramenta de cura, sendo incorporada posteriormente à educação médica.

Enquanto Inglaterra, França e Áustria começam a calcular a força ativa da sua população no século XVII sem nenhuma preocupação efetiva de intervir, é na Alemanha, entre 1750 e 1770, que surgiu um conjunto de práticas médicas preocupadas em melhorar a saúde da população por parte do Estado, a chamada *polícia médica* (FOUCAULT, 1982).

Basicamente, a polícia médica consiste em um sistema completo de observação da morbidade, de seus fatores endêmicos e epidêmicos, envolvendo hospitais e médicos de diferentes regiões e realizada por parte do Estado. Por outro lado, ela também consistiu na normatização da prática e do saber médicos, através do controle da formação e da prática médica pelas universidades e pela corporação médica. Ao mesmo tempo, aparece a ideia de controle da formação e do exercício da profissão pelo Estado (FOUCAULT, 1982).

A medicina de Estado alemã também realizou a normalização e o controle das atividades dos médicos a uma instância administrativa superior que acumulava informações sobre as práticas realizadas, além de funcionários médicos do Estado como administradores de saúde responsáveis por determinados territórios. Assim, o controle sobre o saber médico foi normatizado antes do controle dos corpos dos pacientes (FOUCAULT, 1982).

Na França, em um segundo momento e ao contrário da medicina de Estado alemã, emergiu a medicina urbana, com o objetivo de controlar a população nas grandes cidades, através de diversas medidas de higiene pública que incluíam a vigilância, a hospitalização, etc. Adotou-se o modelo médico e político da quarentena, utilizado para o controle da peste, aperfeiçoando seus mecanismos de distribuição, de isolamento, de individualização e registro dos indivíduos em determinados territórios (FOUCAULT, 1982).

Não somente os indivíduos são controlados nesse sistema, mas também há um regime de controle sobre a circulação das coisas, como a água e o ar. Essas medidas da medicina urbana francesa propiciaram aproximação da medicina com a química, especialmente. Havia toda uma crença no século XIII, que estabelecia uma relação entre a circulação do ar e o adoecimento (teoria dos miasmas). Portanto, o foco sai das pessoas e vai para as coisas, estabelecendo uma correlação entre o meio ambiente e os efeitos que se produz dentro dos organismos, fornecendo as bases para a constituição da medicina científica moderna (FOUCAULT, 1982).

O terceiro momento fundamental para a formação da medicina científica é a medicina da força de trabalho, surgida na Inglaterra no século XIX, englobando a medicalização dos pobres e

da força de trabalho. A *Lei dos Pobres* incrementou todo um sistema de assistência a essa população, o que acarretou também um controle médico sobre os corpos dessa população. Posteriormente, estabeleceu-se o sistema de *health services* (serviços de saúde), que incorporou medidas de obrigação do controle de vacinação, do registro de doenças e epidemias e da localização de lugares insalubres (FOUCAULT, 1982).

Desse modo, a medicina da força de trabalho inglesa criou um sistema de saúde assistencial feito para o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, tornando-os mais aptos para o trabalho e menos perigosos para as classes mais ricas. É assim que a medicina moderna se desenvolveu em um modelo tripartite: 1) um sistema assistencial e público destinado à população pobre; 2) um sistema administrativo com medidas de controle sobre a população geral e medidas de vacinação e controle de epidemia e; 3) uma medicina privada, destinada às classes mais altas. A articulação entre esses três sistemas médicos, organizados sob diferentes formas, é que permitiu um esquadramento médico completo, essencial para a medicina moderna (FOUCAULT, 1982).

A ideia do hospital como um lugar de tratamento de doentes conforme parâmetros da ciência médica será uma tecnologia utilizada somente no final de século XVIII. É neste momento que o hospital, já existente desde a Idade Média, tornou-se uma instituição médica, terapêutica, substituindo sua dupla função de asilo e exclusão das pessoas pobres. Anteriormente, essa instituição sequer fazia parte do ritual de formação do médico. Sendo dominado por religiosos ou leigos, o espaço do médico era o espaço privado, das visitas às residências (FOUCAULT, 1982).

Para Foucault (1982, p. 62), “a formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas”. Por disciplinarização, entende-se a aplicação de mecanismos disciplinares do exército para o controle dos corpos e das coisas, através da distribuição do espaço e do tempo. Com relação às transformações do saber e das práticas médicas, há o modelo de entendimento da doença sob a ótica da botânica de Lineu. É com base nos elementos da natureza, o ar, a água, a temperatura, a alimentação, que acontece a intervenção médica dentro dos hospitais, uma vez que a doença é fruto das condições a que os indivíduos estão submetidos.

Nesse processo, emerge o hospital como o local de concentração do poder e do saber médicos. Constrói-se uma hierarquia centrada no médico e cercada por assistentes, estudantes,

enfermeiras, etc. O conhecimento, antes localizado exclusivamente nos grandes livros clássicos da medicina, passa a se localizar dentro do hospital, onde se registram e classificam as doenças, passando a ser também o local de formação e transmissão do saber médico (FOUCAULT, 1982).

Um elemento fundamental nessa construção de visão do que é o corpo, a saúde, as doenças e como devem ser as intervenções médicas, foi a descoberta dos micro-organismos por Louis Pasteur, já no século XIX. Até então, a medicina ainda trazia consigo uma visão dualista, de luta entre a saúde e a doença, com um caráter religioso de luta entre o bem e o mal (CANGUILHEM, 1995). A descoberta da relação entre as patologias e os micro-organismos foi a peça-chave no quebra-cabeças dessa grande máquina-homem, que eliminou definitivamente as especulações místicas sobre o seu funcionamento.

As consequências dessa visão de mundo na área da saúde se desenvolveram ao longo dos séculos, acompanhadas do avanço na tecnologia, resultando no que se chama de modelo biomédico. Fruto da união entre a medicina e a biologia, há mais ou menos dois séculos, este é o paradigma que guiou a formação e a ação dos/as médicos/as nos últimos séculos, constituindo o alicerce da moderna medicina científica. Conforme descrito por Georg Engel (apud CAPRA, 2002, p. 103), ele se desenvolve baseado *"nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina"*.

Suas principais características são: 1) a visão da doença como um mal funcionamento da normalidade do organismo, cuja causa pode ser identificada e isolada (baseada especialmente na 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 médicos (especialistas), que vão identificar as doenças através de métodos científicos, cujo *locus* de atuação é o hospital, local de concentração tecnológica. Assim, a atenção dos médicos transferiu-se gradualmente do paciente para a doença. A psiquiatria foi criada para descobrir a origem orgânica das patologias mentais. A ênfase passa do cuidado para os tratamentos medicamentosos (GIDDENS, 2005).

As práticas e os cuidados em saúde passam a se submeter à prática médica "científica". As descobertas da biologia são a base na qual o conhecimento se desenvolve, sendo a medicalização a principal consequência dessa concepção. Ou seja, há a substituição dos tratamentos fitoterápicos

de tradição popular pelo receituário, conferindo poder exclusivo à medicina no tratamento de doenças (FERLA, 2002).

Outra consequência desse processo é a hospitalização, com o hospital sendo o lócus do tratamento de doenças e o foco das ações médicas “científicas”, substituindo as práticas de cuidado doméstico. Nesse sentido, o hospital universitário é o grande local de concentração e interiorização desse *ethos* da medicina, onde o estudante tem sua formação, se especializa e aprende a tratar as doenças sob essa ótica (FERLA, 2002).

Por outro lado, o modelo biomédico trouxe muitos benefícios. O conhecimento dos micro-organismos e seu funcionamento levou ao desenvolvimento do sistema antisséptico, ou seja, a esterilização de instrumentos e vestuário cirúrgicos. Consequentemente, emergiu o método asséptico, em que todo equipamento tem que estar livre de bactérias. Outros avanços do modelo biomédico se deram pela invenção de vacinas para doenças bacterianas e mecanismos para o combate de agentes infecciosos, como mosquitos e ratos. Além disso, muitos equipamentos tecnológicos foram inventados concomitantemente com a classificação das patologias e suas causas, fornecendo as bases para a medicina moderna (CAPRA, 2002).

Embora a concepção mecanicista seja bastante simples e tenha sofrido muitas críticas, ela ainda fornece a base estrutural conceitual dominante dos próximos séculos, até mesmo na compreensão dos fenômenos biológicos. Ainda que na ciência não se trabalhe mais com a metáfora da máquina para os seres vivos, a ideia cartesiana de que os processos biológicos podem ser entendidos através das suas partes ainda permanece (CAPRA, 2002).

Sobre essa base, assentam-se os dois modelos mais influentes de formação médica que se irradiaram pelo mundo no século XIX, o alemão e o francês. O modelo francês se caracterizava pelo ensino com o estudante aprendendo ao lado do leito do paciente, e a existência do anfiteatro anatômico nos hospitais, onde observavam seus professores e treinavam as técnicas aprendidas de diagnóstico e terapia. Ao mesmo tempo, as pesquisas clínicas eram realizadas nas faculdades de medicina. Por outro lado, o modelo alemão de ensino se caracterizava pela pesquisa médica centrada no laboratório, com o desenvolvimento de pesquisas experimentais, e um alto grau de especialização e hierarquização (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

3.4 O modelo flexneriano

Na universidade moderna, a ciência é marcada por influências do mercado e do Estado, dos interesses econômicos e políticos, atuando de maneira não totalmente autônoma, em função do alto grau de investimento necessário para o seu desenvolvimento. Em uma primeira fase, muito em função da Guerra Fria, temos o entrelaçamento entre o desenvolvimento de pesquisas e o setor militar. Já ao final dos anos 1960, os principais países capitalistas fizeram um esforço de união entre ciência, tecnologia e produção. Numa terceira fase, os cientistas passaram a atuar quase como “instrumentos do poder militar e econômico, insensíveis aos graves problemas sociais e ecológicos que os rodeiam” (TRINDADE, 2000, p. 126). A última fase iniciou-se nos anos 1970 com a crise do Petróleo. Com os avanços das descobertas tecnológicas e o desenvolvimento da indústria automotiva e eletrônica, a pesquisa se voltou especialmente para a microeletrônica, a automatização e a robotização.

A educação médica moderna, por sua vez, emerge a partir da fusão da concepção de saúde do modelo biomédico com o modelo de ensino de Abraham Flexner (1866-1959). Flexner foi um educador americano, responsável por um relatório (conhecido como *Relatório Flexner*) que desencadeou uma profunda reforma nos métodos de ensino médico nos EUA, tendo influenciado faculdades de medicina de todo o mundo e atingindo até mesmo a formação em outros campos do conhecimento. O relatório produzido por ele, financiado pela *Carnegie Foundation* e com o apoio da American Medical Association, através do *Council on Medical Education* (CME), 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 (ALMEIDA FILHO, 2010).

O Relatório Flexner, originalmente denominado *Medical Education in the United States and Canadá - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá – Um Relatório da Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, em tradução livre), foi publicado pela primeira vez em 1910. O relatório é dividido em duas partes, traçando um panorama sobre a educação médica e propondo soluções com base em observações. A primeira parte faz um panorama geral, abordando aspectos históricos, as bases da educação médica, incluindo uma proposta de padronização, aspectos financeiros, a pós-

graduação, pesquisa, os conselhos médicos e a educação médica do negro e das mulheres. Já a segunda parte analisa as escolas médicas por território estudado (FLEXNER, 1910).

Das 160 escolas de medicina analisadas, em funcionamento no território, Flexner incluiu 155 em seu relatório, sendo que destas apenas 31 teriam condições de continuar abertas, de acordo com as recomendações do relatório. A maior parte das escolas restantes deveria ser fechada, com algumas podendo ainda ser reorganizadas (DUFFY, 2011).

O diagnóstico de Flexner aponta várias críticas ao modelo de formação então vigente. A principal delas é com relação à superprodução de médicos/as mal-formados/as nos EUA e Canadá. Isso ocorria devido especialmente ao grande número de escolas comerciais (mais preocupadas com o retorno financeiro de curto prazo), as quais não tinham critérios para admissão, permitindo o ingresso de estudantes despreparados para o estudo científico e, posteriormente, para lidar com a prática médica quando formados. Além disso, muitos cursos eram descolados das universidades que faziam parte, não possuíam laboratórios de aprendizagem e tinham duração de apenas dois ou três anos, com um parâmetro de formação bem abaixo do que Flexner considerava o ideal. Dessa forma, o Relatório sugere a elaboração de uma reforma nos métodos de ensino médico da época, na regulação das escolas e na estrutura curricular dos cursos, visando formar menos, porém melhores médicos/as (FLEXNER, 1910).

É importante salientar que, desde meados do século XIX, não havia necessidade de concessão estatal para abertura de cursos de medicina nos EUA, nem estes precisavam estar vinculados às universidades. Sendo assim, havia uma gama muito ampla de abordagens pedagógicas e terapêuticas nessas escolas, para além da medicina ortodoxa, pois não havia um critério de cientificidade padronizado. No entanto, a *American Medical Association* (criada em 1847), em parceria com a indústria farmacêutica e as universidades, passou a exercer forte pressão para o exercício da medicina científica no início do século XX. Para Pagliosa e Da Ros (2008), a reorganização do ensino foi, em grande medida, fruto da associação da corporação médica com o capital. De qualquer modo, é a partir de Flexner que a medicina passa a ser concebida não mais como uma prática médica empírica, mas como uma prática cientificamente fundamentada, indissociável da investigação científica.

O Relatório propõe como modelo de educação o curso de medicina da *Johns Hopkins University*, com a admissão após a conclusão do ensino secundário, dois anos de preparação em

estudos universitários e quatro anos de curso. É importante salientar que a proposta de Flexner também foi muito influenciada por elementos do modelo alemão de medicina, com forte ligação entre a pesquisa e o ensino (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Com relação ao formato, basicamente os cursos passaram se organizar em ciclos de disciplinas básicas e clínicas. Nos primeiros dois anos do currículo são concentradas as aulas de ciências básicas, incluindo disciplinas de fisiologia, anatomia, entre outras. O laboratório era componente fundamental neste primeiro ciclo, além da sala de aula onde eram desenvolvidas as perspectivas teóricas. Nos terceiro e quarto anos, eles passam por uma série de experiências clínicas em diversas especialidades. Esse segundo ciclo é centrado no hospital. Ainda, é comum haver um ano de internato, com atividades eminentemente práticas. O objetivo desse sistema é fornecer uma formação generalista. No entanto, em grande medida, conforme Mortimer, Smith e Takeuchi (1983), isso não oferece mais do que uma formação superficial em cada uma das especialidades.

Conforme Almeida Filho (2010), do ponto de vista metodológico, a educação médica proposta por Flexner deveria envolver a prática e não apenas a memorização das doenças ou dos conteúdos básicos de química, física e biologia, mas atividades práticas no laboratório e nas clínicas, além de uma abordagem crítica dos seus pressupostos. Sua proposta não era de uma medicina individual e curativa, mas uma ação social e preventiva. Assim, o/a médico/a precisaria de uma forte base humanista na sua educação, com experiência em diversidade cultural e educação nas artes liberais, proporcionada através do pré-requisito no ingresso à formação nos *colleges* americanos.

Posteriormente, Flexner assume a direção do *General Education Board*, organismo filantrópico ligado à família *Rockefeller* - que fez doações milionárias para universidades sugeridas pelo relatório como com potencial para atingir os padrões ideais, condicionadas a que seguissem as recomendações do relatório. Entre essas recomendações, estão a criação de padrões de admissão, regime de ciclos de ensino, diminuição do número de estudantes por turma, hospitais com enfermarias de ensino e dedicação exclusiva docente. Apesar das inúmeras críticas sofridas, os critérios do modelo flexneriano passaram a ser considerados como o padrão mínimo de qualidade da formação médica moderna (ALMEIDA FILHO, 2010).

O modelo flexneriano padronizou a formação médica nos EUA, com praticamente todas as escolas possuindo um mesmo eixo estrutural até pelo menos a década de 1960. Como consequências, após dez anos de publicado o relatório e com a criação de mecanismos de regulação, restaram somente 81 das 160 escolas existentes anteriormente. No entanto, o modelo flexneriano não se restringiu aos EUA. Ele se espalhou pelo mundo substituindo quase que integralmente o antigo modelo de cátedras, seja na sua vertente alemã, seja na vertente francesa, que dominavam a formação médica anterior ao século XX, tornando-as obsoletas⁶ nos países industrializados (ALMEIDA FILHO, 2010).

3.5 A formação médica tradicional no Brasil

Enquanto a universidade e os cursos de medicina se desenvolviam na Europa, nas Américas ele apareceu principalmente no século XVII. Nos EUA, seguiu inicialmente o modelo britânico de Oxford e Cambridge. Foram implementadas, a partir 1636, primeiramente em Cambridge (Harvard), depois na Philadelphia, Yale, Princeton e Columbia, adquirindo posteriormente características próprias (TRINDADE, 1999).

Já na América espanhola, a primeira universidade foi criada em Santo Domingo (República Dominicana), em 1538, na América Central. Na América do Sul, foi a Universidade de San Marcos em Lima, no Peru. A Universidade de Córdoba é a mais antiga, fundada em 1613, inspirada nas universidades espanholas de Salamanca e Alcalá (atual Complutense) (TRINDADE, 1999). Logo, a universidade chegou ao México, Guatemala, Cuba, Chile, etc. A maioria das universidades na América Latina era privada e ligada à Igreja Católica, mas com um caráter público muito forte, pela grande influência do Estado espanhol. O modelo medieval espanhol de Salamanca, das contrarreformas foi o mais influente neste período.

Com surgimento das repúblicas na América Latina, grande parte das universidades mudou seu nome, seguindo ainda o modelo europeu, em especial o napoleônico (para formação da burocracia e de profissionais liberais), exerceu forte influência na América Latina, o ensino era destinado à formação das elites locais, preparando-as para os postos políticos e burocráticos.

⁶ Ainda que tenha persistido no Brasil até o final da década de 1960.

Somente até o final do século XVIII foram criadas 19 universidades na América Latina e mais 31 no século XIX.

No Brasil, o ensino superior apareceu apenas no século XIX, através de escolas e faculdades profissionais isoladas (a primeira em 1808, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil), consolidando-se como um espaço de formação científica apenas no século XX (TRINDADE, 1999).

Assim, a medicina que surge no Brasil já era “moderna”, adotando as premissas do modelo biomédico, mas não “tradicional”, baseada no modelo flexneriano. O que hoje é a medicina tradicional brasileira, foi implementada a partir da reforma universitária de 1968, no período da ditadura militar apenas. A medicina pré-flexneriana foi completamente abandonada como modelo de formação profissional após esse período, não sendo considerada “tradicional”.

Durante o período colonial (1500-1822), enquanto a universidade chegava à América Latina e aos Estados Unidos, a educação no Brasil ficou restrita ao trabalho de catequese, especialmente através dos jesuítas da Companhia de Jesus (COSTA e RAUBER, 2009). Os jesuítas, no entanto, foram expulsos do país no ano de 1759 por não se submeterem aos interesses de Portugal. O Marquês de Pombal, principal responsável pela expulsão dos jesuítas, reorganiza a educação no país para atender aos interesses do Estado. No entanto, não havia interesse da metrópole em criar e desenvolver universidades na colônia. A Coroa Portuguesa considerava que isso poderia fomentar os movimentos separatistas (BOHRER et al, 2008).

Em 1808, com a chegada da Corte de Portugal ao Brasil e elevação do Brasil ao status de vice-reino, surgem as primeiras formas de ensino superior no país. No entanto, havia uma forte rejeição às universidades. Por isso, foram criadas faculdades isoladas, ao estilo francês (no modelo napoleônico), com o sentido de satisfazer às necessidades práticas imediatas da Coroa (BOHRER et al, 2008). Assim, foram criadas a Escola de Cirurgia da Bahia e o curso de Cirurgia e Anatomia no Rio de Janeiro, ambos em 1808. Nesses locais, posteriormente foram estabelecidos dois centros médico-cirúrgicos que se tornaram as matrizes para as atuais faculdades de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal da Bahia (UFBA) (FÁVERO, 2006). Em 1816, uma Carta-Régia transformou a Escola de Cirurgia da Bahia em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, utilizando o hospital de caridade local como espaço de ensino.

Os currículos das primeiras faculdades eram bem simples e enxutos. Na Escola de Cirurgia da Bahia havia apenas as cadeiras de *Cirurgia especulativa e prática* e de *Anatomia e Obstetrícia*. No Rio de Janeiro, eram 4: 1) *Anatomia e Fisiologia*, 2) *Terapêutica Cirúrgica e Particular*, 3) *Medicina Operatória e Arte Obstétrica* e 4) *Medicina Química, elementos de matéria médica e farmácia*. O ensino era escolástico, com a leitura de livros clássicos da medicina francesa e as demonstrações ocorrendo nas enfermarias dos hospitais militares. Em 1812, esse currículo foi ampliado com a inclusão de disciplinas e aumento da duração de 4 para 5 anos. Elas não possuíam estatutos próprios, seguindo o Estatuto da Universidade de Coimbra, de Portugal (CRUZ, 2004).

Até então, os poucos médicos que havia no país ou eram designados pela Coroa ou então eram filhos de pessoas de posse no Brasil que iam estudar e voltavam formados na Europa. Havia também a categoria chamada de *cirurgiões-barbeiros*, que eram credenciados após um exame de proficiência, mas cuja qualidade de sua formação e prática era extremamente duvidosa (MACHADO, 1997).

A ideia de institucionalizar a educação superior no país era formar as elites dirigentes, que anteriormente eram enviadas à Europa para estudar. No caso, a chegada da Corte ocorreu justamente pela “fuga” de Portugal. O bloqueio napoleônico impedia o envio dos filhos das elites para o Velho Mundo, colocando a necessidade de se realizar a formação superior no próprio Brasil. Além disso, a criação de ensino superior na antiga colônia estava estritamente relacionada com as necessidades de defesa militar do período (BOHRER et al, 2008).

A Independência do Brasil trouxe a Constituição de 1824, que abordou diretamente a educação. Surgiu o primeiro Sistema Nacional de Educação, composto por escolas primárias, ginásio e ensino superior (BOHRER et al, 2008). Apesar das disputas políticas com a França, conforme Brito e Cunha (2009), o modelo francês de educação superior voltado para a profissionalização e a criação de carreiras liberais foi o mais influente neste momento.

Em 1832, houve uma primeira legislação (Lei de 3 de outubro de 1832⁷) que controlou as práticas e a formação médica. Com isso, as escolas médicas passaram a ser chamadas de escolas ou faculdades de medicina. Também foi estabelecida a formação de 6 anos e que cada estabelecimento tivesse 14 professores - todos da profissão médica e cada um ocupando uma das

cadeiras do magistério - e 6 substitutos. Elas podiam fornecer títulos de Doutor em Medicina, Farmacêutico e Parteira.

O ensino foi também regulamentado no artigo 15, sendo no formato de cadeiras (as cátedras). No caso do curso de medicina eram as seguintes⁸: 1ª Cadeira Physica medica; 2ª Cadeira Botanica medica, e principios elementares de Zoologia; 3ª Cadeira Chimica medica, e principios elementares de Mineralogia; 4ª Cadeira Anatomia geral e discriptiva; 5ª Cadeira Physiologia; 6ª Cadeira Pathologia externa; 7ª Cadeira Pathologia interna; 8ª Cadeira Pharmacia, materia medica especialmente a brasileira, Therapeutica e arte de formular; 9ª Cadeira Anatomia topographica, medicina operatoria, e aparelhos; 10ª Cadeira Partos, molestias de mulheres pejudadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos; 11ª Cadeira Hygiena, e Historia da medicina; 12ª Cadeira Medicina legal; 13ª Cadeira Clinica externa, e Anatomia pathologica respectiva; 14ª Cadeira Clinica interna, e Anatomia pathologica respectiva.

O modelo de ensino adotado pelas escolas médicas do Brasil foi o de Coimbra, segundo o qual:

o aspirante à carreira médica deveria saber falar latim, ter conhecimento do grego, de filosofia moral e racional, e manejar as línguas francesa e inglesa, facultativamente. Cursaria, então, as matérias das Faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após exames, no curso de medicina, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia; anatomia, prática das operações e arte obstétrica; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital; aforismos (de Hipócrates e de Boerhaave) e continuando com a prática no hospital; prática da medicina e da cirurgia no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exames (...), recebendo, se aprovado, o grau de 'Bacharel em Medicina e Cirurgia'. Para obter os títulos de 'licenciado' e de 'doutor', cumpria a repetição, por mais um ano, das cadeiras de instituições e aforismos, e defesa de tese, no último caso (SANTOS FILHO, 1991, p. 291, Apud MACHADO, 1997).

Do ponto de vista do desenvolvimento pedagógico e do ensino científico, a Universidade de Coimbra do início do século XIX sofria forte influência do iluminismo francês. Já a medicina, bebia da vertente da medicina holandesa, na figura de Hermann Boerhaave, com a recomendação de que o ensino médico fosse experimental. Isso significa que as discussões não representavam disputas teóricas sobre as dimensões iatromecânicas ou iatroquímicas, apesar de compartilharem

7 Disponível em https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html Acesso 25 de setembro de 2020.

8 Os nomes das cadeiras foram deixados com a grafia da época.

o questionamento sobre a tradição galênica, considerada ultrapassada. Assim, além das cátedras, existia o anfiteatro anatômico, onde estudantes podiam acompanhar dissecações dos cadáveres (PITA, 2000).

Já a legislação brasileira de 1832 estabeleceu que as aulas eram públicas e deviam ocorrer dentro ou nos arredores de hospitais (seguindo a doutrina de Coimbra, que já possuía um hospital escolar desde 1772), distribuídas ao longo de seis anos, com duas cadeiras por ano, à exceção do 4º ano que possuía três cadeiras. Além disso, as cadeiras de clínica externa e sua respectiva anatomia patológica eram frequentadas do segundo ao sexto ano; já a de clínica interna e sua anatomia patológica eram obrigatórias no quinto e sexto anos. Apesar da normativa sugerir um currículo muito parecido com o português de Coimbra, a medicina no Brasil obteve um caráter muito mais clínico do que experimental, pelo menos até 1879. Conforme Edler (2009, p. 159):

a fisiologia experimental de Claude Bernard (1813-1878) e a patologia celular de Rudolph Virchow (1821-1902), que viriam a produzir uma medicina de laboratório, em oposição à medicina hospitalar, eram disciplinas periféricas à prática médica e estavam apenas se esboçando no horizonte da clínica.

Além disso, não se pode negar a influência da medicina francesa. A própria legislação citava que os regulamentos das faculdades, enquanto não devidamente aprovados pelo Poder Legislativo, deveriam seguir os estatutos e regulamentos da Universidade de Paris.

Em 1829, foi criada a primeira associação médica no Brasil, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (renomeada Academia Imperial de Medicina em 1835 e depois Academia Nacional de Medicina – ANM - 1885). Tinha como funções oficiais assessoras o poder central em questões médicas e controlar o exercício da profissão no país. Entre seus primeiros fundadores havia médicos brasileiros, franceses e italianos, a maior parte formados em Montpellier e em Portugal. Ela foi a responsável por transpor o modelo da Academia Francesa de Medicina para o Brasil. No entanto, ao contrário da academia do país europeu, a brasileira não estava ligada à expansão universitária e ao desenvolvimento da pesquisa científica, mas apenas ao controle dos cursos de medicina existentes no Brasil, no Rio de Janeiro e na Bahia. Com a ANM e o Império localizado no Rio de Janeiro, sendo o centro político e cultural do país, esse foi o local de desenvolvimento da profissão no Brasil (CORADINI, 2005).

Somente em 1854 um decreto imperial estabeleceu a Reforma do Bom Retiro, permitindo um estatuto próprio para as universidades, mas mantendo a estrutura curricular de 1832, com apenas algumas modificações nas cátedras e a inclusão das de *Química Orgânica* e a *Anatomia Patológica* (CRUZ, 2004).

A medicina brasileira do século XIX foi caracterizada pelo higienismo e pela clínica. As disciplinas relacionadas à higiene pública ganharam prestígio nas faculdades europeias após a Revolução Francesa, sendo vistas também como revolucionárias, tendo raízes nos movimentos vitalista e antimecanicista. Estavam fortemente presente no currículo da Universidade de Coimbra, além de influenciarem bastante a agenda da Academia Imperial de Medicina. Com relação à clínica, apesar das diferentes denominações atribuídas aos grupos existentes (denominações correntes – “broussaístas”, “ecléticos”, “humoralistas”, “organicistas”, “contagionistas”, “anticontagionistas”) a tradição era muito vinculada ao médico de família, que também atuava como cirurgião e consultor higienista (EDLER, 2009, p. 165).

Na segunda metade do século XIX, começou a se desenvolver o periodismo no Brasil. Edler (2009) destaca algumas publicações como a *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1915), *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862-1864), a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1879), os *Archivos de Medicina* (1874), o *Progresso Médico* (1876-1880), a *União Médica* (1881-1889), a *Gazeta Médica Brasileira* (1882) e o *Brazil Médico* (1887-1964). Tal movimento periodista exerceu pressão sob a matriz clínica e higienista da formação médica brasileira, trazendo a emergência de disciplinas experimentais, da parasitologia e de novas especialidades clínicas.

O ensino médico sofreu apenas pequenas alterações no Segundo Reinado, até o ano de 1879, quando um Decreto Imperial estabeleceu a chamada Reforma de Sabóia, que incidiu tanto sobre a educação nas escolas primárias da época, quanto nas faculdades (EDLER, 2009). Formulado por Vicente Cândido Figueira de Sabóia, membro da Academia Imperial de Medicina e Catedrático de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Decreto⁹ permitiu a criação de cursos por particulares (o que ocorreu somente no final do século XIX), sem maior interferência desde que seguissem as normativas do Governo.

No que tange à medicina, desde a década de 1870, a Academia considerava que o modelo de educação vigente estava ultrapassado e demasiado teórico, visto as inovações no ensino

médico no período. Sabóia foi indicado para ir à Europa estudar a organização das faculdades no Velho Continente. No seu retorno, sob influência das medicinas francesa e alemã, ele introduziu o método asséptico de Pasteur em sua Cátedra e foi o responsável pela elaboração de um currículo novo na medicina, adotado pelo Império, com a introdução de cátedras experimentais e práticas (de medicina operatória experimental, por exemplo), além de desmembrar a clínica médica em outras clínicas, como oftalmologia e psiquiatria. Além disso, as escolas deveriam ser equipadas com laboratórios práticos das diversas especialidades (somente no Rio de Janeiro foram criados 11 laboratórios) e museus para exposição dos produtos dos laboratórios (EDLER, 1992).

Conforme Edler (2009), a introdução da bacteriologia de Pasteur costuma ser considerado o marco da instalação do cientificismo na profissão médica no Brasil. Bem verdade é que a introdução dessa nova vertente abriu espaço para as posteriores reformas na medicina no ensino médico no Brasil. Seu desenvolvimento rompe com a hegemonia higienista e clínica até então existente e abre espaço para o desenvolvimento de novos campos de pesquisa. No entanto, cabe salientar que não se trata da incorporação da ciência na medicina brasileira, mas de uma mudança paradigmática.

Assim, durante praticamente todo o século XIX tivemos apenas dois cursos de medicina no Brasil. Desse modo, a profissão médica no Brasil se caracterizou pela formação de profissionais liberais ao estilo napoleônico, visando satisfazer especialmente às necessidades mais imediatas e aos anseios das elites locais, em faculdades de medicina que seguiam o modelo de ensino de Coimbra, com o ensino das atividades teóricas nas cátedras e práticas nos hospitais. Somente após a Reforma de Sabóia que os currículos sofreram algumas alterações incrementais, sob a influência dos modelos francês e alemão, embora não se possa dizer que houve a adoção de um ou outro por completo. Não havia preocupação com o desenvolvimento da pesquisa científica dentro das faculdades, ainda que alguns periódicos médicos fossem publicados no entorno das instituições, nem com um sistema de saúde propriamente dito no país para a formação se adequar às suas necessidades.

Essa situação somente começou a se modificar no final do século XIX, com o surgimento da República, trazendo consigo a influência positivista. Através de uma série de dispositivos legais (Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental, também conhecida como Reforma

9 Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933->

Rivadavia, a principal), o governo permitiu a criação de instituições de ensino, criadas por livre iniciativa, sem necessária regulamentação do governo, dando autonomia às corporações para a organização dos currículos e a formação de profissionais (TRINDADE, 2018). Portanto, é somente após o fim do Império, no ano de 1898, que foi criada mais uma escola de medicina no país, a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, que deu origem à UFRGS. Com isso, o número de escolas médicas foi crescendo aos poucos no início do século XX, sendo que até 1950, havia apenas 13 escolas médicas, todas de natureza pública e situadas em capitais (MACHADO, 1997).

A pesquisa na área da medicina começa a se desenvolver no Brasil também somente no final do século XIX. Baseada nas ideias positivistas, ela visava o desenvolvimento da ciência aplicada, o que não necessariamente passava pelas universidades ou faculdades. Sendo assim, é nessa época que surgem os institutos de pesquisa Manguinhos, Bacteriológico e Butantan, que faziam pesquisa médica de maneira relativamente independente às faculdades existentes (TRINDADE, 2018). Aos poucos a pesquisa vai sendo incorporada nas faculdades, sob influência do modelo alemão de pesquisa médica (LAMPERT, 2002).

É nesse período que foram criadas as primeiras Universidades no país, vinculadas aos Estados e não ao Governo Federal (FÁVERO, 2006), em alguns casos incorporando cursos de medicina existentes, como ocorrido na Universidade de Manaus (1909), Universidade de São Paulo (1911) e Universidade do Paraná (1912)¹⁰. Esta última também marca a criação da quarta escola de medicina no Brasil, a Faculdade Federal de Medicina do Paraná. Logo, surgiram outras, em São Paulo, Minas Gerais, Recife, no Pará e no Rio de Janeiro (AMARAL, 2007). No entanto, as experiências da criação das primeiras universidades pouco duraram e se dissolveram, extinguíram ou fragmentaram em instituições isoladas pouco depois. No entanto, nesse período ainda surgiram algumas universidades que tiveram existência mais duradoura e ligadas ao Governo Federal, como é o caso das do Rio de Janeiro (1920) e de Minas Gerais (1927) (TRINDADE, 2018).

Aos poucos, as faculdades de medicina que funcionavam de maneira isolada se integraram às universidades emergentes, ainda que muitas vezes tal conexão se desse apenas no nível legal e o status de Universidade não alterasse significativamente o curso. A partir de década de 1930, a

[publicacaooriginal-62862-pe.html](#). Acesso em 28 ago. 2019.

tendência de descentralização se reverte. O Governo Provisório cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável por reorganizar o ensino no país, retomando a tônica centralizadora (FÁVERO, 2006). Um dos grandes responsáveis por isso foi o Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931, assinado por Getúlio Vargas e Francisco Campos, que indicou que o ensino superior no Brasil obedecesse preferencialmente ao sistema universitário, ainda que permitindo a existência de institutos isolados (TRINDADE, 2018). Assim, na década de 1930 surgiram novos cursos de medicina em instituições isoladas e por iniciativa de professores da sociedade civil, ainda que públicas, como a Escola Paulista de Medicina (1933) e a Faculdade de Ciências Médicas do Estado de Guanabara (1936), que posteriormente foram incorporadas a universidades (AMARAL, 2007).

Entretanto, somente a partir da década de 1950, com o início da República Populista (1945-1964), que o número de escolas médicas cresceu, com a criação de 14 novas, cinco delas particulares (MACHADO, 1997). Inicia-se o processo de interiorização da medicina, com a criação de escolas médicas no interior de São Paulo, Minas Gerais e Bahia. O crescimento do número de vagas no ensino superior no Brasil aumentou de 21 mil para 182 mil estudantes. Muitas escolas também foram federalizadas, formando então Universidades Federais, como no caso da Medicina da UFRGS, em 1950. Nesse período, mantém-se o predomínio da educação para a formação profissional, visando atender às necessidades do crescimento econômico e demográfico do país, em detrimento da educação vinculada à pesquisa e à produção do conhecimento (MARTINS, 2009; FÁVERO, 2006).

No que tange à formação médica do início do século XX, esta começou a sofrer a influência da publicação do Relatório Flexner (1911). Contudo, ela chegou tardiamente ao Brasil. Paulatinamente a influência do modelo americano de educação médica cresceu, mas este processo só atingiu seu apogeu com a Reforma Universitária de 1968, que padronizou a formação médica no Brasil, pautada no modelo flexneriano (MACHADO, 1997), retirando a ideia das cátedras como o centro a partir do qual as instituições de ensino superior se organizam (FÁVERO, 2006).

Cabe salientar, todavia, que algumas experiências do modelo flexneriano já haviam sido anteriormente implementadas. Em 1919, dois docentes da Cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo receberam bolsas de estudos da *Rockefeller Foundation* para um estágio

¹⁰ Denominação que surge em seu reagrupamento em 1946.

de dois anos na Escola de Saúde Pública da *Johns Hopkins University*¹¹. No retorno ao Brasil, esses professores tentaram implementar uma reforma curricular na Faculdade de Medicina sob o modelo flexneriano. Devido à reação negativa, os docentes se desligaram da instituição em 1926 e criaram o Instituto de Higiene Pública de São Paulo, com o apoio do Governo Estadual. Em 1939 a Faculdade de Higiene Pública foi incorporada à Universidade de São Paulo (USP), ainda que separada da Faculdade de Medicina (ALMEIDA FILHO, 2010).

No Rio de Janeiro, o modelo flexneriano começou a ganhar notoriedade por um catedrático da Faculdade Nacional de Medicina, Antônio da Silva Mello, que propôs uma reforma da educação médica brasileira. Apesar da grande influência política, as ideias de Silva Mello tiveram pouco impacto no ensino médico brasileiro. Foi somente aos poucos que o modelo estritamente clínico e laboratorial foi substituído pelo modelo americano de formação, apesar da introdução de disciplinas básicas e especialidades clínicas e a implementação dos primeiros hospitais-escolas nas décadas de 1930 e 1940, financiados também pela *Rockefeller Foundation* (ALMEIDA FILHO, 2010).

Na esteira das mudanças no âmbito internacional, as associações médicas brasileiras a partir da década de 1950 passam a pressionar os governos por uma reforma mais ampla na educação médica nacional. Em 1953, foi realizada em Londres (Inglaterra) a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME). Propagou-se a ideia da existência de um currículo mínimo de medicina como forma de garantir o credenciamento das escolas. Estas ideias repercutiram no Brasil, quando em 1956, a Associação Brasileira de Medicina (ABM) criou uma Comissão de Ensino Médico, com o intuito de avaliar a formação na área no país. A comissão elaborou um relatório que foi enviado ao Presidente Juscelino Kubitschek. Este, por sua vez, enviou ao Congresso Nacional um projeto de lei (nº 2.046), visando à reformulação do ensino médico no país. O projeto, no entanto, não saiu do papel (AMARAL, 2007).

É com a criação, em 1952, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, subordinada à USP, que se tem o primeiro curso que seguirá as recomendações do Relatório Flexner no país. Com o apoio financeiro da *Rockefeller Foundation*, ele adotou o sistema departamental, além de criar um Hospital-Escola e exigir o cumprimento do internato médico (CRUZ, 2004).

¹¹ Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira.

O modelo flexneriano foi introduzido como política pública nacional apenas tardiamente, a partir da Reforma Universitária de 1968, estabelecida através da lei nº 5.540, no período da Ditadura Militar. Até então, a formação médica no Brasil era mais influenciada por duas correntes: a alemã, com ênfase na medicina laboratorial; e a francesa, de tradição clínica. Conforme Wanderley (2019, p. 24), “o currículo era ultrapassado e o regime utilizado era o de cátedras (cadeiras) vitalícias e ocupadas por professores indicados”.

Segundo Guimarães (2006), os problemas eram reconhecidos pelos próprios médicos. O relatório da 1ª Conferência sobre o ensino de Clínica Médica no Brasil, realizada em Salvador em 1961, contou com a participação de 50 catedráticos de clínica médica do país, e apontou para a heterogeneidade da formação, sendo que na maioria das instituições não havia exigência de que estudantes participassem da avaliação integral de discentes. Os serviços a que os/as estudantes tinham acesso também eram restritos às demandas dos hospitais, que priorizavam a assistência em detrimento do ensino e da pesquisa. A experimentação na forma de dissecações com animais não era uma prática exigida em todas as escolas.

A partir da reforma, o modelo flexneriano tornou-se hegemônico na formação médica no Brasil. Ele estimulou a criação dos hospitais universitários e o ensino em especialidades, além de estabelecer um primeiro ciclo básico de estudo dos órgãos e das funções individuais do corpo e um período profissionalizante, de internato. O modelo de cátedras foi extinto e substituído pela criação de departamentos, institutos e centros. Além disso, estimulou-se o desenvolvimento da relação entre o ensino e a pesquisa. Os programas de residência médica de nível de pós-graduação surgidos a partir, principalmente, dos anos 1970 complementaram a formação dos profissionais nas áreas de especialidade (MACHADO, 1997).

Com relação ao currículo mínimo para formação em medicina, foram estabelecidas, através da Resolução n.º 8/69 do MEC,:

As diretrizes emanadas da Resolução nº8/69, por exemplo, definem os limites de duração do curso e o núcleo de matérias consideradas indispensáveis à adequada formação profissional, tendo a integração das disciplinas como marco para o planejamento curricular (Rosa, 1996). Para o ciclo básico, a Resolução prescreve noções de biologia; ciências morfológicas e fisiológicas; estudo de agentes patogênicos animados, imunologia e processos patológicos gerais. Para o ciclo profissional, determina o ensino de fundamentos da relação médico-paciente, da anamnese, da semiologia e dos métodos complementares do diagnóstico; dos aspectos clínicos, cirúrgicos e anatomo-patológicos das doenças dos aparelhos e sistemas, no adulto e na criança; o ensino das doenças infecciosas e parasitárias; da saúde da criança e da mulher, da saúde mental e da saúde

coletiva; por fim, o ensino referente às bases da técnica cirúrgica e da anestesia e dos aspectos legais e éticos do exercício da Medicina. Propõe o tempo mínimo de 4.500 horas de formação, complementado por estágio em unidades de saúde, sob supervisão e por um período não inferior a dois semestres. Estabelece o mínimo de cinco e o máximo de nove anos para a duração do curso médico (LAMPERT, 2002, p. 55).

O internato, etapa final dos cursos de medicina, foi regulamentado em 1969 por medida do Conselho Federal de Educação (CFE) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Suas primeiras diretrizes para o internato foram estabelecidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em 1974 e pelo MEC em 1976. Ele se caracteriza como um período especial de aprendizagem, no qual os estudantes recebem um treinamento intensivo e contínuo sob supervisão docente em instituições de saúde (ZANOLLI et al., 2014).

A Reforma de 1968 teve como objetivo responder especialmente às pressões demográficas do período, ao visar expandir o acesso ao ensino superior no país. Além de modernizar o ensino superior no Brasil, estabelecendo diretrizes mínimas para os currículos e ampliando o acesso ao ensino superior e desenvolvendo programas de pós-graduação, a reforma estimulou a especialização profissional e atendeu aos interesses do complexo médico-industrial. Também aumentou o controle do governo ditatorial sobre os cursos e instituições (com a demissão de professores e reitores não alinhados com o projeto político dos militares e limitação de organizações estudantis), ao mesmo tempo em que abriu espaço para o ensino privado e para o desenvolvimento de instituições de menor porte voltadas para o ensino profissionalizante e distante das atividades de pesquisa, reproduzindo o antigo padrão brasileiro de escola superior.

Assim, se nos EUA a implementação do modelo flexneriano reduziu o número de escolas médicas no país e aumentou o controle corporativo sobre a profissão, o efeito no Brasil foi o contrário. O número de escolas cresceu aos poucos no início do século XX. Em contrapartida, na década de 1960 foram criadas mais 36 escolas médicas, a maioria de natureza privada. O número de médicos/as no Brasil também cresceu, formando 80 mil novos profissionais entre 1977 e 1987. O crescimento rápido no número de médicos/as e a falta de regulamentação das nascentes escolas de medicina levou a uma deterioração da formação do profissional. Esse processo culminou com a proibição da criação de novas escolas médicas no território nacional em 1971, via Decreto Presidencial que durou até 1989. Somente em 1990, foram estabelecidos critérios de apreciação de pedidos de abertura de novos cursos. Conforme Machado (1997), se as entidades médicas apoiaram o *boom* da medicina no Brasil, hoje sua posição é contrária.

3.6 Considerações sobre a formação médica tradicional

Depois de anos como o modelo hegemônico de formação médica, na década de 1960 ocorreu o que se denominou “crise da medicina” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496). Diversos países passaram a realizar reformas no setor de saúde. As mudanças introduzidas estão diretamente relacionadas com uma preocupação particular com os limites do modelo biomédico tradicional, considerado o grande responsável pela fragmentação do saber e das atividades profissionais (GIDDENS, 2005, p. 157). Estas reformas atingiram também a formação de seus recursos humanos na saúde, procurando alternativas ao modelo flexneriano de formação, considerado como uma expressão do modelo biomédico. Alguns propuseram novos modelos de formação, enquanto outros o deixaram mais flexível, incorporando novas tecnologias médicas e educacionais e até mesmo tendo mais interação com os sistemas sociais e de saúde na qual estão inseridos.

Atualmente, considera-se o modelo flexneriano, com as devidas adaptações incorporadas ao longo dos anos, como o modelo de formação médica tradicional. Mortimer, Smith e Takeuchi (1983) o chamam de *the traditional (post-flexnerian) model*, ou *o modelo tradicional pós-flexneriano* (numa tradução livre). Aqui nesta Tese, chamaremos de *currículo tradicional* ou *formação tradicional* para efeito de simplificação. Ele possui as seguintes características básicas:

1) É um sistema de ensino que mantém uma concepção cartesiana do ser humano. O currículo é organizado, num primeiro momento (seja nos primeiros semestres, ciclos, ou outras formas de organização), em disciplinas de acordo com os princípios básicos da anatomia patológica e das doenças, visando predominantemente o ensino para a assistência às doenças e secundariamente a promoção da saúde. As metodologias tradicionais de ensino são predominantes.

2) Ele é eminentemente um ensino centrado na figura do médico especialista. Ainda que possa ter uma ou outra disciplina de caráter interprofissional, compartilhada com discentes ou docentes de outros cursos e formações, a maioria dos/as professores/as e tutores/as que o/a estudante tem contato durante o curso é de médicos/as, com o ensino focado nas especialidades;

3) O *locus* da parte prática do ensino - geralmente situada na parte final do curso e no formato de clínicas ou internatos - e o local para o qual estudantes são formados para trabalhar ainda é o hospital, com uma formação que tem ênfase em tecnologias duras¹²;

4) No entanto, a pedra de toque, que sustenta a formação tradicional é sua ligação com os pressupostos do modelo biomédico tradicional, ou seja, na concepção biologicista da doença e no cartesianismo que divide o ser humano em partes que podem ser reparadas por especialistas.

Importante salientar que o fato de um currículo ser tradicional não significa que não possa assimilar inovações. O tradicional não é sinônimo de atrasado ou fechado para mudanças. Pelo contrário, a formação médica tradicional costuma ser muito inovadora, incorporando novas tecnologias e até mesmo saberes. O que hoje caracteriza essa formação tradicional são os itens supracitados.

De acordo com Almeida Filho (2010, p. 2.235), o modelo de ensino preconizado por Flexner é tratado muitas vezes injustamente, “considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde”, quando o que Flexner propunha era uma formação que desse a profissionais da medicina uma visão humanista, social e preocupada com a saúde pública. Fosse essa ou não a intenção de Flexner, o fato é que o modelo flexneriano propagou a perspectiva biomédica como modelo hegemônico nas escolas de medicina ao redor do mundo, inclusive no Brasil por décadas.

¹² Silva DC, Alvim NAT e Figueiredo PA. Tecnologias leves e cuidado em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8. Acesso em 16 de jul. de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v12n2/v12n2a14>

4 FORMAÇÃO MÉDICA INOVADORA

As principais críticas ao modelo de formação calcada no currículo tradicional na medicina é que ele foi centrado exclusivamente na formação técnica do profissional, estritamente conectado aos hospitais, mas quase sem interação com o sistema de saúde. Seus críticos consideram que ele foi responsável por uma educação superior elitizada, com ênfase na privatização da atenção corporativa das práticas de saúde e com controle social. Conforme Pagliosa e Da Ros (2008), o modelo flexneriano excluiu da formação médica práticas alternativas e complementares como fitoterapia e homeopatia, consideradas como ineficazes pela ciência médica. Ainda:

As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente (PAGLIOSA e DA ROS 2008, p. 496).

Em contraposição a essa visão tradicional do que deve ser a formação médica, formou-se uma perspectiva crítica, 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, que aqui chamamos de *formação inovadora* ou *currículo inovador*.

Neste capítulo, abordaremos como se deu o desenvolvimento de uma nova concepção de saúde, doenças, etc., a partir da evolução da medicina social, resultando em um movimento que propôs uma reformulação nos currículos de medicina ao redor do mundo com base nessas ideias, contrapondo-se ao modelo tradicional. O que consideramos um currículo inovador surgiu somente ao final do século XX, e chegou ao Brasil com o apoio da OMS, de maneira muito discreta, sendo adotado em apenas algumas escolas. Ele se mesclou com uma área do conhecimento surgida no país, a saúde coletiva, estritamente vinculada ao SUS. E assim, o lançamento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina em 2001 orientou a formação médica brasileira para a transformação dos currículos de caráter tradicional para currículos inovadores.

4.1 As primeiras contestações à medicina tradicional

É na França pós-Revolução Francesa que apareceu a concepção de que a causa das doenças era um fenômeno social. Assim, já no final do século XVIII existiam cátedras de higiene social ou higiene pública nos cursos de medicina. Elas estavam atreladas a um ideal iluminista de erradicação das doenças através do conhecimento das leis e regras que causavam o adoecimento nas sociedades modernas, com o crescimento populacional e a urbanização (AYRES, 2011).

No início do século XIX, a higiene começou a incorporar os achados da epidemiologia, que se difundiu a partir de um estudo do médico e matemático Pierre Charles Alexander Louis (1787-1872). Em 1825, ele publicou um estudo estatístico de casos de tuberculose na França. A nova abordagem deu início ao movimento de Medicina Social francês e aos estudos de morbidade na Inglaterra e Estados Unidos (, 1986).

A primeira metade do século XIX é de consolidação do vínculo entre medicina, saúde e sociedade. As bases do debate sobre os determinantes sociais da saúde (e do adoecimento) remontam a René Villermé (1782-1863) e Edwin Chadwick (1800-1890), nas suas descrições das condições de trabalho dos operários e suas relações com o adoecimento (ROCHA e AKERMAN, 2016). Também foram fundamentais os relatos de Friedrich Engels (1820-1895) sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra em 1844 (ENGELS, 2010), sintetizando uma série de relatórios de médicos e comissões.

É nessa perspectiva de crítica social que o termo “medicina social” foi criado na França pelo médico Jules René Guérin (1801-1886), em 1848. A medicina social aglutina abordagens não coordenadas de diferentes rubricas, como a polícia médica, a saúde pública e a medicina legal e antecipa muitas questões problematizadas posteriormente: relaciona os problemas sociais com a saúde da população, coloca medidas para a promoção de saúde e prevenção de doenças, estabelecendo o Estado como o principal mecanismo de solução dos problemas encontrados. Na medicina social alemã, destaca-se Rudolph Virchow (1821-1902), que estabeleceu a ideia de que a medicina necessariamente estava vinculada à política e à reforma social. Para ele “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em larga escala” (ROCHA e AKERMAN, 2016, p. 19).

No entanto, o desenvolvimento de programas de reformas médicas não teve sucesso na Europa, em especial a partir dos movimentos conservadores na segunda metade do século XIX. O sanitarismo e a assistência aos pobres se tornaram os principais movimentos de medicalização social no período (ROCHA e AKERMAN, 2016). Não obstante isso, a medicina social foi muito importante nas reformas na área da saúde na segunda metade do século XX e sua vertente marxista teve forte relação com a criação da área da Saúde Coletiva no Brasil, em especial no que tange à produção de conhecimento nesse campo (SOARES, CAMPOS e YONEKURA, 2013).

A assistência aos pobres se consolidou, principalmente na Inglaterra, em função de seu contexto histórico e social de desenvolvimento do capitalismo e expulsão dos camponeses de suas terras. Estes não eram absorvidos pela indústria da manufatura na mesma velocidade em que aumentava o seu contingente nas grandes cidades. Nessas circunstâncias, ocorreu a formalização legal da saúde pública, dando origem ao sanitarismo, em sua expressão máxima em comparação com os outros países europeus. A evidente relação entre as altas taxas de mortalidade nas grandes cidades e o processo de industrialização fez com que o sanitarismo aparecesse como alternativa para a solução dos problemas coletivos. Desse modo, em 1840 estabeleceu-se um grande programa de vacinação obrigatória na Inglaterra, que em 1875 culminou na Lei de Saúde Pública, definindo responsabilidades sanitárias (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

No entanto, com o avanço das ciências naturais a partir de meados do século XIX, em especial com a descoberta dos micro-organismos por Pasteur, os fatores individuais suplantaram a abordagem coletiva na determinação do adoecimento (ALMEIDA FILHO, 1986). A segunda metade do século XIX foi de declínio do movimento de reforma médica e social na Europa, limitando-se aos programas de reforma sanitária voltadas para doenças específicas. É somente em meados do século XX que a medicina social se renovou (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Com base nisso, desenvolve-se na segunda metade do século XIX a epidemiologia, permitindo “à incipiente ciência epidemiológica relacionar causalmente os fenômenos do organismo humano às condições de vida das populações nos termos das ciências positivas modernas” (AYRES, 2011, p. 1301). Desse modo, ao final do século XIX a higiene conectou-se às ideologias liberais, afirmando que a saúde seria uma responsabilidade individual, o que impregnou a prática médica (AROUCA, 2003).

A epidemiologia emergente - especialmente na sua vertente inglesa, ligada à saúde pública – era predominantemente higienista, preocupada com a transmissão e o controle de doenças epidêmicas e atrelada às ciências básicas da área médica. No início do século XX, ela ganhou certa autonomia, indo além das doenças infectocontagiosas, passando a englobar a variação e incidência de outras doenças sobre a população (ALMEIDA FILHO, 1986).

No final do século XIX, Becquerel (1852-1908) conceitualizou a higiene como a ciência que trata da conservação e do aperfeiçoamento da saúde, sendo dividida em privada e pública. É a partir daí que se originará a medicina preventiva, ligada higiene privada, propiciando o início do rompimento com a concepção biomédica na área da saúde. Ela vai emergir como o ramo da medicina relativa “à prevenção das doenças e à proteção e promoção da saúde que são de direta responsabilidade do indivíduo” (AROUCA, 2003, p.35).

4.2 As transformações na formação médica no século XX

O modelo biomédico de saúde, com sua abordagem mecanicista do corpo, foi dominante na área da saúde até meados do século XX. É com base em seus pressupostos que ocorreu uma grande transformação na formação médica, com a implementação do modelo flexneriano, considerado o padrão-ouro em termos de educação na Europa Ocidental e nos EUA na primeira metade do século XX. No entanto, nesse período começou a ganhar força uma diferente visão sobre o ser humano, contestando a ideia do corpo como uma máquina e da doença como causada simplesmente por alterações fisiológicas nos organismos (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. Assim, 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).

Se por um lado, há um movimento ideológico, no sentido de mudanças de concepções acerca de saúde, doença e do papel do médico na sociedade, por outro há uma discussão bastante pragmática, no sentido de desenvolvimento de esquemas de reforma médica que racionalizem a prática médica. É a partir daí que ganharam espaço diversas propostas de reforma. Entre elas, a medicina preventiva, a medicina integral e a medicina comunitária, além de uma abordagem que surgiu no Brasil, a chamada saúde coletiva (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Dentro desse contexto, há a retomada da agenda da formação médica no âmbito internacional, especialmente após o fim da II Guerra Mundial, provocando e propondo alterações no modelo flexneriano de formação médica. Nos EUA ela se deu através do desenvolvimento de uma vertente pouco conhecida no Brasil da reforma de Flexner, a medicina preventiva (ALMEIDA FILHO, 2010). Na Europa Ocidental, o pós-guerra propiciou o surgimento dos estados de bem-estar social, integrando os sistemas de saúde e a medicina social com as políticas sociais (ALMEIDA FILHO, 1986).

O desenvolvimento da medicina preventiva foi o grande motor das transformações na formação médica no século XX no mundo, através da incorporação de departamentos de medicina preventiva e da inserção de disciplinas de epidemiologia e estatística nos currículos das faculdades de medicina. É a partir dela que se deu a criação da noção de determinação social da saúde, contrapondo-se com a lógica biologicista do modelo biomédico. Essa mudança na concepção das origens do adoecimento foi fundamental para as transformações da formação médica durante o século XX.

Conforme Arouca (2003), a medicina preventiva se desenvolveu ao longo do tempo por três vertentes: 1) a higiene pública do século XIX, de caráter liberal e ligada ao desenvolvimento do capitalismo; 2) a reação conservadora nos anos 1930 e 1940 nos EUA à discussão dos custos da atenção médica diante da ameaça de intervenção estatal na saúde pública, chamada pejorativamente de medicina estatal ou medicina socializada; 3) a redefinição do papel do médico no interior da educação médica.

Assim, no início do século XX, a Medicina Preventiva vai aparecer como uma das subdivisões da higiene privada. A emergência da medicina preventiva como uma disciplina autônoma ocorreu em dois momentos. O primeiro durante a I Guerra Mundial, com as reformas nos currículos dos cursos de medicina na Grã-Bretanha. A segunda iniciou com a II Guerra Mundial, através de Seminários Internacionais que deram um lugar de destaque à medicina preventiva (AROUCA, 2003).

Desse modo, em 1923, o *General Medical Council* (Conselho Médico Geral) britânico tomou a decisão de incluir a medicina preventiva nos currículos dos cursos de graduação. Os alunos e alunas deveriam ser tomados do espírito preventivista durante sua formação para o seu trabalho na clínica, necessitando conhecer as causas etiológicas primárias e secundárias das condições mórbidas. A partir daí começaram a ser criados departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas britânicas (AROUCA, 2003).

Logo, o movimento atinge o Canadá e os EUA. Em 1932, foi publicado nos EUA um relatório sobre os custos da atenção médica no país, concluindo que seus custos eram muito superiores ao que a maioria da população poderia pagar, chamando a atenção para a necessidade da ampliação dos serviços públicos de saúde (AROUCA, 2003). É o início da “crise da medicina científica”. Segundo Almeida Filho (1986, p. 307):

O avanço tecnológico da prática médica determina uma redução do seu alcance social. A fragmentação do cuidado médico conduz à especialização, à ênfase em procedimentos complementares, a uma elevação de custos e finalmente à capitalização da assistência à saúde. Isso ocorre justamente quando o sistema político do capitalismo, em crise, mais necessita da saúde enquanto mecanismo de controle social. A crise das sociedades capitalistas ocidentais revela então uma incapacidade do sistema econômico monopolista em prover condições mínimas de vida e saúde para a totalidade das suas populações. Neste cenário, redescobrem o caráter social e cultural da enfermidade e da medicina, bem como as suas articulações com a estrutura e a superestrutura da sociedade. Busca-se a consolidação de um discurso sobre o social capaz de dar conta dos processos culturais, econômicos e políticos que pareciam levantar resistências à competência técnica da medicina. O “retorno triunfante” do social se faz pelo recurso à Epidemiologia supostamente despojada da politização assumida pelo movimento da Medicina Social.

Em 1938, ocorreu a Conferência Nacional de Saúde, em Washington (EUA), onde se tratou a necessidade da ampliação dos serviços públicos de saúde. No entanto, em 1939, aconteceu a não-aprovação da Lei Wagner, que expandia as ações públicas em saúde. Já em 1944, a Associação Americana de Saúde Pública emitiu uma declaração oficial na defesa da criação de

um sistema nacional de serviços em saúde. Assim, em 1945, o Presidente Truman apresentou ao Congresso um Programa Nacional de Saúde, incluindo a proposta de criação de hospitais públicos, expansão dos serviços de saúde públicos, reforço da educação médica e investigação em saúde, seguros obrigatórios de saúde e indenizações aos trabalhadores adoecidos. No entanto, somente foram aprovados o financiamento da construção de hospitais e da investigação em saúde (AROUCA, 2003).

Não obstante, a Associação Americana de Saúde Pública solicitou a formação de um comitê para a criação de um programa de formação em medicina preventiva e saúde pública. O comitê fez um relatório, cujos resultados foram divulgados em 1942, apontando para inúmeras divergências com relação aos principais conceitos envolvidos. Apenas 1,9% do tempo curricular na formação médica era dedicado ao ensino das matérias, havendo um pequeno número de departamentos e um ligeiro aumento da sua inserção entre 1935 e 1942. Em 1945 foi divulgado o relatório final, apontando para maior necessidade de integração com outros departamentos correlacionados (estatística e epidemiologia), inserção precoce no curso e sua formatação em um departamento separado sob a denominação de medicina preventiva, conceituada como “um corpo de conhecimentos e práticas para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças tanto em indivíduos quanto em grupos” (AROUCA, 2003, p. 118).

Portanto, o período entre 1922 e 1950 foi da criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas nos EUA, na Inglaterra e no Canadá e de desenvolvimento de um movimento ideológico com uma diferente percepção do papel do médico e concepção sobre o homem e sua relação com o processo saúde-doença (AROUCA, 2003). Na Inglaterra, por outro lado, o movimento levantado pela medicina preventiva (junto com a medicina social e a saúde pública) levou à criação de um Serviço Nacional de Saúde em 1946, na esteira do movimento de reconstrução do país pós-guerra (AROUCA, 2003). A II Guerra Mundial foi um momento marcante para a concepção do papel do/a médico/a. Durante a guerra, devido à necessidade de manutenção da saúde física e mental dos combatentes, e depois do conflito, pois foi necessário reorganizar as políticas de saúde para atender às novas demandas da população, até então centradas na criação de hospitais de alta tecnologia e na disponibilização de serviços médicos especializados (MOTA et al, 2004). Conforme Donnangelo e Pereira (1976, p. 76):

Enquanto a extensão do cuidado médico assume variadas proporções em distintas sociedades, a medicina tecnológica, com todos os seus corolários, aparece invariavelmente como a forma dominante de organização da prática. Ao consultório médico sucede-se o hospital como “locus” indispensável de exercício do trabalho médico, de concentração tecnológica e, correspondentemente, de concentração de capital.

Ou seja, o contínuo desenvolvimento da tecnologia médica se tornou custoso e sofisticado, ao mesmo tempo em que revelava suas falhas em ser eficiente como sistemas de saúde, criando grandes disparidades de acesso. As intervenções biomédicas – apesar de extremamente eficientes em casos de emergências individuais – tinham pouco efeito na saúde da população como um todo, sendo mais afetadas pela alimentação, pelo meio ambiente e pelo comportamento (MIOTTO & BARCELLOS, 2009).

O ano de 1946 foi marcado pela criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), na esteira da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, logo após o fim da II Guerra Mundial. A OMS teve importante papel na difusão de uma nova visão da saúde, do papel de profissionais e da formação em saúde no mundo, através da organização de eventos como simpósios, conferências, painéis, entre outros, nos anos seguintes (PAIM, 2003).

Além da medicina preventiva, outras correntes se desenvolveram ao redor do mundo, na tentativa de incorporar elementos do social nas enfermidades. O conceito de medicina integral deu centralidade ao caráter fragmentário e atomístico da prática médica tecnológica e especializada, reforçando o caráter biopsicossocial das doenças e dos organismos que são objetos de intervenção, pensando eles numa perspectiva holística. Essa concepção deslocou o enfoque nos aspectos biológicos e orientou médicos e médicas a compreenderem a complexidade de pacientes, considerando-os dentro de suas redes de relações sociais, nas quais a família ocupa um lugar central. Do mesmo modo que a medicina preventiva, a medicina integral orienta-se para o processo saúde-doença como um processo, tendo um caráter que antecipa e não que está focado nas ações curativas (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Esse movimento surgiu como parte fundamental da tentativa de redução dos cursos médicos e de saúde, concomitante à tentativa de expansão da medicalização da sociedade, a partir dos anos 40. De certo modo, há uma sobreposição entre as perspectivas preventivas e integrais, que compartilham inúmeros conceitos e pressupostos. Ambas são centradas na organização interna do ato médico, ou seja, na abordagem que médicos e médicas devem ter, dividindo a

crença de que a reorganização da prática médica – e, conseqüentemente, da formação médica – é condição determinante para as mudanças na saúde da população (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Tanto a medicina preventiva quanto a medicina integral pressupõem uma reforma educacional, uma vez que são centradas na figura do profissional médico, procurando agir sobre o indivíduo, que passa a ter uma outra visão sobre o seu processo de trabalho e as relações entre saúde e sociedade, do que na estrutura dos serviços oferecidos à população (DONNANGELO & PEREIRA, 1976). Aos poucos, os pressupostos da medicina integral, como a integralidade do ser, foram sendo fundidos com o da medicina preventiva. É assim que, em 1952, incentivadas pelas entidades médicas nacionais, os diretores de várias escolas médicas americanas e canadenses se reuniram em Colorado Springs, na chamada Conferência de Colorado Springs sobre Ensino da Medicina Preventiva (Almeida, 1999), para reformar os currículos, de modo a incentivar a prevenção de doenças, a promoção e manutenção da saúde e a promoção da integração de pessoas enfermas e de ex-enfermos/as à sociedade (MOTA et al, 2004). Na Conferência foi criticada a separação entre a medicina curativa e a medicina preventiva do modelo de formação flexneriano (ALMEIDA, 1999).

No mesmo ano, ocorreu a aprovação dos objetivos para a educação médica na graduação pela Associação Médica Americana, com o estabelecimento dos requisitos mínimos para o credenciamento das escolas de medicina. Na esteira dessas preocupações nos EUA, no plano internacional ocorreu a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, no ano de 1953 em Londres, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME) (ALMEIDA, 1999).

Como resultado, a Conferência sugeriu uma redefinição radical do papel do/a médico/a, não sendo responsável mais apenas pela cura das doenças, mas também pela prevenção e promoção da saúde, partindo de uma concepção ecológica de saúde. Por outro lado, ela ressaltou a importância da família e da comunidade no processo saúde-doença, ainda que seu enfoque seja sobre a saúde da pessoa (AROUCA, 2003). O objetivo é realizar uma mudança da postura médica, com base na reforma dos currículos de cursos de medicina em universidades norte-americanas. Isso requeria a inclusão de temas e disciplinas ligadas à epidemiologia, ciências da conduta, administração em saúde e bioestatísticas e fornecer uma visão mais completa da pessoa, além da produzida no ambiente hospitalar (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Por outro lado, além dos movimentos políticos de criação de sistemas nacionais de saúde e da implementação de departamentos de medicina preventiva nas Universidades, alguns desenvolvimentos são importantes de serem considerados do ponto de vista conceitual. Isso ocorre principalmente a partir da década de 1940, buscando uma melhor definição para aquilo que se chamava de medicina preventiva (AROUCA, 2003).

Basicamente, a medicina preventiva vai ser definida como uma prática que engloba aquelas atividades que são de direta responsabilidade da pessoa na prevenção de doenças e proteção da saúde de si e de sua família. Sua área de atuação vai se dar no espaço entre a saúde pública - definida como o campo das ações em saúde que visa a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva através da atuação nas dimensões coletivas - e a medicina, tida como atividade clínica praticada pelo médico atuando na recuperação da saúde do indivíduo (AROUCA, 2003).

Essa definição, defendida pelas associações médicas dos EUA na época, em grande medida tinha um caráter corporativo, de defesa de uma área de atuação médica sob o ponto de vista de profissionais liberais. A saúde pública era entendida pejorativamente como uma vertente socialista da medicina (AROUCA, 2003). A incorporação da prevenção de doenças na profissão médica ganhou força nas décadas de 1940 e 1950 nos EUA, devido às propostas de criação de um sistema nacional de assistência em saúde. Estas estão diretamente ligadas com a preocupação com a manutenção da prática médica liberal e do poder médico, frente ao risco da perda de autonomia pela intervenção estatal (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Dessa forma, sobre a definição corporativa da medicina preventiva, na década de 1940 ela adotou a ideia de *promoção de saúde*, primeiramente empregada pelo sanitarista Henry Ernest Sigerist (1891-1957). A definição estava incluída nas quatro tarefas primordiais da medicina, na qual a promoção seria a primeira, seguida da prevenção de doenças, do tratamento e da reabilitação (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR & OLIVEIRA, 2010). Essa definição vai ampliar o escopo da medicina para além do tradicional ato de cura. Além disso, a própria medicina preventiva passa a ter um alcance maior a partir desta definição e inclusão da promoção de saúde nas suas atribuições. Na década de 1960, o conceito de promoção de saúde vai ser aplicado ao modelo da história natural da doença, de Leavell e Clark.

Ainda na década de 1940, o médico francês Georges Canguilhem (1904-1995) defendeu sua tese, conhecida pelo título *O normal e o patológico*, o que provocou uma grande repercussão sobre a concepção de saúde e doença até então vigente (AROUCA, 2003). Para Canguilhem (1995), a concepção tradicional da doença como uma reação generalizada do corpo em busca da cura, do reestabelecimento da normalidade, estaria equivocada, pois é impossível se voltar a um estado de inocência biológica. Os estados mórbidos também seriam modos de viver. Do mesmo modo, o autor considerava o normal um conceito social, um julgamento de valor. Ou seja, a concepção de normal e patológico e de saúde e doença deixam de ser estáticas e puramente técnicas e passam a ser dinâmicas e delimitadas socialmente, rompendo com as ideias do modelo biomédico (AROUCA, 2003).

No fim da década de 1950, Brian MacMahon (1923-2007), professor de epidemiologia de Harvard, elaborou uma teoria que considera as doenças como multicausais. Até então, era predominante, até mesmo dentro da medicina preventiva, uma visão unicausal das doenças, perspectiva baseada no desenvolvimento da bacteriologia. Ou seja, para cada doença, havia um agente causador e uma cura, geralmente por medicamentos e vacinas. MacMahon foi responsável por mudar essa concepção. Para ele, a genealogia das doenças não era possível de ser entendida plenamente, pois uma série de fatores atuaria de maneira complexa sobre os processos saúde-doença (LAMPERT, 2002).

A obra de Lewis e Clarck, *Medicina Preventiva para o médico em sua comunidade*, de 1965, foi um grande marco da medicina preventiva (AROUCA, 2003), com a perspectiva da *história natural da doença*, baseados numa *concepção ecológica da doença*. Para os autores, a doença evolui de um período pré-patogênico, no qual ela ainda não está manifesta e que pode ser evitada pela atuação primária ao agir nos determinantes que estruturam o adoecimento, com ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Em um segundo período, o patogênico, a doença já se encontra evoluindo naturalmente no corpo humano, alterando a normalidade do organismo e provocando distúrbios que podem ser minimizados em seus efeitos (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR & OLIVEIRA, 2010).

Basicamente, esse modelo propunha três níveis nos quais a prevenção atuaria: 1) a primária, atuando em ações de prevenção de doenças, como a vacinação e o fornecimento de água potável; 2) a secundária, que visa o diagnóstico e tratamento precoce das doenças, antes da sua

evolução; 3) por fim, a terciária, que diz respeito às ações de reabilitação do sujeito e sua integração funcional à sociedade (LAMPERT, 2002). Essa concepção considera saúde e doença como um processo vital e não mais como um estado ou uma condição. A doença é vista como multicausal, contrapondo o modelo biomédico tradicional, numa interação entre o agente, o hospedeiro e o meio em que se encontra (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR & OLIVEIRA, 2010).

Assim, Leavell e Clarck deram um caráter mais sistemático e conceitual à medicina preventiva, que se desenvolvia como um movimento surgido a partir da higiene e da saúde pública nos EUA e em paralelo com outros movimentos como o da medicina integral, a medicina comunitária, a medicina de família, etc., em outras partes do mundo.

De modo geral, a medicina preventiva se caracteriza por uma combinação entre abordagem estatística e a abordagem clínica, utilizando a epidemiologia como método. Ela reorganiza o conhecimento sobre a saúde baseada em modelos como a história natural das doenças. Por fim, outras áreas do conhecimento (Ciências Sociais, psicologia, etc.) se tornam elementos fundamentais para a compreensão dos fatores sociais e ambientais do adoecimento (AROUCA, 2003).

A medicina preventiva se tornou central no debate sobre saúde no mundo quando, em 1974, o governo do Canadá lança o estudo denominado *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde* (em referência ao Ministro da Saúde do país, responsável pela publicação, Marc Lalonde). Ele provocou o que se chamou de Segunda Revolução Epidemiológica¹³, associando definitivamente a prevenção com o ambiente físico e os estilos de vida (e não mais apenas centrado em indivíduos e famílias), especialmente a partir da preocupação com as doenças crônicas e não-transmissíveis (LAMPERT, 2002).

Logo em seguida é feita a *Declaração de Alma-Ata* (no Cazaquistão, em 1978), intitulada *Saúde para todos nos anos 2000*, realizada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e organizada pela OMS, que expressou a necessidade dos governos de promover a saúde para todos e todas no mundo, através de ações da atenção primária (LAMPERT, 2002).

Em 1979, Thomas McKeown (1912-1988) publica *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, concluindo que a melhoria da saúde da população na Inglaterra e no País de Gales se deu muito mais em função nas melhorias na qualidade de vida da população do que do acesso

¹³ A primeira será com a teoria dos germes e a prevenção de doenças infecciosas (TERRIS, 2005).

aos serviços de saúde especializados (ROCHA e AKERMAN, 2016). A partir de então, o foco passa da cura da doença para a saúde, ou seja, para a prevenção. Ainda, a atenção em saúde sai da figura exclusiva do indivíduo ou dos agentes patógenos e passa a englobar o indivíduo e o meio no qual ele está inserido de maneira mais ampla, incluindo não só a família, mas a sociedade como um todo, o trabalho e os grupos a que ele pertence (LAMPERT, 2002).

A partir de meados da década de 1980, a ideia de promoção de saúde foi difundida pelo mundo através de conferências internacionais organizadas pela OMS em Ottawa (Canadá, 1986), Adelaide (Austrália, 1988), Sundsvall (Suécia, 1991) e Jacarta (Indonésia, 1997). Assim, se desenvolveram as bases conceituais das políticas de promoção de saúde (LAMPERT, 2002).

Sob a influência destes novos pressupostos sobre saúde e doença, não houve somente a implementação de departamentos de medicina preventiva e disciplinas de epidemiologia nas Universidades. Diversos modelos de atenção à saúde foram testados ao redor do mundo, como os centros comunitários de saúde subsidiados pelo governo americano, com intuito de reduzir a tensão nos guetos das grandes cidades, destinados a efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Já na década de 1960, surge um movimento em prol da saúde comunitária ou medicina comunitária nos EUA, articulado com os movimentos sociais e políticas sociais que combatiam a pobreza (MOTA et al, 2004). Em um período de preocupação com os grupos minoritários e excluídos da sociedade, houve uma crescente interferência estatal para garantia de direitos mínimos à população. Dentro das propostas de ação comunitária que se constituirão os programas sociais a partir de 1964, a destinação de serviços de saúde está inclusa como um de seus elementos (DONNANGELO & PEREIRA, 1976). A medicina comunitária, especificamente no campo da saúde, surgiu, por um lado, como uma resposta ao processo de expansão da cobertura em saúde de determinadas sociedades através da medicalização, na sequência de outras propostas como a medicina integral e a medicina preventiva (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

A medicina comunitária procura realizar essa expansão da cobertura dos serviços em saúde através de uma maior interação entre os serviços e as comunidades locais durante o processo saúde-doença, preconizando uma maior participação das pessoas, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças e a diminuição dos custos econômicos com uso de tecnologias simplificadas (BELISÁRIO, 1995). Conforme Donnangelo e Pereira (1976, p. 13):

a *medicina comunitária* considera a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social.

A medicina comunitária, assim como a medicina integral e a medicina preventiva, propôs a integração dos aspectos biopsicossociais nos processos saúde-doença, minando a subordinação das práticas curativas frente às preventivas. No entanto, ao contrário dessas duas primeiras, não irá focar apenas nas práticas internas de ação médica. A medicina comunitária vai considerar primordialmente os problemas relacionados à organização do trabalho médico e da assistência à saúde da população (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Em grande medida, esse movimento vai surgir contra as ideias como a da centralidade do hospital como o lócus do tratamento, da rígida hierarquização profissional - que considera apenas o saber médico-científico como o único para diagnosticar, tratar e indicar tratamentos - e da concepção de paciente como passivo na identificação e no tratamento das próprias doenças (MOTA et al, 2004). Além disso, uma das questões que levou ao desenvolvimento da medicina comunitária foi o crescimento dos gastos em saúde, especialmente face o crescente desenvolvimento e dependência da prática médica com relação às tecnologias (REGO, GOMES & SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Desse modo, a formação médica também é problematizada na medicina comunitária, alterando o foco da educação tradicional do profissional - cujo principal produto é a formação do/a médico/a - para uma visão centrada naquele que será o objetivo final do processo: a população. Ou seja, o objetivo não é somente treinar profissionais qualificados e com uma visão integral e preventiva ao processo saúde-doença, como modificar os sistemas de saúde para melhorarem a saúde da população (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Originada nos EUA, ela ocupou o espaço onde o mercado não teve sucesso, ou seja, oferecendo serviços de saúde para aqueles que não possuíam condições de consumir. Seus pressupostos foram incorporados por organizações internacionais da saúde, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, que difundiram pela América Latina tais ideias através de seminários e programas experimentais. Conforme Mota et al (2004, p. 18):

Em 1977, entre avanços e recuos, a Assembléia Mundial de Saúde lançou a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000*, adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde fundados em sistemas simplificados de assistência à saúde. No ano seguinte, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS, reafirmou a saúde como direito do homem e se constituiu a Atenção Primária à Saúde como tática privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, tacitamente incorporando elementos do discurso da *saúde comunitária*.

É a partir da incorporação dessas prerrogativas da medicina comunitária, juntamente com a medicina preventiva, que surge no Brasil o campo da saúde coletiva, redirecionando a atenção da medicina do modelo biologicista para um modelo social (BELISÁRIO, 1995).

4.3 Novos modelos de formação médica

Desde a primeira metade do século passado, as críticas ao modelo flexneriano e a emergência da preocupação com saúde pública permitiram mudanças incrementais na formação médica, especialmente com a incorporação dos pressupostos da medicina preventiva. Nesse sentido, conforme Almeida (1999, p. 10),

Nas décadas de 1970 e 1980 a preocupação concentrou-se nas dimensões qualitativas da educação médica, enfocada sob o prisma da excelência técnica. A ênfase recai nas ações pedagógicas voltadas à melhoria da qualidade do ensino e nas ações organizacionais, no âmbito universitário, voltadas a permitir uma maior exposição ao aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Ao final da década de 1960 surgiram os primeiros cursos com currículos inovadores na medicina, sob a crescente influência da medicina preventiva, mas também incorporando os pressupostos da medicina integral e da medicina comunitária. Rapidamente, as escolas de medicina absorveram esses pressupostos, especialmente as americanas. Em 1979, já havia 18 escolas médicas nos EUA com um modelo de ensino baseado em comunidade, como a Universidade do Novo México, em que o currículo estava voltado para formar profissionais para trabalhar em zonas rurais ou em prática não-hospitalares. Desde o primeiro ano, o/a estudante tem contato com experiências clínicas, tendo somente no terceiro ano um período de estágio hospitalar (MORTIMER, SMITH e TAKEUCHI, 1983).

Outras iniciativas de reformulação da formação médica também foram criadas a partir do início da década de 1980. Em 1979, por iniciativa da OMS e da OPAS, ocorreu um encontro em Kingston (Jamaica) entre diversos programas do mundo que utilizavam de metodologias inovadoras no ensino médico. Surge o *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, ou *Network*, com o objetivo de oferecer um sistema de intercâmbio global destes programas. Ele também objetivava melhorar a formação de recursos humanos na saúde, desenvolver a Atenção Primária à Saúde (APS) e expandir o número de instituições que adotassem programas de educação médica voltados para a comunidade (Educação Baseada em Comunidade ou EBC) ou com o uso do ABP (aprendizagem baseada em problemas ou, em inglês *problem-based learning* - PBL). Sua sede é na Maastricht University (Holanda) e a *Network* mantém encontros virtuais e presenciais de compartilhamento de experiências, além de produzir materiais e dar assistência técnica às instituições interessadas em aderir à rede. Com isso e com apoio da OPAS e da *Kelloggs Foundation*, a ABP ganhou força na América Latina na década de 1990, e teve a adesão de diversos cursos de medicina (LAMPERT, 2002).

Dentro dessa perspectiva, a Maastricht University representa uma mudança mais radical de paradigma, visando a formação de médicos e médicas generalistas e com um currículo cujo objetivo é de formar discentes em práticas na resolução de problemas em comunidades, em especial naquelas que não possuem acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA, 1999). Esse modelo de Educação Baseada em Comunidade (EBC) usa elementos da ABP sob um viés mais próximo da Medicina Comunitária e da APS.

A década de 1990 foi de crescimento de novas iniciativas de formação médica ao redor do mundo, na esteira das conclusões da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo (Escócia), no ano de 1988. Entre elas estavam a necessidade de readequação da formação, com o incentivo à maior conexão com os respectivos sistemas de saúde dos países e o redirecionamento do foco hospitalar para a atenção primária. Juntamente com o crescimento da preocupação com as questões pedagógicas, há a ênfase nas transformações no perfil epidemiológico da população e na nova visão sobre o papel do/a médico/a, que levaram ao desenvolvimento de novos modelos de formação médica, para além da simples inclusão de disciplinas e departamentos no currículo flexneriano. Como resultado da Conferência, lançou-se um documento chamado *Changing Medical Education: an Agenda for Action*, que visava lançar luz às alternativas à formação

médica tradicional. Já em 1992, a OMS lançou o boletim *Changing Medical Education and Medical Practice*, como documento de suporte à iniciativa da Conferência (LAMPERT, 2002).

A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica (também em Edimburgo, em 1993) reforçou tais pressupostos e propôs estratégias em nível mundial para a remodelação da formação médica, devido às expectativas de saúde para o século XXI e de acordo com o perfil epidemiológico emergente. Isso incluiu uma maior preocupação com os efeitos do aumento das doenças crônicas, do envelhecimento da população, da violência e do aumento dos custos dos sistemas de saúde de maneira global, além da coexistência e superposição destes problemas modernos com quadros epidemiológicos antigos nos países considerados subdesenvolvidos. Ao todo, foram 22 recomendações às escolas médicas na Conferência. Do ponto de vista pedagógico, destacam-se a necessidade de criar novos modos de ensinar, realizando uma aproximação maior da formação com a prática médica, a constituição de equipes multiprofissionais, o maior envolvimento com a comunidade e a formação médico-humanista (LAMPERT, 2002).

Apesar dos diversos modelos, o principal ponto de contato que une o contraponto ao modelo flexneriano para a elaboração dos currículos de medicina de hoje é o da ABP e suas variações, em especial a EBC. Essa perspectiva já tinha sido desenvolvida como metodologia de ensino em outras áreas do conhecimento. Desde pelo menos a década de 1920, abordagens semelhantes já eram aplicadas em cursos de universidades americanas como Harvard e Case Western Reserve (KALATZIS, 2008). No entanto, ganhou notoriedade quando aplicada à área da saúde, na Universidade de McMaster (Canadá), na década de 1960.

No ano de 1965, John Evans assumiu a reitoria da escola da medicina da Universidade e iniciou um processo de transformação do currículo da educação médica. Ele formou um Comitê de Educação com outros quatro médicos, que ficou conhecido com o grupo dos *Cinco Fundadores* (BORGES et al, 2014). Inspirados pelo método de estudo de casos em pequenos grupos da Harvard Business School (EUA), eles adaptaram o modelo da escola americana para que o currículo permitisse que os/as estudantes fossem inseridos/as nas problemáticas da profissão desde o começo do curso. Outro modelo de inspiração foi o da Faculdade de Medicina da Case Western Reserve University de Ohio (EUA), que desde a década de 1950 tinha a interdisciplinaridade e a flexibilidade do currículo como principais características (BOROCHOVICIUS & TORTELLA, 2014),

Sob essas perspectivas, foi organizado o programa da Universidade, que não tinha disciplinas, sendo constituído por Unidades Interdisciplinares nas quais o conteúdo era integrado e o foco era na resolução de problemas. Havia também uma unidade vertical paralela às unidades, voltada para o desenvolvimento de habilidades clínicas e de comunicação, e um internato rotatório ao final do curso (BORGES et al, 2014).

Baseados na experiência em McMaster, diversas escolas ao redor do mundo passaram a utilizar a ABP em sua estrutura curricular, em variados graus, a partir da década de 1970, incluindo a Maastricht University (Holanda, que faz parte da *Network*). Esta possui um grande papel na divulgação da ABP ao redor do mundo. Outras universidades conhecidas por adotarem modelos semelhantes são a Southern Illinois School of Medicine (EUA), a Faculté de Medicine - Université de Sherbrooke (Canadá) e a Harvard Medical School (EUA) (BORGES et al, 2014).

Assim, a ABP se consolidou como um método no qual o processo ensino-aprendizagem visa que o estudante construa ativamente sua aprendizagem, utilizando de seus conhecimentos prévios para o raciocínio crítico, desenvolvendo habilidades de comunicação para a resolução de problemas clínicos. Parte dos pressupostos da psicologia cognitiva de tendência construtivista de que os seres humanos aprendem melhor a partir de suas experiências do cotidiano, com o ensino mediante a utilização de pequenos grupos de trabalho, auxiliados por um docente, seguindo passos para a solução de um problema (BORGES et al, 2014).

Cabe salientar que a abordagem original da ABP se caracteriza por um currículo totalmente orientado para a resolução de problemas, implicando uma mudança radical em relação ao modelo flexneriano tradicional de disciplinas. Essa abordagem, promovida pela *Network* e pelo *Changing*, entre outras iniciativas (ALMEIDA, 1999), é caracterizada como “uma filosofia curricular, pode ser considerada uma solução de melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, funcionando como um eixo do aprendizado teórico do currículo médico, integrando as disciplinas, a teoria e a prática” (GOMES E REGO, 2011, p. 559).

No entanto, algumas instituições adotaram outros formatos, como a Aprendizagem Orientada por Problemas ou a Aprendizagem Orientada por Projetos. Elas são estratégias de inserção progressiva de problemas na formação, sem necessariamente provocar alterações drásticas nos currículos (SANTANA, 2009). O ensino por problemas se torna uma forma complementar de aprendizagem, ocorrendo dentro de algumas disciplinas para discussão de

tópicos específicos, muitas vezes por iniciativa individual de docentes, sem abdicar necessariamente da estrutura curricular flexneriana.

4.4 Inovação na formação médica brasileira

No Brasil, o modelo flexneriano substituiu o modelo de cátedras tardiamente, somente ao final da década de 1960, no mesmo momento em que a Medicina Preventiva ganhava força no país. O movimento de contestação do modelo flexneriano só ocorreu ao final da década de 1970, junto à Reforma Sanitária. O conceito de saúde adotado e depois incorporado pelo SUS na década de 1990 refletiu saberes distintos, que formulam um entendimento interdisciplinar crítico da razão biomédica e uma construção científica brasileira conhecida como *Saúde Coletiva*. Esta trouxe elementos da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária e da Medicina Social (FAVIEIRO, 2007). Contudo, apesar de algumas iniciativas isoladas, o modelo flexneriano de formação pouco mudou até os anos 2000.

Na década de 1960, o modelo (ou paradigma) de formação médico flexneriano era hegemônico nos EUA e tinha se propagado ao redor do mundo como padrão-ouro para a estruturação dos currículos em medicina. Na América Latina, a formação médica até a metade do século XX tinha muita influência das vertentes europeias, progressivamente adotando a matriz norte-americana (flexneriana) a partir de então (ALMEIDA, 1999). No Brasil, o impacto do Relatório Flexner até a Reforma de 1968 se deu em 2 momentos. Um primeiro, de criação de hospitais-escola como mecanismo de ensino e produção de conhecimento. Em um segundo momento, no pós-guerra, houve a criação de departamentos de medicina preventiva no lugar das antigas cátedras de higiene em algumas faculdades, abrindo espaço para a inserção de conteúdos de epidemiologia e saúde pública, antes destinadas apenas à formação dos higienistas, em separado da profissão médica (ALMEIDA FILHO, 2010).

A influência do modelo flexneriano cresceria progressivamente, até ser implementado como política pública nacional com a Reforma Universitária de 1968, no período da Ditadura Militar. No entanto, é justamente quando este modelo é implementado no Brasil que sua matriz passa a ser criticada e transformada ao redor do mundo. O movimento de contestação ao modelo flexneriano de formação ganhou força capitaneado pelo movimento da Reforma Sanitária na

década de 1970, baseado na construção de uma abordagem chamada saúde coletiva, cuja elaboração se deu incorporando elementos da medicina preventiva e de outras correntes teóricas como a medicina social, a medicina integral e a medicina comunitária (ALMEIDA FILHO, 2010).

No caso brasileiro, não tivemos somente um movimento interno à medicina na transformação da educação médica no país, trazendo a visão da medicina preventiva para as universidades, como nos EUA. As ações na área da saúde pública foram fundamentais para compreendermos as transformações na educação médica brasileira.

As primeiras propostas de se pensar a saúde como algo social tiveram sua origem no Brasil pelo movimento sanitário. Cátedras de higiene existiram nas faculdades de medicina no Brasil desde a Lei de 3 de outubro de 1832 e a formação médica brasileira era caracterizada pelo higienismo de característica bacteriológica e pela clínica, sob influência da medicina francesa, com o ensino catedrático (EDLER, 2009). Salvo por algumas exceções (como na Faculdade de Higiene Pública da USP, incorporada pela Faculdade de Medicina em 1939), essa situação pouco mudou até a Reforma Universitária de 1968. Na ocasião, adotou-se o modelo flexneriano e, deste modo, incluíram-se os Departamentos de Medicina Preventiva e disciplinas de epidemiologia dentro dos cursos. Sendo assim, é fora das Universidades que o sanitário ganha força, especialmente a partir da República (1889) (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Até então, as ações sanitárias tinham pouca relevância, ocorrendo de forma individualizada nos dispensários públicos e serviços filantrópicos, especialmente nos centros urbanos. Na zona rural, que concentrava a maior parte da população, estes serviços eram praticamente inexistentes. A ideologia liberal da Primeira República (1889-1930) ainda trazia consigo a ideia de que o Estado deveria atuar apenas naquilo que o indivíduo não conseguisse sozinho e cuja iniciativa privada não se interessasse. Entre os marcos que chamaram a atenção para a falta de cobertura dos serviços de saúde no país estão a publicação de “Os Sertões”, de Euclides da Cunha, em 1902, e a viagem dos cientistas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹⁴, Belisário Penna e Arthur Neiva, em 1912, pelos sertões do país. Da viagem, que percorreu Bahia, Pernambuco, São Paulo, Pará, Goiás, Ceará, Tocantins, Acre, Espírito Santo e Mato Grosso, foi gerado o Relatório Neiva-Penna, relatando as condições de vida, habitação e saúde da população,

além das práticas de higiene (LIMA & PINTO, 2003). Com isso, iniciava-se a era do saneamento no país, com a instituição de medidas de higiene coletiva e dos ambientes de trabalho, com caráter preventivo e epidemiológico (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Além disso, no início do século XX, o aparecimento das indústrias e o crescimento urbano trouxeram novas demandas. Uma é que isso dá início aos movimentos operários no país, o que implica reivindicações de melhorias de condições de saúde para trabalhadores e trabalhadoras, incluindo de assistência médica, o que se concretizou apenas a partir de 1930. Por outro lado, a concentração urbana gera a necessidade de ações sanitárias, dados os surtos de febre amarela, varíola e peste. A epidemia de febre amarela na capital (Rio de Janeiro, na época), fez com que o sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1917) fosse convidado pelo governo de Rodrigues Alves (1902-1906) para combatê-la (PAIM, 2003). Posteriormente, ao assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, criada em 1896 para ser o órgão federal na área da saúde), Cruz implementou o modelo das campanhas sanitárias, nos moldes da polícia sanitária, incluindo a vacinação obrigatória para varíola, levando inclusive a um motim popular em 1904, conhecido como “Revolta da Vacina” (PORTO, 2003).

Em 1918, foi fundada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, que deu origem a outras ligas sanitárias pelo país, alertando sobre as necessidades de investimentos públicos, dadas as precárias condições de saúde, tanto nos grandes centros urbanos quanto no interior, onde o acesso a serviços de saúde era raro. Elas tinham como pressuposto a ideia de interdependência sanitária, ou seja, que as doenças infecciosas e transmissíveis eram um mal comum, especialmente com o desenvolvimento urbano de algumas regiões, onde as epidemias se transmitiam rapidamente e as condições sanitárias e de trabalho eram extremamente precárias (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Belisário Penna foi o grande líder da Liga Pró-Saneamento do Brasil de 1919 a 1930, defendendo a visão de que as ações sanitárias deveriam ser centralizadas para atender a demanda nacional (LIMA & PINTO, 2003).

Outro sanitarista de grande destaque foi Carlos Chagas, que em 1919 assumiu o DGSP e foi o criador do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A década de 1920 vai foi de estruturação da saúde pública no país, com a criação de serviços, campanhas de prevenção de doenças, interiorização das ações e estabelecimento de seu arcabouço institucional. O modelo de

¹⁴ Na época chamado de Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, fundado como Instituto Soroterápico

organização sanitária de Chagas trazia consigo a ideia de que o alto padrão de vida dos EUA se dava devido às suas avançadas técnicas sanitárias, e não devido às condições de desenvolvimento socioeconômico. Assim sendo, o desenvolvimento do Brasil passava pela formação de recursos humanos (LIMA & PINTO, 2003).

É neste período que a *Rockefeller Foundation* passou a atuar no país, estabelecendo um escritório regional e firmando acordos com o governo para realização de ações através de sua Comissão Sanitária Internacional. Ela financiou postos de higiene no interior e forneceu bolsa para dois docentes da Cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo na Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University (ALMEIDA FILHO, 2010). Além disso, a *Rockefeller Foundation* auxiliou na criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, que teve papel importante no desenvolvimento tecnológico e na formação dos recursos humanos para as ações de saúde pública (LIMA & PINTO, 2003).

Em 1925, publicou-se o Código Sanitário (Lei 2121/1930), conhecido como *Reforma Paula Souza*. Ela estabelece a permissão de um novo auxiliar de ensino médio na área da educação sanitária. Já em 1926, foi criado o Instituto de Higiene Pública de São Paulo, com o apoio do Governo Estadual, posteriormente integrado à USP, fornecendo cursos de especialização em higiene e saúde pública para médicos e médicas (CORREIA, 2011). As políticas de saúde pública desenvolvidas nesse período também respondiam às pressões de trabalhadores/as por melhores condições de vida (como a Lei Eloy Chaves, de 1923, que organizava as Caixas de Aposentadoria e Pensões), instituindo medidas de assistência pública coletiva e preventiva e assistência privada individual e curativa (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

No entanto, cabe salientar que apesar do avanço do sanitarismo no período, as ações ainda tinham um caráter de controle social muito forte, não se configurava a ideia da saúde como um direito. Em 1923, no I Congresso Brasileiro de Higiene, são defendidas ideias higienistas fundadas no eugenismo, colocando na mistura de raças um dos principais fatores para a situação de saúde no Brasil, “em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas” (MANSANERA & SILVA, p. 119, 2000). A organização dos serviços de saúde se dava basicamente em duas esferas: de um lado, a saúde

pública, preocupada com a prevenção e o controle das doenças infecciosas; de outro, uma medicina individual, tanto de ordem privada, filantrópica ou previdenciária (PAIM, 2003).

A partir dos anos 1930, com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, houve a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, incorporando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP, que substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública na década de 1920), com a função de exercer o controle sobre epidemias e endemias na população brasileira (BELISÁRIO, 1995). Primeiramente o Departamento foi rebatizado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Social e, em 1934, de Departamento Nacional de Saúde (DNS) (LIMA & PINTO, 2003). Em janeiro de 1937, com o início do Estado Novo (1937-1945), ocorreu uma grande reestruturação no MESP. Entre os seus principais pontos, estão a criação das conferências nacionais de saúde e das delegacias federais de saúde. Há também a criação de Leis Orgânicas entre 1942 e 1946, na chamada Reforma Capanema (quando Gustavo Capanema assumiu o Ministério, de 1934 a 1945). Houve uma separação entre os órgãos de direção e execução, acarretando uma centralização política na federação e uma descentralização administrativa (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Ainda durante o governo de Vargas, em 1942, durante o período da Segunda Guerra Mundial e em parceria com o governo americano, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para promover o saneamento e desenvolvimento social voltado para setores produtivos ligados à exportação da borracha. Logo, a pedido dos entes da federação, o Serviço esteve presente em todos os Estados, atuando nos locais mais afastados dos centros urbanos (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Do ponto de vista da formação médica, é na década de 1950 que a recém-criada OMS organizou uma série de seminários na Europa, semelhantes ao modelo ocorrido nos EUA em Colorado Springs. O mesmo aconteceu na América Latina, dessa vez sob o patrocínio da OPAS (BELISÁRIO, 1995). Através dos esforços da OPAS, duas correntes teóricas chegam à América Latina, preocupadas com a saúde pública: a medicina preventiva e a medicina comunitária. No Brasil, ela incentivou a criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas principais escolas médicas brasileiras, bem como orientou a execução de programas de medicina comunitária (BELISÁRIO, 1995). Esses seminários eram organizados com base na ideia de que a solução para os problemas de realidade sanitária, em especial na América Latina, passava por uma reforma

pedagógica no ensino médico, especialmente através da incorporação dos pressupostos da medicina preventiva (ALMEIDA FILHO, 2010).

Nesse sentido, ainda em 1951, a OPAS organizou o 1º Congresso Pan-Americano de Educação Médica, em Lima, no Peru. Ela também foi responsável pelos seminários de Cali (Colômbia) e Viña Del Mar (Chile) em 1955, de Tehuacán (México) em 1956 (MOTA et al, 2004) e pela 1ª Conferência de Faculdades de Medicina da União de Universidades da América Latina – UDUAL (1957, México/DF), entre diversos outros seminários (ALMEIDA FILHO, 2010). Estes especificamente centravam-se na ideia do estabelecimento de disciplinas básicas, estímulo ao desenvolvimento de cuidados em saúde preventiva, levando em consideração aspectos sociais, a criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas e de Associações Nacionais de Escolas Médicas na América Latina, com o intuito de efetuar intercâmbio entre elas (ALMEIDA, 1999).

Sob influência internacional, as associações médicas brasileiras a partir da década de 1950 passaram a pressionar os governos por uma reforma mais ampla na educação médica nacional. A 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Londres (Inglaterra), em 1953, propagou a ideia da existência de um currículo mínimo de medicina. Desse modo, em 1956, a Associação Brasileira de Medicina (ABM) estabeleceu uma Comissão de Ensino Médico, que propunha uma reformulação do ensino médico no país sob projeto de lei nº 2.046, não sendo aprovado no Congresso Nacional (AMARAL, 2007).

A década de 1950 também foi marcada pelo desenvolvimento de novas tecnologias no ramo da saúde pública, mais marcadamente vacinas e antibióticos, criando um período de “otimismo sanitário”. Esse otimismo redirecionou as políticas em saúde no Brasil para a erradicação de doenças infectocontagiosas, liderada por Mário Pinotti (1894-1972), que foi Ministro da Saúde duas vezes, nos governos de Getúlio Vargas (1950-1954) e Juscelino Kubitschek (1955-1960) (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Da ideia de maior responsabilização do Estado na saúde da população propagada pela OMS, há, em 1953, a criação do Ministério da Saúde, desmembrando-o do antigo Ministério da Educação e Saúde. A estrutura básica do Ministério foi herdada do Departamento Nacional de Saúde (DNS) (LIMA & PINTO, 2003). Visando reestruturar a pulverização da distribuição dos recursos, consolidou-se uma política de redes de unidades sanitárias locais integradas, voltadas

para o interior do país. A assistência médica individual e curativa é vinculada às instituições filantrópicas, à medicina privada e à Previdência Social, cuja participação cresce com o desenvolvimento do país (LIMA & PINTO, 2003; IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Além do otimismo sanitário, outra corrente que se desenvolveu no Brasil é o sanitarismo desenvolvimentista, de grande influência no Ministério da Saúde até o Golpe Militar de 1964. Liderado por Mário Magalhães da Silveira, essa corrente pressupunha que o desenvolvimento econômico e tecnológico seria condição fundamental para a criação das condições que permitiriam a melhoria da saúde das pessoas (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

A visão do sanitarismo desenvolvimentista foi um marco importante para a elaboração da Política Nacional de Saúde, de 1961. Estabelecida pelo Decreto 49,974-A de 21 de janeiro de 1961, ela colocava como responsabilidade do Estado defender e proteger a saúde das pessoas, prover assistência médica gratuita a quem não possui recursos, adotar medidas de proteção e prevenção coletivas de saúde, entre outros. As suas bases foram discutidas durante a III Conferência Nacional de Saúde, abordando temas como a municipalização dos serviços de saúde e a criação de um plano nacional de saúde (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Na década de 1960 é criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), passando a organizar encontros, seminários e publicações relativos à formação médica no Brasil, inspirados pela iniciativa de Colorado Springs. É em grande medida a partir de suas recomendações que irão surgir propostas inovadoras de currículos na medicina brasileira na época. Assim, em 1965 a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) lançou um currículo compacto, posteriormente implementando um internato rural, considerado uma grande inovação na formação médica no sentido de aproximar o estudante das comunidades. A Universidade de Brasília (UnB) integrou cursos e disciplinas de área da saúde de maneira interprofissional (LAMPERT, 2002).

Ainda na década de 1960, surgiu o curso de medicina experimental da USP, projeto que durou até 1978 e que procurava integrar a ciência básica, a clínica e a medicina social. Além disso, outros cursos de medicina fizeram também reformas curriculares nesse período, buscando incorporar elementos das Ciências Sociais, Epidemiologia, História da medicina, administração e planejamento em saúde, entre outros. Foi o caso da Universidade de Campinas (Unicamp) e da

UFMG, que abriram as portas para as Ciências Sociais nos seus currículos de graduação em medicina (NUNES, 2008).

Entre as abordagens pioneiras, também podemos destacar o curso da Escola Paulista de Medicina (EPM) que, em 1956, passou a integrar a disciplina de Psicologia médica como conteúdo obrigatório de seu currículo, inicialmente restrita ao 3º ano, posteriormente ampliada em 1986 até o 3º ano e depois como componente do 1º ao 5º ano (DE MARCO, 2006).

Para Cruz (2004), esses cursos tanto se inspiravam nos ideais de inclusão da medicina preventiva, como utilizavam os mecanismos do Relatório Flexner para moldar seus currículos. No entanto, conforme Almeida Filho (2010, p. 2.238), apesar destas iniciativas, na maior parte dos cursos, “o único efeito desse movimento parece ter sido a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária”, substituindo as antigas cátedras e incluindo conteúdos de epidemiologia e administração de saúde na formação dos profissionais.

Além disso, os avanços na transformação na saúde no Brasil nos anos 1960 foram interrompidos pelo período da Ditadura Militar (1964-1985), que iniciou um regime de exceção no país. Em 1968, foi editado o Ato Institucional nº 5 (que resultou na perda de mandatos de parlamentares de oposição, intervenção federal nas unidades da federação e suspensão de outras garantias constitucionais) e o Ato Complementar nº 38 (que decretou o recesso do Congresso Nacional) (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Com relação à formação de médicos e médicas, 1968 foi o ano de aprovação da Reforma Universitária (lei nº 5.540), que adotou o modelo flexneriano de formação médica no Brasil e introduziu o currículo mínimo para a formação em medicina, através da Resolução nº8/69 do MEC (LAMPERT, 2002). A introdução tardia do modelo flexneriano teve um duplo caráter no Brasil. Ela propiciou a libertação do antigo sistema de formação tradicional no modelo de cátedras, substituindo-o pelo modelo de formação em hospitais universitários, com o ensino em especialidades, de um primeiro ciclo básico de estudo dos órgãos e das funções individuais do corpo e um período profissionalizante, de internato. Dessa maneira, por um lado, reforçava as ideias do modelo biomédico tradicional. Por outro lado, ela permitiu a emergência da saúde coletiva, pela criação de departamentos, institutos e centros de medicina preventiva e pelo

desenvolvimento da relação entre o ensino e a pesquisa e dos programas de residência médica de nível de pós-graduação em medicina comunitária, surgidos a partir principalmente dos anos 1970.

Do ponto de vista assistencial, 1968 também foi o ano de criação do Plano Nacional de Saúde (PNS), que adotou uma perspectiva meritocrática de proteção social e a expansão da rede de cobertura privada através das necessidades do mercado, mercantilizando o acesso à saúde e indo na direção contrária do emergente movimento sanitário (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Ou seja, o governo passou a comprar serviços de assistência médica privados, fornecendo apoio aos investimentos no país através de empréstimos com subsídios, indo de encontro ao Plano Nacional de Saúde de 1961, que colocava na figura do Estado a responsabilidade sobre a saúde da população (PAIM, 2003).

No plano da América Latina, durante a década de 1970, duas reuniões tiveram destaque, em 1976 e 1977, sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e Caribe, organizadas pelas OPAS e pela FEPAFEM (Federação Pan-Americana de Faculdades [Escolas] de Medicina). A primeira, em Caracas (Venezuela), salientou que a relação entre a prática médica e o sistema de assistência à saúde como determinantes para a formação médica. A segunda ocorreu em Salvador (Brasil), tendo também a participação da *Rockefeller Foundation*. Criticou-se o crescimento de escolas médicas no período, cujos currículos ignoravam a relação entre o ensino e a atenção à saúde, e cuja estrutura curricular acentuava a dicotomia entre teoria e prática, entre os ciclos básico e clínico e entre a perspectiva curativa e preventiva (ALMEIDA, 1999).

Conforme Osmo e Schraiber (2015), houve dois outros eventos importantes: I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Reunião sub-regional de Saúde Pública da OPAS/*Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública*, ambos em 1978. “Eles tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para a área da saúde, propondo uma associação que pudesse congrega os interesses das instituições formadoras em nível de pós-graduação” (NUNES, 1994, p.?).

Apesar da repressão política, o início da década de 1970 iniciou a estruturação do movimento da contestação a este modelo, no campo da saúde coletiva, especialmente em três frentes: a formação de recursos humanos, as Ciências Sociais na saúde e o fomento tecnológico e inovação (NUNES, 2006). Ela emerge sob influências mútuas entre o desenvolvimento de um

projeto de campo de conhecimento e os movimentos pela democratização no Brasil, especialmente o da reforma sanitária (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Do ponto de vista conceitual, desde pelo menos a década de 1960 as críticas à visão clássica da epidemiologia passam a ganhar força no Brasil, especialmente pela história natural da doença da medicina preventiva de Leavell e Clark, ainda na esteira dos seminários organizados pela OPAS (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR & OLIVEIRA, 2010). A partir da mudança da concepção de saúde e doença, surgiram diversos modelos de formação em saúde alternativos ao modelo flexneriano. Aos poucos, o campo acadêmico incorporou a medicina preventiva à saúde coletiva. Não obstante, as ideias preventivistas começaram a ser contestadas pela emergência da medicina comunitária e pela medicina social (NUNES, 2015).

Com isso, conforme Nunes (2006), alguns departamentos de medicina preventiva assumiram uma postura crítica e inovadora, mais próxima da medicina social do que na própria medicina preventiva. Segundo Donnangelo (1983, p. 26), o que caracteriza a saúde coletiva é justamente “a relativa superação do projeto original de medicina preventiva em sua imediata subordinação ao objeto clínica”.

Segundo 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.

Sendo assim, cabe salientar que a saúde coletiva opera em uma lógica diferente da medicina preventiva, ainda que tenham pontos de contato. Ela assume uma postura menos dicotômica entre os aspectos sociais e biológicos, redefinindo inclusive o campo das práticas dos profissionais da saúde e diluindo a divisão entre profissionais médicos e não-médicos no processo de cura (TAMBELLINI, 2005).

A origem desse movimento é do final da década de 1960, com o Seminário *La Educación Médica en América Latina*. Esse evento é considerado um marco na educação médica latino-americana por ser o berço do que hoje se chama saúde coletiva (ALMEIDA FILHO, 2010). Outro marco dessa discussão foi, em 1970, a conferência de Michel Foucault sob as origens da medicina

social, no Rio de Janeiro, “nesse momento, observou-se no Brasil e no restante da América Latina uma produção teórica importante, que reconhecia os vínculos das práticas de saúde com a totalidade social” (OSMO & SCHRAIBER, 2015, p. 211).

Mas foi na segunda metade da década de 1970 que houve intensos movimentos sociais e, no âmbito de saúde, a emergência de forças contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes. Dada a crise do autoritarismo, durante o governo do General Ernesto Geisel (1974-1979), o Estado implementou uma série de programas e campanhas, propondo a criação de um Sistema Nacional de Saúde (1975) e propiciou uma discussão sobre a Política Nacional de Saúde (CNS, 1977) (PAIM, 2003). Das lutas pela valorização aos direitos humanos, ganhará força o movimento em defesa dos princípios da saúde coletiva (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

O movimento de promoção da saúde pós 1974 alterou o foco da preocupação com as doenças para a saúde, seja determinada por doenças ou outros tipos de perturbações que afetem o bem-estar e a qualidade de vida da população. Assim, a saúde passa a ser concebida como um bem-estar social, psicológico e funcional, valorizando as experiências subjetivas dos indivíduos em relação a si mesmos e privilegiando uma visão integral do ser (MIOTTO & BARCELLOS, 2009). Na formação em saúde, acarretou a descentralização dos Cursos Básicos de Saúde Pública (CBSP) existentes pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e na criação das primeiras Residências em Medicina Preventiva e Social (RMPS) no país, o que permitiu uma maior oferta de médicos sanitaristas no Brasil (BELISÁRIO, 1995).

Há também o surgimento das primeiras iniciativas em medicina comunitária pelo país. Em 1975, em Minas Gerais, surgiu o Projeto Montes Claros, que buscava reorganizar os serviços de saúde sob esta nova perspectiva. Iniciativas semelhantes ocorreram também em Nova Iguaçu (RJ), Londrina (PR), Paulínea (SP), entre outros (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Além disso, no ano de 1976 surgiram as primeiras residências médicas em Medicina Comunitária, com o Projeto Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e com o Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre (RS) (LAMPERT, 2002). Há também o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) em Sobradinho e Planaltina (ambos no DF), desenvolvidos em parcerias entre a UnB, a OPAS, a *Kelloggs Foundation*, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Nas décadas de 1970 e 1980, o IDA se consolidou como a maior estratégia de transformação dos currículos de medicina brasileiros. Ele buscava aprofundar a relação entre as faculdades de medicina e os territórios onde estavam inseridas, transformar as relações entre alunos e professores e inserir estudantes em cenários de prática (CRUZ, 2004).

Com uma parceria entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Educação na década de 1970, foi possível que os hospitais da Previdência também fossem cenários de prática para as faculdades. Posteriormente, a IDA foi integrada ao Programa de Preparação de Pessoal para a Saúde, em um acordo envolvendo o Ministério da Saúde, o MEC e a OPAS, e passou a fazer parte do Programa Latino-Americano de Desenvolvimento Educacional em Saúde, desenvolvido pela OPAS e financiado pela *Kelloggs Foundation*, visando incentivar atividades extramuros.

O ano de 1975 foi marcado pela lei do Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6229/75, que definia as atribuições de União, estados e municípios. No entanto, devido à pressão da oposição, capitaneada pelos empresários da área da saúde, o foco das ações governamentais se dividiu em uma série de programas, que possibilitaram a entrada de técnicos/as “sanitaristas” no interior da máquina estatal. Assim, no mesmo ano, também foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Nos dois anos subsequentes, também foram criados o regime de Vigilância Sanitária e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAIM, 2003).

Nos anos 1970 surge uma série de movimentos que posteriormente se agregaram ao movimento da reforma sanitária brasileira. Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), como movimento suprapartidário e não corporativo - apesar da relação com militantes ligados do Partido Comunista Brasileiro (PCB), então clandestino - com o objetivo de organizar e difundir o pensamento sanitário. Juntamente, também foi criada a revista Saúde em Debate.

O CEBES defendeu a criação de um Sistema Único de Saúde no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados de Brasília, em 1979. No mesmo evento foram aprovadas várias pautas do SUS, como a necessidade do direito universal e inalienável à

saúde, a intersetorialidade, regionalização, descentralização e hierarquização do sistema, além da participação popular e controle democrático (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

No ano de 1979 também se criou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), durante a I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, reunindo instituições formadoras de profissionais de saúde em nível de pós-graduação (NUNES, 2006). A Abrasco assumiu o protagonismo da discussão sobre saúde pública no país, ocupando o espaço que antes era da Associação Brasileira de Higiene (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Ainda em 1979, ocorreu o Primeiro Encontro de Experiências de Medicina Comunitária (Enemec), reunindo profissionais de saúde, estudantes, religiosos e a comunidade. Tal encontro deu origem ao MOPS, Movimento Popular em Saúde. Ao mesmo tempo, as entidades médicas passaram a se mobilizar em um movimento de “renovação médica”, de caráter político-sindical (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Apesar das mudanças ocorridas na década de 1970, muitas apoiadas pela Cebes e pela Abrasco, pouco se modificou no caráter privatista do modelo médico assistencial no país (PAIM, 2003). Em 1978, com a extinção do Ato Institucional nº 5, que dava ao Estado o poder de suspender os direitos de pessoas que se manifestassem contra o governo, vários movimentos sociais ganharam força e passaram a exercer pressão mais livremente. Os anos 1980 foram de grande transformação no Brasil, com o processo de redemocratização do país.

Sob influência do plano “Saúde para todos nos anos 2000”, elaborado na Conferência de Alma Ata em 1978, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, com o tema *Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos* (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Nela, foi discutida a proposta de implementação de um serviço nacional de saúde, abordando possibilidades de organização institucional, recursos humanos, custos, etc. Na ocasião, até mesmo o então Presidente da República, o Ditador João Figueiredo, defendeu a saúde como um direito de todos na cerimônia de abertura, evidenciando a força do movimento sanitário brasileiro (CARVALHO, 1980).

O sanitarismo se incumbiu das políticas públicas em saúde no país, principalmente a partir da vitória oposicionista ao regime militar nas eleições estaduais de 1982, com os líderes do movimento assumindo a gestão dos serviços e das políticas públicas, processo que culminou no

fim da Ditadura Militar no ano de 1984 (DIAS, 2007). É a partir daí que se estabelece a Reforma Sanitária, cujo marco teórico é a Saúde Coletiva. Como ponto de vista político, a Reforma teve grande influência da reforma italiana, em especial pelo intercâmbio com o médico e político Giovanni Berlinger (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Assim, em 1982 criou-se o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que apresentou um plano de reorientação da assistência médica, apoiado pela ABEM, abrigando o projeto das Ações Integradas e Saúde (AIS), que garantiram a continuidade da assistência no período de crise previdenciária, aperfeiçoando os mecanismos que levaram à constituinte (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012). Em 1986, a ABEM, em parceria com o MEC e a *Kelloggs Foundation*, organizou um seminário sobre a Preparação do Médico Geral, cujas conclusões defendiam um aprofundamento da integração entre os ciclos básicos e clínicos na formação, a adoção de cenários de prática baseados nas comunidades, aproximando a discussão da Reforma Sanitária Brasileira em curso (CRUZ, 2004).

Já no final da década de 1980, a OMS promoveu conferências internacionais de promoção em saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997). Elas foram seguidas pela Conferência Internacional de Promoção da Saúde, organizada pela OPAS, em 1992, ocorrida em Bogotá (Colômbia). Na ocasião, contextualizou-se o tema para a América Latina. Nesse momento, lançou-se a Carta de Bogotá, um documento que apresenta a proposta de Promoção de Saúde no Continente.

A Carta de Ottawa, elaborada em 1986 durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e subscrita por 38 países, foi considerada um dos marcos de saúde preventiva no mundo. Ela foi além das propostas tradicionais da medicina preventiva, aventando explicitamente a superação do modelo biomédico em saúde, além de transformações nos sistemas de saúde, nas políticas públicas, nas práticas cotidianas e na formação dos profissionais de saúde. Ademais, passou-se a reconhecer como fundamentais para a saúde elementos como a paz, o ecossistema, a habitação, a alimentação, a renda, a equidade e a justiça social (LAMPERT, 2002).

O final da década de 1980 também é marcado pela 1ª Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1988), de onde saiu a Declaração de Edimburgo, trazendo princípios gerais para a formação médica, como ampliar os ambientes educacionais para além do hospital, garantir que a formação médica fosse adequada às necessidades do país e criar currículos que também

valorizassem os valores sociais na competência profissional e não a mera memorização de informações (MARTINS, 2008).

As propostas do movimento de reforma sanitária convergiram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, 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 (OSMO & SCHRAIBER, 2015). A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 teve cerca de 4 mil participantes. Ela alterou o 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 (FAVIERO, 2007).

O significado inovador do movimento da Reforma Sanitária foi sua proposta de ruptura com a forma histórica de constituição da política de saúde no Brasil: centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. A política de saúde tem uma amplitude que extrapola o próprio setor, pois desde o seu nascimento na primeira República até o período de democratização do país, esteve no cerne dos debates e da constituição das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro (DIAS, 2007, p. 54).

A Conferência também resultou na criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que trabalhou com a Assembleia Nacional Constituinte, traduzindo no plano institucional os anseios do movimento sanitário na Constituição de 1988 e nas Leis subsequentes. É desse modo que, em 1987, assinou-se o decreto de criação do SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), no processo que culminou na criação do SUS (IBAÑEZ, MELLO & MARQUES, 2012).

Em 1988, promulgou-se a Constituição Federal, que teve grande apoio popular. Muitos movimentos sociais participaram dela através das emendas populares – com mais de 30 mil assinaturas (AVRITZER, 2007). Houve a retomada dos direitos políticos com o voto direto e universalizado, os direitos civis com o Programa Nacional de Direitos Humanos e consagraram-se os direitos sociais (FAVIEIRO, 2007). Nela, houve a consolidação da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (FERREIRA E MOURA, 2006), 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. O processo saúde-doença

deixa de ser uma questão apenas biológica para levar em consideração as relações entre saúde e estrutura social.

4.5 Considerações sobre a formação médica inovadora

A partir da segunda metade do século XX, emergiu no cenário internacional uma nova concepção de formação médica, atrelada às mudanças nas concepções de saúde e doença, agora vistas como um processo que vai muito além de um fenômeno biológico, envolvendo fatores psicológicos, sociais, políticos, entre outros, procurando a sua compreensão com base em uma visão integral do ser humano. Assim, alterou-se também a concepção do que um/a médico/a deve fazer, passando de uma visão curativista, atrelada ao modelo biomédico, para uma visão baseada na prevenção de doenças e na promoção de saúde, cuja atuação deve focar na atenção primária e nas comunidades locais.

Tais alterações acarretaram também mudanças pedagógicas, de como se deve ensinar estudantes de medicina para lidarem com esses desafios, aliado à concepção construtivista da educação, cujo uso de metodologias ativas de aprendizado passa a ser considerado o novo padrão de excelência. Por fim, surgiu uma nova concepção de como deve ser o currículo dos cursos de medicina para englobar essas questões, sintetizada na abordagem da ABP e suas variações.

As principais características do currículo estruturado para a formação inovadora serão as seguintes: 1) rompimento do ensino por ciclos e disciplinas, com ênfase na integração das áreas do conhecimento; 2) uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem; 3) foco na prevenção de doenças, na promoção de saúde e na visão integral do ser humano; 4) rompimento com o corporativismo e com a divisão entre o trabalho e o ensino, com a inserção de discentes em atividades práticas nos serviços da atenção primária desde o início da graduação, de maneira interprofissional. Segundo Almeida (1999, p. 12): “As intervenções que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações globais dos conteúdos, dos processos e das relações, caracterizando verdadeiras transformações da educação médica”.

Por fim, cabe salientar que a formação inovadora de nenhum modo significa uma formação “avançada” em relação a um currículo tradicional. Um currículo inovador pode ter um caráter conservador, ser resistente a certas mudanças. No mundo, de maneira geral o traço

distintivo é a sua contraposição às características da formação tradicional, calcada no modelo biomédico. No Brasil, a sua vinculação aos pressupostos da saúde coletiva é sua principal característica.

5 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NO BRASIL

Apesar do surgimento de uma nova concepção de educação médica de caráter inovador e toda a discussão desde a década de 1980 no Brasil, ocorreram apenas algumas mudanças incrementais no sentido da criação de currículos inovadores até os anos 2000, não abrangendo necessariamente todas as instituições. Mesmo as propostas de Medicina Preventiva, Integral e Comunitária, além dos planos de IDA, foram implementadas sob a égide do paradigma flexneriano (CRUZ, 2004).

É somente a partir dos anos 2000 que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, através das Diretrizes Curriculares Nacionais, introduz uma nova visão sobre a formação dos médicos no país, com a recomendação da adoção de uma formação colaborativa interdisciplinar voltada para a atenção básica, na procura de superar os limites do modelo flexneriano de formação médica dos currículos tradicionais e pós-tradicionais (BARRETO et al, 2011). No entanto, o processo de como essa nova concepção chega ao Brasil trouxe particularidades no modo como os currículos inovadores foram organizados.

5.1 Antecedentes da criação das DCN: a CINAEM

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. Assim, em 1991 foi instituído o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Com base nisso, foram criados também centros de capacitação

de recursos humanos em parcerias com instituições de ensino e secretarias de saúde (LAMPERT, 2002).

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). Lançado inicialmente nos EUA e na África do Sul no final da década de 1980, com o incentivo da *Kelloggs Foundation* em parceria com universidades com cursos de enfermagem e medicina, 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, incentivando o trabalho multidisciplinar e interprofissional, visando integrar ensino, serviço e comunidade para fortalecer os sistemas de saúde locais. Além disso, se recomendava o rompimento com o modelo de ciclos básico e profissional na formação médica, própria da formação flexneriana. Na América Latina foram 23 instituições contempladas, sendo seis delas no Brasil, em Botucatu, Brasília, Londrina, Marília, Natal e Salvador (LAMPERT 2002; LINS & CECÍLIO, 1998).

Segundo Cruz (2004), no final dos anos 1980 ocorreu esvaziamento da discussão sobre reformas curriculares na medicina brasileira, frente às discussões da questão da criação dos SUS e da estruturação dos serviços, que dominavam a agenda política na área da saúde. Predominava 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. Esta última proposta continha a ideia da criação de uma espécie de exame para avaliar os médicos recém-formados, com o resultado dele determinando se o profissional poderia ou não exercer a profissão, mais ou menos como ocorre com o exame da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil). 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.

Nesse sentido, o governo Collor (Fernando Collor de Melo) formalizou, em 1991, a proposta chamada de *Uma Nova Política Para o Ensino Superior* (elaborada em 1985 pela Comissão Nacional de Reformulação da Educação 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).

No entanto, essa concepção liberal da formação médica 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 solução, proposta em editorial da ABEM após o XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica de 1990, era o fim do exame e 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, 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 & 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, quando houve uma reformulação na sua proposta (CRUZ, 2004). A CINAEM liderou a tentativa de reorganização da formação médica no Brasil na década de 1990, juntamente com outras instituições como a ABEM, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e 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), a partir de um questionário disponibilizado pela OPAS, incluindo questões que perpassavam temas como a estrutura política, administrativa e econômica, os recursos humanos, a infraestrutura, os modelos pedagógicos, as atividades de pesquisa, os serviços e o número de médicos formados em 76 das 82 instituições em funcionamento no país. 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, a ideia da construção de um “novo paradigma” para a formação médica começou a se construir dentro da CINAEM (CRUZ, 2004; LAMPERT, 2002).

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 iniciou-se a avaliação, buscando aprofundar a avaliação do projeto pedagógico em 47 escolas, além de avaliar o corpo docente e a capacidade do/ formando/a. Enquanto isso, na América Latina divulgou-se a *Declaração do Uruguay* (1994), formulada durante o Encontro Continental de Educação Médica. Contando com diversas entidades e associações da região, foi elaborado um documento de referência reafirmando a necessidade de um novo paradigma na formação médica (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), aplicado anualmente a todos estudantes concluintes no país. Inicialmente, eram 3 áreas de conhecimento, sendo progressivamente ampliado para outras. Posteriormente, também foram criados o Censo da Educação Superior (CES) e a Avaliação das Condições de Ensino (ACE), instituindo visitas de especialistas às instituições como forma de avaliação.

Essa política foi desenvolvida mais detalhadamente em 1996, pelo Decreto nº. 2.026/96, incluindo os critérios de avaliação, ampliando a avaliação para pesquisa, ensino e extensão, para a qualificação docente, instalações físicas, entre outros. Esses elementos compunham o então Sistema Nacional de Educação Superior. Assim, em paralelo ao trabalho desenvolvido pela CINAEM, e apesar de todas as críticas, foi criado o chamado *Provão*, de modo a classificar a qualidade das instituições conforme uma espécie de sistema de *ranking* (VERHINE, DANTAS & SOARES, 2006).

A institucionalização do Provão ocorreu na direção contrária das propostas da CINAEM. Conforme Gouveia et al (2005), o Provão privilegiava as instituições privadas em detrimento das universidades públicas. Além disso, como a avaliação tinha como base os currículos mínimos dos cursos, não levava em consideração as diferenças regionais e, no caso da saúde, a articulação com os sistemas de saúde locais. Isso levava as instituições a moldarem seus currículos não para a inovação, mas para as diretrizes mínimas, de forma a serem bem avaliadas na prova.

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, com a adoção da ABP, ocorreu somente em algumas escolas até o início dos anos 2000, primeiramente na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997, e depois na Universidade de Londrina (UEL), em 1998 (BOROCHOVICIUS & TORTELLA, 2014). A implementação desse novo modelo de formação, além das alterações curriculares próprias da ABP, levou à suplantação de postos e centros de Saúde-Escola, com a transferência das atividades para os sistemas locais de saúde na FAMEMA e na UEL. Em Marília, inclusive, a estrutura departamental foi substituída por grupos interdisciplinares de trabalho (ALMEIDA, 1999).

Durante o XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica, organizado pela ABEM em 1997, ocorreu o VI Fórum de Avaliação do Ensino Médico. As propostas foram apresentadas e discutidas, permitindo a sequência de trabalho do grupo em uma terceira fase, denominada *Preparando a transformação da educação médica brasileira* (LAMPERT, 2002). Esta última visava a transformação curricular das instituições, bem como a profissionalização de docentes na medicina e a qualificação da gestão. No mesmo ano, a CINAEM participa diretamente na discussão da criação das diretrizes curriculares para os cursos de medicina, propostas pelo Ministério da Educação (CRUZ, 2004), no início do processo. Cabe salientar que neste mesmo ano há o surgimento da Rede UNIDA, a partir da união entre os projetos UNI e IDA. Toda esta articulação trouxe a educação superior nos cursos de medicina de volta ao centro da agenda política na área da saúde.

5.2 A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais

Apesar de mudanças incrementais nos anos 1990 estimuladas pelas CINAEM, é a partir da criação das DCN nos anos 2000 que a formação de profissionais de saúde deixou de ser um tema marginal no Ministério da Saúde, que passa a atuar junto com o Ministério da Educação para adequar a formação dos/as profissionais ao Sistema Único de Saúde (MOREIRA & DIAS, 2015).

Almeida (1999) atribui essa falta de preocupação com a reestruturação da formação médica, tanto na América Latina quanto no Brasil, ao fato de o Estado brasileiro estar mais interessado em políticas de racionalização econômica, do gasto público na saúde, centrado em novas formas de remuneração, contratação e avaliação de desempenho de profissionais em saúde, com incentivo à produtividade ou pagamentos segundo a prevalência de doenças e o perfil epidemiológico da população, em detrimento da formação de recursos humanos. As poucas iniciativas existentes ocorreram apenas no âmbito da Integração Docente-Assistencial.

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 primeiras DCN foram instituídas pela Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES).

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 (IES) no território nacional. As primeiras estabeleceram um padrão de orientação geral para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição. Posteriormente, foram aprovadas novas DCN, tanto revendo as recomendações anteriores, quanto abrangendo os outros cursos da área da saúde, incentivando uma educação para o trabalho em equipe, interdisciplinar, centrada na atenção básica (BRASIL, 2001; AMARAL, 2016). 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.

As Diretrizes estão desenhadas a partir de três eixos estruturais: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde, que devem permear o processo formativo, utilizando-se de

metodologias ativas de ensino, com a formação de docentes e preceptores para atuar no processo educacional. Outro elemento proposto para a integração das instituições de educação superior (IES) com o SUS é a formação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que estabeleçam as bases para a oferta de atividades integradas de ensino no SUS (CYRINO et al, 2015).

Ainda que as DCN não instituíssem a obrigatoriedade de metodologias, como a ABP, elas direcionavam a criação de currículo 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). Ainda, em seu artigo 12º, as DCN afirmam que os cursos devem “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” (BRASIL, 2001, p. 5). No entanto, 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 do ABP nos currículos de medicina.

A partir da criação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina, a formação médica no país passou a ter de se vincular aos princípios do SUS. Elas buscaram aproximar os cursos de medicina com os pressupostos da saúde pública, estabelecendo competências profissionais e enfatizando a integração ensino-serviço (ADLER & GALLIAN, 2014). Um exemplo disso, foi a inclusão da obrigatoriedade do internato em saúde coletiva, como parte das cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetrícia) (ZANOLLI et al., 2014).

A discussão sobre as DCN da área da saúde surgiu na esteira das Leis de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996. A partir de sua aprovação, ocorreu todo um movimento de reformas na educação brasileira, concretizando-se em diversas diretrizes que regularam o ensino no país, incluindo Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio (CNE/CEB, 1998) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (CNE/CEB, 1999), orientando a criação dos currículos em seus respectivos níveis (CIAVATTA & RAMOS, 2012).

O processo de criação das DCN da área da saúde demandou esforços de uma série de grupos. Entre eles a Rede Unida - fruto da união entre o projeto Integração Docente-assistencial (IDA) e o projeto UNI - e a CINAEM. Houve a convocação de representantes das IES e consultas e audiências públicas. Além disso, outros atores institucionais participaram do processo, como associações de ensino médico e de enfermagem e a diretoria executiva nacional de estudantes também pressionaram órgãos como o Conselho Nacional de Saúde e a Coordenação de Recursos Humanos do MS (MOREIRA & DIAS, 2015). Conforme Lampert (2002, p. 58),

desde dezembro de 1997, quando foi lançado o Edital nº 4/97, do ME, essas instituições vinham se reunindo, atendendo à convocação feita às Instituições de Ensino Superior (IES) e às sociedades científicas, às associações profissionais e às associações de classe para apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares para os diversos cursos superiores de graduação.

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 18 de 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, lançou-se o Programa através de uma portaria interministerial, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002), 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 (em contraposição com o modelo curativo ortodoxo, centrado no hospital). Além disso, o Promed incentivava a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, centradas no/a estudante e na resolução de problemas (MOREIRA & DIAS, 2015).

A adesão ao Programa foi feita de maneira voluntária, sendo que 19 escolas médicas foram selecionadas para participar, incluindo universidades federais, estaduais e privadas¹⁵.

¹⁵ As escolas selecionadas foram: Faculdade de Medicina de Marília; Fundação Educacional Serra dos órgãos; Fundação Universidade de Pernambuco; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Montes Claros; Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; Universidade Federal de Goiás; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Roraima; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense.

Conforme Goulart et al (2009), em estudo que avaliou as escolas contempladas pelo Promed, houve propostas bem diversas para sua aplicação, incluindo propostas mais tradicionais e mais inovadoras. O próprio Programa adotou uma classificação dividida em três estágios e três vetores, para diferenciar essas perspectivas.

O estágio 1 é considerado mais tradicional, com ensino centrado no/a professor/a, aulas predominantemente expositivas, avaliações no formato de provas e testes, currículo dividido em ciclos básico e clínico e pouca integração entre disciplinas e atividades práticas restritas aos laboratório da área básica, com atividades em ambientes hospitalares no ciclo clínico. Ou seja, são as escolas que ainda seguem o padrão flexneriano de ensino.

O estágio 2, intermediário, inclui aqueles cursos que efetuaram mudanças em pequena escala, ainda de maneira experimental e pontuais, com a adoção de metodologias ativas restritas a no máximo 20% do curso, continuidade dos ciclos básico e clínico com algumas disciplinas integradoras, atividades isoladas na área da saúde coletiva que correspondem a menos de 10% do curso e algumas atividades ambulatoriais no ciclo clínico.

O estágio 3, definido como o mais avançado de acordo com as prerrogativas do Programa, inclui cursos que se baseiam majoritariamente na ABP, com avaliações formativas, atividades voltadas para o SUS, ensino predominantemente integrado, sem ciclos ou disciplinas, atividades nos serviços do SUS desde o começo do curso, com 20% da carga horária em atividades que tenha experiências multiprofissionais, e demais atividades clínicas com foco na atenção básica e pelo menos 40% no SUS, sendo o internato com pelo menos 25% (características da EBC).

O estudo salienta que grande parte das faculdades já estava em processo de reformulação curricular, estimuladas em virtude das novas DCN. Por ocasião do Programa, no ano de 2002 as escolas contempladas foram avaliadas e classificadas em um dos estágios em cada um dos três vetores de avaliação: 1) mudanças pedagógicas; 2) estrutura curricular e; 3) cenários de atuação.

No quesito pedagógico, a maior parte delas (11) foi classificada como no estágio 2, sendo que, de acordo com os projetos apresentados, apenas duas delas não almejavam chegar ao estágio 3, com as conseqüentes mudanças estruturais que isso acarretaria, optando por se aperfeiçoarem mantendo-se no mesmo estágio.

Com o desenvolvimento das atividades do Promed, quinze (15) das escolas, pretendiam fazer o uso de metodologias ativas em grupos tutoriais (tal qual preconizado pela ABP) em suas

atividades, ainda que nem todas elas tenham explicitado tal intuito em seu projeto original. Apenas três delas declararam ter como opção metodológica trabalhar com a problematização (GOULART et al, 2009).

Com relação ao currículo, sete escolas foram classificadas como no estágio 1, ciclos básicos e clínicos com disciplinas fragmentadas, nove no estágio 2 e apenas três delas já estavam no estágio 3. Para alcançar a integração entre os ciclos no currículo, a maior parte das escolas optou por uma organização curricular em módulos ao invés de disciplinas, sendo que três projetos optaram pelo uso de disciplinas integradoras entre os ciclos (GOULART et al, 2009).

No que toca aos cenários de prática, cinco delas já estavam no estágio 3, sendo que quase todas elas pretendiam alcançar tal nível com o programa. Esse foi o critério em que as escolas mais estavam avançadas ou desejavam avançar. Apenas duas delas desejavam alcançar o estágio 2, enquanto quatro e seis escolas desejavam chegar ao estágio 2 nos critérios de mudança pedagógica e integração de ciclos, respectivamente (GOULART et al, 2009).

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. Do ponto de vista pedagógico e curricular, as instruções do modelo ideal se aproximam da ABP. Do ponto de vista dos cenários do processo de ensino, o foco na atenção primária e nos serviços do SUS aproximou o modelo à Educação Baseada em Comunidade.

Apesar das normativas como as DCN e do Promed, cabe salientar que, até 2003, a formação de recursos humanos para a saúde até então encontrava-se a cargo de uma coordenação geral no terceiro escalão do Ministério da Saúde (PIERATONI, 2008). A partir do momento que o Partido dos Trabalhadores (PT, ligado ao movimento que formulou o SUS), assumiu o poder executivo no Brasil, durante o Governo Lula (2003-2010), tivemos uma guinada mais brusca na orientação das políticas públicas. Há uma reformulação no Ministério da Saúde. Foram criados a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), através do Decreto n.º 4.725, de 9 de junho de 2003, com o intuito de gerenciar as ações de trabalho e de formação na saúde, articulando com outros setores do executivo, do legislativo e da sociedade civil, e agregando diversos projetos e programas já existentes, para uma efetiva formação de recursos humanos através do SUS (MAGNANO, 2017).

Em especial, a criação da SGTES foi fundamental nesse processo, possibilitando o incremento dessas mudanças nos currículos de graduação em medicina e criando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CYRINO et al, 2015).

Paralelamente, o modelo de avaliação do ensino superior no Brasil, também se modificou, em especial com a criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) em 2003, primeiramente instituído pela Medida Provisória 147 e regulamentado na Lei 10.861/2004, substituindo o ENC e o extinguido o Provão. Esta lei fará uma separação entre a avaliação da instituição e a dos estudantes, realizada através de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) (VERHINE, DANTAS & SOARES, 2006).

Paralelamente a isso, um dos mecanismos que passaram a ser utilizados pelas escolas médicas a partir da criação das DCN é o teste de progresso, ainda que não de maneira obrigatória. Ele foi introduzido pela primeira vez na década de 1970, simultaneamente na *Kansas City Medical School* da Universidade de Missouri (EUA) e na então *University of Limburg*, a atual Universidade de Maastricht (Holanda).

A partir de então muitas universidades que utilizam currículos inovadores pelo mundo têm implementado esse sistema para avaliar a evolução do aprendizado de discentes ao longo dos cursos de medicina. O teste de progresso não possui um caráter de seleção ou de classificação. Ele é um teste aplicado individualmente com estudantes do primeiro ao sexto ano, com questões de múltipla escolha, para avaliar se o ganho de conhecimento está ocorrendo de maneira contínua e progressiva ao longo de sua formação, permitindo à instituição de ensino que realize o diagnóstico de suas virtudes e deficiência nas diversas etapas da formação (LAMPERT E BICUDO, 2014).

Em 2004, o governo criou o Aprender-SUS, como um conjunto de estratégias para fortalecer a cooperação entre as IES e os serviços de saúde, lançando uma série de projetos como o Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), a constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS) e a formação de ativadores de processos de mudança (CYRINO et al, 2015).

Conforme Amaral (2016), é a partir de 2005, que o Ministério da Saúde, através do DEGES, começou a articular ações com o Ministério da Educação, para formação e desenvolvimento de RH na saúde, sendo a revisão e a implementação das DCN uma das ações

mais importantes facultadas ao Departamento. Ao mesmo tempo, uma série de outros programas e projetos relacionados à formação de profissionais de saúde foi criada, através principalmente de portarias interministeriais entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Entre estes novos projetos, destacam-se o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (Pró-Saúde), ampliando as ações do Promed para outros cursos da saúde. Ele é fruto da portaria interministerial 2.101, de 2005, entre MS (envolvendo o DEGES) e MEC (na figura da Secretaria de Educação Superior - SESU), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa também foi elaborado com centro nos três eixos do Promed: a orientação pedagógica, a orientação teórica e a criação de cenários de prática, todos eles visando a “substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde” para uma formação voltada para “uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica” (BRASIL, 2005, p. 9).

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº. 648/GM, de 24 de março de 2006, estabelecia a prerrogativa para o Ministério da Saúde atuar em articulação com o Ministério da Educação para induzir mudanças curriculares nos cursos da saúde para atender às demandas do SUS (GOULART et al, 2009).

Outro programa lançado nessa parceria para reorganizar a formação de profissionais de saúde, é o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (*PET-Saúde*). Criado pela portaria interministerial (MS e MEC) nº 1.802 de 2008, um dos objetivos do PET-Saúde é fortalecer o MS e o MEC como responsáveis em conjunto pela formação de profissionais da saúde, além de implementar de forma efetiva as DCN. Cabe salientar aqui também que essas políticas específicas da área da saúde também atuaram em articulação com programas mais abrangentes do Ministério da Educação, como o Programa Universidade Para Todos (ProUni), criado em 2005 para aumentar o número de vagas nos cursos de graduação, e a ampliação do Financiamento Estudantil (Fies), criado em 1999 para financiar estudantes em cursos de graduação de universidades privadas.

Desde então, muitos cursos procuraram adequar seus currículos a essas mudanças. No entanto, ainda há uma grande dicotomia entre o modelo biomédico tradicional e o conceito de saúde atual do SUS, oriundo da saúde coletiva, o que dificulta a implementação das DCN. Conforme Adler e Gallian (2014, p. 393), em grande medida isso ocorre por herança do modelo

flexneriano “no qual a visão parcial do paciente e o trabalho não articulado reduzem o rico potencial dos espaços de prática no SUS”. 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.

Conforme Varela et al (2016), 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 de acordo com os contextos sociais e econômicos nas quais estão inseridas. É importante salientar, segundo alertado por Rossoni e Lampert (2004, p. 88):

Sua aprovação não é suficiente para que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino, porque isto vai se dar na prática da implantação de cada currículo em cada escola e na forma como vai ser avaliado o resultado dessas mudanças.

Para acompanhar o trabalho de modificação dos currículos, em 2006, a ABEM criou a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), que depois passou a se chamar Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde (Caes), adaptando seu instrumento de autoavaliação para os outros cursos da saúde (Lampert e Costa, 2014). O estudo realizado pela ABEM (LAMPERT & COSTA, 2014), mostra a evolução das tendências de mudança das escolas da área da saúde em relação às propostas contidas na DCN. Foram 48 escolas analisadas (2 de nutrição e 46 da medicina), comparando-se o período de 2008 com o de 2013. Destas, em 2013, apenas três (6%) foram caracterizadas como *tradicionais*, sete (14%) como *inovadora com tendência tradicional*, 17 (35%) como *inovadora com tendência avançada* e 21 (43%) como *avançada*. Se em 2008 75% das escolas foram caracterizadas como *inovadora com tendência avançada* ou *avançada*, em 2013 este número pouco cresceu, chegando a 79%.

Um programa que teve influência na formação médica no Brasil é Programa Mais Médicos (PMM). 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. Com ele, houve a abertura de muitas universidades e cursos da área da saúde, através especialmente do REUNI, segundo estas novas orientações, como a Universidade do Sul da Bahia, a Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e a UNIFESP da baixada santista (AMARAL, 2016).

Ao contrário do Promed e das DCN, que contaram com a participação ampla da sociedade civil na sua criação, o PMM enfrentou muitas resistências, em especial de entidades médicas brasileiras, que utilizaram de vias políticas, jurídicas e da mídia para tentar inviabilizá-lo. O principal ponto em disputa não era necessariamente o ensino médico, mas a questão do número de médicos no Brasil, com a vinda de médicos estrangeiros para ocupar vagas sobressalentes e a abertura de novas vagas e cursos de medicina. 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 & MERHY, 2017).

Já em 2013 ocorrem diversas manifestações, tanto em nível nacional quanto estadual, de médicos contra o Programa. Em um primeiro momento, o foco destas manifestações e da cobertura da mídia foi sobre a vinda de médicos estrangeiros (especialmente os cubanos, no caso) para o Brasil. Somente depois de frustradas as tentativas de barrar a vinda destes médicos é que as críticas destas organizações se voltaram para a expansão das escolas médicas do país (GOMES & MERHY, 2017).

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 às modificações nos internatos (cujas DCN de 2014 colocavam a obrigatoriedade de que pelo menos 30% fossem em atenção primária e em serviços de urgência e emergência do SUS a partir de 2018) e a ampliação do foco do ensino para a atenção básica.

No entanto, após divergências entre o CFM e a AMB, a coalizão foi perdendo força ao longo dos anos (GOMES & MERHY, 2017). As DCN de 2014 trouxeram alguns elementos novos, mas seguiram 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. De destaque, temos a instituição da duração mínima de 7.200 horas distribuídas em 6 anos de curso, além da inclusão uma subseção denominada *Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva*.

O maior impacto que o PMM teve na educação médica não se deu no âmbito das mudanças curriculares, mas na ampliação das vagas e dos cursos de medicina no Brasil. Somente nos dois primeiros anos do PMM, foram criadas mais de 5 mil novas vagas em cursos de graduação em medicina, sendo cerca de 30% em universidades públicas e quase 70% em universidades privadas (SILVA JUNIOR & ANDRADE, 2016). Oliveira et al (2019) salientam que somente entre 2011 e 2018 (especialmente a partir do PMM) foram criados 119 cursos de graduação em medicina no Brasil, número maior do que a soma de toda a história do país (eram 114 até 2002).

5.3 Considerações sobre as diretrizes curriculares nacionais

No Brasil, a trajetória de nossa formação, bem como o impacto da criação das DCN e das políticas públicas para o ensino superior de medicina, trouxeram particularidades à formação médica. Isso resultou em currículos basicamente divididos em dois tipos.

Um deles é o modelo tradicional, que é baseado nos pressupostos biomédicos e tem como modelo o currículo flexneriano, ainda que com algumas modificações. A estrutura do currículo é decomposta em disciplinas com conteúdos e abordagens independentes, distribuídas ao longo dos semestres. Ao contrário do modelo original de Flexner, que possui apenas dois ciclos, no Brasil o currículo considerado tradicional é dividido em 3 ciclos: um básico, um clínico e um de internato. No ciclo básico, o/a estudante possui contato com disciplinas de fisiologia, anatomia, histologia, entre outras. No ciclo profissionalizante, com as especialidades médicas, como clínica médica, pediatria, ginecologia, etc. Ao final, há o internato, em que ele/a terá contato com diversos

cenários de prática, também divididos em especialidades médicas (MEIRELES, FERNANDES & SILVA, 2019).

Alguns cursos oferecem disciplinas integradoras entre os ciclos básicos e profissionais, sendo comum o/a aluno/a ter contato com os serviços de saúde do SUS nos primeiros semestres da faculdade. Eles também possuem projetos de extensão, pesquisa, disciplinas e departamentos nas especialidades médicas e ligados à saúde coletiva e às medicinas integral, preventiva e/ou comunitária, como uma maneira de cumprir os requisitos legais exigidos pelas DCN. A tendência é que discentes de medicina tenham aula apenas com colegas de seus próprios cursos, podendo ser oferecidas disciplinas compartilhadas com alunos e alunas de outros cursos de maneira residual. Essas disciplinas podem ser tanto obrigatórias como eletivas.

O mesmo ocorre com a metodologia das aulas, seguindo um modelo tradicional, em grandes grupos, com aulas expositivas nas salas e práticas em laboratórios, além de visitas orientadas em hospitais e unidades de saúde. Ainda assim, a grande maioria das atividades é realizada em ambiente hospitalar. Algumas poucas disciplinas utilizam metodologias ativas, em disciplinas e projetos designadas especificamente para isso ou por iniciativa própria de docentes.

O modelo de educação médica que chamamos de “inovador” passou a ser incentivado pelas políticas públicas a partir dos anos 2000. Ele é baseado nos pressupostos da saúde coletiva¹⁶. Visa à substituição da prática médica hegemônica (flexneriana, hospitalar, curativa, etc.), através da multiprofissionalidade na formação, e da inclusão de conteúdos voltados à prevenção de doenças e à promoção da saúde, na formação médica.

Além da formação técnica, este modelo implica uma forte ênfase no desenvolvimento de habilidades, tanto profissionais quanto humanísticas, incluindo a comunicação, as relações interpessoais e interprofissionais, o compromisso social, entre outros. O foco é a perspectiva integral do ser humano e não meramente os aspectos biológicos do adoecimento. Nesse sentido, o currículo deve estar diretamente ligado às atividades clínicas na atenção primária, com a aplicação de suas respectivas tecnologias, buscando a dissociação entre o estudo e a prática, com a inserção de discentes nos serviços de saúde do SUS de atenção primária desde o início da formação.

¹⁶ Importante salientar que, no Brasil, apesar de influenciado pelo movimento de reforma médica internacional, o que se chama de saúde coletiva tem um viés mais crítico, com destaque para a questão das classes sociais e da crítica ao sistema capitalista, dada a influência da vertente marxista da Medicina Social.

Nessa perspectiva, os currículos não são mais organizados pela tradicional divisão por ciclos e disciplinas, mas por uma estrutura modular, utilizando unidades interdisciplinares, eixos, módulos ou outras formas de organização, em que o conteúdo é passado de maneira integrada por diferentes áreas de conhecimento não-fragmentadas, com foco na resolução de problemas em pequenos grupos de trabalho. Ainda, preconiza que as experiências do/a estudante ocorram em atividades multiprofissionais¹⁷. Compartilha com o modelo tradicional os internatos rotatórios ao final do curso, porém com ênfase nos serviços da atenção primária.

Em torno destas duas concepções de formação estarão organizadas duas grandes coalizões, cujas valores e crenças estarão representados dentro dos cursos de medicina do 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 Rede Unida, a CINAEM e a ABEM.

¹⁷ Quando se fala em atividades multiprofissionais, ou de uma formação interprofissional na saúde, é importante citar o caso da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Lá se implementou um modelo de formação médica que, para o ingresso no curso de medicina, o/a estudante precisa passar por um bacharelado interdisciplinar em saúde, de três anos, em uma espécie de primeiro ciclo da formação médica (ALMEIDA FILHO et al, 2014). Apesar de esta prática ser muito comum nos Estados Unidos (com o chamado *college*) e no Canadá (em McMaster a formação é dividida em dois ciclos, um primeiro *undergraduate*, preferencialmente em Ciências da Saúde e um curso médico propriamente dito no segundo), tal iniciativa no Brasil é um caso isolado. Há outros bacharelados interdisciplinares em saúde, como na Universidade Federal da Bahia, mas isso não é pré-requisito para o ingresso no curso de graduação em medicina, como na UFSB. A própria formação interprofissional para a medicina no Brasil não foi contemplada nas DCN e, mesmo em cursos com currículos inovadores, ainda é pouco utilizada.

6. ANALISANDO OS CURRÍCULOS DE MANEIRA COMPARADA: A MEDICINA NA UFRGS E NA UFPE

Este capítulo analisa os currículos dos cursos de graduação em medicina da UFRGS e o curso de graduação em medicina da UFPE (*campus* Recife), de maneira comparada. Ele passa brevemente pela história, versando sobre a estrutura e as grades curriculares. A intenção aqui não é fazer uma análise completa dos currículos, englobando cada disciplina, seu cenário de prática, quais conteúdos são trabalhados, de que forma são trabalhados, etc., mas apenas verificar se os currículos se enquadram como tradicionais ou inovadores.

É importante salientar que muitas das coisas aqui tratadas são dinâmicas, dependendo, por exemplo, das condições de recebimento do sistema de saúde social vigente ou das características dos professores e professoras que ministram as disciplinas. Além disso, a pandemia de coronavírus fez com que a prática de funcionamento dos cursos se alterasse. Ainda que os projetos pedagógicos e as matrizes curriculares permaneçam os mesmos, muitas atividades foram retiradas dos serviços de saúde nesse tempo, muitos projetos foram colocados em espera, muitas aulas passaram para a modalidade remota. Tais mudanças provavelmente terão também um efeito de longo prazo na estrutura dos cursos.

6.1 O curso de medicina da UFRGS: formação médica tradicional

A UFRGS tem sua origem nos primeiros cursos superiores em Porto Alegre (RS), fruto da união das escolas de Farmácia e Química de Porto Alegre, em 1895, criando a Escola de Farmácia e Química. Ainda no século XX, é fundada a então Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre. Nessa época, também surgem a Escola de Engenharia e a Faculdade de Direito, que se mantiveram como instituições independentes até a década de 1930. Somente em 1934 essas escolas foram integradas, com a criação da Universidade de Porto Alegre, que também abrangia a Faculdade de Agronomia e Veterinária, a Faculdade de Odontologia e Farmácia, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e o Instituto Belas Artes.

Em 1947, a Universidade foi redenominada Universidade do Rio Grande do Sul e em 1950 ela foi federalizada. Em 1968, adquiriu a atual denominação. Portanto, a história do Curso

de Medicina está diretamente relacionada à história da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desde o seu começo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Conforme Buchabqui (2010), o curso de graduação em medicina da UFRGS passou por seis reformas ao longo de sua história, além de inúmeras modificações e adaptações pontuais. Algumas tiveram um caráter mais administrativo, como a abolição do sistema de cátedras de 1968. Outras tiveram um caráter mais inovador como a introdução do *Currículo 142.00* em 1980, além daquelas com caráter mais tradicional, como a reforma de 1989 e a implementação do *Currículo 242.00*.

Já nos anos 2000, o curso passou a fazer alterações para se adaptar às Diretrizes Curriculares Nacionais criadas pelo Conselho Nacional de Educação. Sofreu algumas modificações pontuais até 2005, quando foi criado um novo currículo, denominado *Currículo Medicina*. Este é o currículo atual do curso, de caráter tradicional, que sofreu algumas alterações pontuais desde então, especialmente no regime de internato.

6.1.1 A estrutura do curso da UFRGS

Atualmente, o curso de graduação em medicina da UFRGS está situado dentro da Faculdade de Medicina, que abriga também o curso de graduação em Nutrição. A maior parte das atividades é desenvolvida dentro do hospital-escola próprio da instituição, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo utilizados outros hospitais da capital gaúcha (Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Pronto Socorro, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, entre outros) e Unidades de Saúde para o desenvolvimento de atividades específicas. Além das aulas na Faculdade de Medicina (FAMED), o curso conta com participação do Instituto de Biociências (IB) e o Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O curso é inteiramente gratuito, com ingresso mediante aprovação no concurso vestibular realizado pela UFRGS. São disponibilizadas 140 vagas por ano. Em 2018, eram 833 alunos e alunas distribuídos ao longo do curso. Além do acesso universal, destinado a todos os concluintes do Ensino Médio, 50% das vagas são destinadas às ações afirmativas para estudantes de escolas públicas, autodeclarados pretos, pardos e indígenas e por critérios de renda familiar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A graduação em medicina na UFRGS possui uma organização curricular no modelo tradicional, conforme descrito no próprio projeto pedagógico de curso de 2015, disponível no site da instituição. Trata-se de um modelo disciplinar de curso, dividido em 3 ciclos: um de formação básica, cuja descrição aponta as disciplinas de anatomia, histologia e fisiologia, com duração de 3 semestres; outro de formação clínica, que envolve atividades de formação técnica e estágios clínicos em *Clínica Médica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia*, entre outros, com duração de 5 semestres; por fim, há um período de internato, com estágios obrigatórios nas especialidades de *Cirurgia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia*, etc., que possui duração de 24 meses (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Além disso, a Faculdade de Medicina da UFRGS conta com mais de 200 projetos de pesquisa em andamento (incluindo graduação e pós-graduação), envolvendo cerca de 200 professores e professoras e 300 bolsistas de iniciação científica. Ademais, são cerca de 190 projetos de extensão. Existem também programas de mobilidade acadêmica para a graduação. O curso recebe cerca de 15 alunos e alunas e envia cerca de 10 para o exterior por ano. Já no internato, cerca de 50 alunos/as realizam mobilidade em instituições do Brasil e do exterior. Após a conclusão da graduação, o HCPA ainda oferece 410 vagas de residência, distribuídas em 27 áreas de atuação e 46 programas de residência médica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Para se formar, as e os estudantes devem completar pelo menos seis créditos em atividades complementares. Durante o curso, o alunado pode se vincular aos projetos de extensão e pesquisa oferecidos em toda a Universidade, além de participar de ligas acadêmicas e realizar atividades na categoria de monitoria (onde o/a estudante auxilia no aprendizado de outros/as alunos/as). Existe também um Núcleo de Acompanhamento ao Aluno (NAA), que visa dar apoio aos estudantes com dificuldades, sejam acadêmicas ou de outras ordens.

Por fim, cabe mencionar o Centro Acadêmico Sarmiento Leite (CASL), que organiza atividades como as semanas acadêmicas, eventos, entre outros, além de publicar dois periódicos, um com matérias jornalísticas e outro com artigos científicos que estejam de acordo com os interesses dos/as acadêmicos/as. Além disso, existe o Núcleo de Avaliação da Unidade (NAU), ligado aos setores de avaliação da UFRGS, composto por docentes e com representação discente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O currículo do curso de medicina (currículo 2018/2) é dividido em 12 etapas, cada uma correspondendo a um semestre de faculdade, com exceção do período dos internatos, que ocorrem ininterruptamente. São 594 créditos, divididos em 588 obrigatórios e 6 créditos de atividades complementares (que incluem atividades de extensão, pesquisa, bolsas acadêmicas, monitorias, entre outros), com uma carga horária total de 8.910 horas. A organização da grade é em disciplinas, que ocorrem concomitantemente entre si, cada uma em um respectivo horário e dia da semana no semestre (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A metodologia possui quatro modelos sequenciais de ensino. No primeiro, relacionado especialmente ao primeiro ciclo, as aulas ocorrem predominantemente em salas de aulas e laboratórios, combinando aulas expositivas com práticas orientadas em grandes grupos. As avaliações são centradas nos conteúdos, no formato de provas individuais (95% das disciplinas nesse período são nessa modalidade). Na disciplina de *Introdução à Atenção Primária*, de caráter integrador, as atividades são desenvolvidas nos cenários de prática, no HCPA ou nas Unidades de Saúde que possuem parceria com a Universidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

No segundo modelo, há a integração das disciplinas do básico (ciclo 1) com as disciplinas do ensino clínico (ciclo 2), tanto através das especialidades (*Farmacologia I, II e III*, por exemplo), como por disciplinas de integração (*Atividades de Integração Básico-Clínica I, II, III e IV*). As disciplinas de *Atividades de Integração Básico-Clínica* utilizam ferramentas de ensino como o TBL (*team based learning*). No entanto, só 2,7% das avaliações do curso envolvem esta modalidade. Ainda, existem disciplinas que buscam a integração com outros cursos da área da saúde (*Introdução à Bioética Médica e Práticas Integradas em Saúde*), que não são obrigatórias e são realizadas predominantemente em ambientes extra-hospitalares, como escolas, creches, asilos e postos de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O terceiro modelo é o de ensino de prática médica, realizado predominantemente na forma dos estágios, com atuação direta junto a pacientes sob supervisão dos professores e professoras, esquemas de preceptoria e resolução de problemas clínicos, ocorrendo em ambientes hospitalares e da atenção primária. O quarto modelo, por fim, se dá sob a forma dos internatos, que basicamente são estágios curriculares supervisionados em serviços, com duração de 30 a 90 dias,

nas principais especialidades médicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Há uma grande preocupação em referendar a proposta metodológica do curso aos parâmetros previstos nas DCNs. Entre os objetivos do curso está formar estudantes com a capacidade de atuar em um “contexto mais amplo”, na prevenção, promoção e tratamento em saúde. O objetivo da estrutura curricular é formar médicos e médicas generalistas, embora os documentos do curso também apontem na direção de formar especialistas para entrarem nas residências. A exigência da interdisciplinaridade é preenchida através das disciplinas integradoras nos dois primeiros anos do curso e nas disciplinas eletivas. A estrutura do curso oferece uma rede multidisciplinar de atendimento para inserção do aluno na atenção primária para a compreensão das realidades sociais da população e suas necessidades.

Apesar de oficialmente objetivar formar médicos/as generalistas, há um grande destaque na formação para a residência médica na qual o/a egresso/a faça uma especialização. Segundo o perfil do curso disponibilizado no site da Faculdade de Medicina, "espera-se que o egresso da Faculdade de Medicina ingresse na Residência Médica a fim de que possa *especializar-se* (grifo nosso) em uma das áreas da medicina" (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2018a, p. 2). É destacado no site o uso de tecnologias, como os manequins utilizados para treinamento de reanimação cardiopulmonar, ausculta cardíaca, pulmonar e abdominal, simulações de arritmia e variações de pressão. O desenvolvimento de habilidades cirúrgicas também recebe grande destaque, tendo um Laboratório de Técnica Operatória, parcerias com o Instituto Simutec para realização de cirurgias em ambiente virtual, simuladores, módulos de videocirurgia e caixas-pretas para o treinamento de habilidades de coordenação motora.

Com relação ao corpo docente, em 2018 eram 312 professores e professoras, organizados numa estrutura departamental. Destes, 276 (88%) têm doutorado e pós-doutorado, 22 são mestres (7%) e 14 (4%) são especialistas. 131 (42%) possuem dedicação exclusiva, 125 (40%) atuam em regime integral de 40 horas semanais e 52 (17%) em regime parcial de 20 horas. A faculdade exige que o/a docente tenha no mínimo 2 anos de experiência profissional para entrar no curso, sendo que o tempo de docência é acima de 10 anos para 75% dos/as professores/as (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

São oito departamentos em que os professores e professoras estão alocados. O Departamento de Medicina Interna é o maior deles, com 88 professores/as (26% do corpo docente), que atuam no HCPA, no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (Santa Casa) e na UBS Santa Cecília. O Departamento de Pediatria e Puericultura envolve 40 professores/as (12%) que atuam no HCPA, na UBS Santa Cecília, em creches, escolas estaduais de primeiro grau, no Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia e em outras UBS. O Departamento de Cirurgia possui 35 professores/as (11%), que atuam no HCPA, na Santa Casa e no Grupo Hospital Conceição (GHC). O Departamento de Medicina Social possui 29 professores/as (9%), que atuam no HCPA, no GHC e em duas UBS. Já o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia possui 25 professores/as (8%), atuando no HCPA, no GHC e na UBS Santa Cecília. No Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, também são 25 professores/as que atuam no HCPA, no Instituto de Bioquímica da UFRGS, no Instituto Médico Legal e em serviços especializados. O Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia possui 13 (4%) professores/as que atuam no HCPA. Por fim, há Departamento de Patologia, com apenas 12 (3%) professores/as que atuam em laboratórios do departamento e do HCPA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Além disso, o corpo docente conta com professores e professoras colaboradores/as de outros institutos, atuando majoritariamente no ciclo básico. Do ICBS, conta com professores/as do Departamento de Ciências Morfológicas, do Departamento de Bioquímica, do Departamento de Farmacologia, do Departamento de Fisiologia e do Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia. Do IB, são professores/as do Departamento de Genética e do Departamento de Biofísica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

6.1.2 A grade curricular da UFRGS

Como já colocado, o curso de medicina da UFRGS é dividido em 12 etapas, cada uma correspondendo a um semestre de faculdade, com a grade curricular composta por 594 créditos e uma carga horária total de 8.910 horas. Essas etapas estão divididas em três ciclos, um de formação básica (três semestres); outro de formação clínica (cinco semestres); por fim, há um

período de internato (4 semestres). Nesta subseção da Tese, analiso a composição dos três ciclos e das 12 etapas da grade curricular da UFRGS¹⁸.

O primeiro ciclo é o de formação básica, que possui três etapas. Na etapa 1, que corresponde ao primeiro semestre do curso, tem-se sete disciplinas, totalizando 33 créditos e uma carga horária de 495 horas, distribuídas conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Etapa 1 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 1					
Disciplina/Pré-Requisito	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
ANATOMIA HUMANA I	Obrigatória	10	30	150	30
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA I	Obrigatória	3	9	45	9
BIOQUÍMICA MÉDICA I	Obrigatória	7	21	105	21
FUNDAMENTOS DE BIOFÍSICA MÉDICA	Obrigatória	3	9	45	9
HISTOLOGIA MÉDICA I	Obrigatória	4	12	60	12
INTRODUÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA	Obrigatória	4	12	60	12
INTRODUÇÃO À EMBRIOLOGIA	Obrigatória	2	6	30	6
	TOTAL	33	100,00%	495	100,00%

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Cinco das disciplinas (*Anatomia Humana I*, *Bioquímica Médica I*, *Fundamentos de Biofísica Médica*, *Histologia Médica I* e *Introdução à Embriologia*) oferecidas nesta etapa 1 são

¹⁸ A análise aqui realizada foi feita com base no Projeto Pedagógico do Curso de 2015 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015). No entanto, durante esta Tese ocorreu o lançamento de um novo PPC no curso em 2018 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2018b), modificando pontualmente algumas disciplinas (Biofísica Médica I e II foi substituída por *Fundamentos de Biofísica Médica*) e incluindo outras (as disciplinas de *Gênero, sexualidade e saúde*, *Geriatrics* e *Tópicos de informação em saúde*), porém mantendo a estrutura curricular. A escolha pela manutenção da análise do PPC de 2015 se deu pelo fato de que estas mudanças tiveram pouco impacto na estrutura da grade. Além disso, grande parte destas mudanças sequer foi colocada em prática ainda - pelo tempo que leva para o projeto ser aprovado, os/as alunos/as ingressarem no novo currículo e as disciplinas serem ministradas. Algumas outras modificações foram aprovadas e ainda estão em fase de implementação, sequer estando no PPC de 2018, como a fusão das três partes do internato na área de ginecologia em um só internato. Além disso, a própria pandemia de COVID-19 e as medidas de prevenção à propagação do vírus levaram o curso a se adaptar, com a realização de aulas síncronas e em outras modalidades, o que fez com que muitas disciplinas modificassem o seu formato e as metodologias aplicadas. Sendo assim, é bom salientar que há uma certa dinâmica da graduação em medicina da UFRGS, que leva a modificações pontuais constantemente. O objetivo aqui não é encerrar a análise sobre o currículo, mas oferecer uma visão sobre como ele é estruturado.

de caráter tradicional, típicas do ciclo básico do modelo flexneriano. Elas somam 26 créditos e 390 horas, representando 79,6% dos créditos e da carga horária total. Por outro lado, temos duas disciplinas não são de especialidades e têm um caráter de inovação no currículo, sendo incentivadas pelas DCN e políticas públicas que visam mudanças curriculares. Juntas, elas somam sete créditos e 105 horas, o que representa 21,4% do semestre. A disciplina de *Atividades de Integração Básico-Clinica*, que vai do primeiro ao quarto semestre (numeradas como I, II, III e IV), inclui visitas acompanhadas a pacientes e familiares, atividades em atenção primária, abrangendo a discussão da área das Ciências Sociais sobre os papéis sociais e de comunicação entre médicos, pacientes e familiares, sobre o que é saúde e doença. A disciplina de *Introdução à Atenção Primária*, mais recentemente incluída em atualização curricular após a finalização do PPC do curso, traz a inserção dos alunos e alunas nos serviços de atenção primária do SUS.

Ainda no primeiro ciclo, na etapa 2, são 31 créditos e 465 horas (Tabela 2). As disciplinas caracterizadas como inovadoras são duas, a já citada *Atividades de Integração Básico-Clinica II* e a de *Promoção e Proteção da Saúde da Criança e do Adolescente*. Esta segunda é realizada em berçários, escolas e creches, introduzindo os e as estudantes ao contato com esta população e sua família, trazendo conhecimentos de ações básicas de saúde infantil. Elas representam 19% dos créditos e carga horária do semestre (6 créditos e 19 horas). As outras disciplinas se enquadram no modelo biomédico e na visão flexneriana, sendo 81% dos créditos e da carga horária.

Tabela 2 – Etapa 2 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 2					
Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
ANATOMIA HUMANA II	Obrigatória	9	29	135	29
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA II	Obrigatória	2	6	30	6
BIOQUÍMICA MÉDICA II	Obrigatória	4	13	60	13
FISIOLOGIA MÉDICA I	Obrigatória	5	16	75	16
GENÉTICA HUMANA	Obrigatória	3	10	45	10
HISTOLOGIA MÉDICA II	Obrigatória	4	13	60	13
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO	Obrigatória	4	13	60	13

ADOLESCENTE					
		31	100	465	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A etapa 3 do primeiro ciclo possui 31 créditos e 480 horas, sendo a etapa deste primeiro ciclo que mais trabalha com uma abordagem inovadora. Cerca de 40% dos créditos e das horas (13 créditos e 195 horas) das disciplinas trabalham com as ideias de promoção e prevenção em saúde, numa perspectiva integral do ser humano.

A disciplina de *Psicologia Médica*, por exemplo, enfoca a questão da saúde mental ao longo do ciclo da vida, numa perspectiva biopsicossocial. Já a *Epidemiologia I*, aborda especialmente a saúde pública, envolvendo a conceitualização, prevenção, a história das doenças, entre outros. Ainda, a disciplina de *Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e do Idoso* inclui a discussão da saúde numa perspectiva social e ecológica, em conjunto com as Ciências Biológicas. Por fim, há a continuação das *Atividades de Integração Básico-Clinica (III)*, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Etapa 3 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 3					
Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA III	Obrigatória	3	9	45	9
EPIDEMIOLOGIA I	Obrigatória	2	6	30	6
FISIOLOGIA MÉDICA II	Obrigatória	8	25	120	25
FUNDAMENTOS DE MICROBIOLOGIA MÉDICA	Obrigatória	4	13	60	13
FUNDAMENTOS DE PARASITOLOGIA MÉDICA	Obrigatória	4	13	60	13
IMUNOLOGIA	Obrigatória	3	9	45	9
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	Obrigatória	4	13	60	13
PSICOLOGIA MÉDICA	Obrigatória	4	13	60	13
		32	100	480	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Neste primeiro ciclo de três semestres, portanto, cerca de 27% dos créditos, um pouco menos de 1/3 do total, possuem caráter inovador. São oito disciplinas em três semestres, que contabilizam 480 horas, o que representa uma carga horária de quase um semestre do curso. A atenção básica e a saúde pública são contempladas (*Introdução à Atenção Primária e Epidemiologia*), visando qualificar o alunado para trabalhar com promoção da saúde e prevenção de doenças (*Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente e Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e do Idoso*). A saúde é abordada nas dimensões sociais (*Psicologia Médica*) e o papel social de médico/a na sociedade é discutido (*Atividades de Integração Básico-Clinica*), envolvendo contato de estudantes com pacientes, familiares e serviços de saúde do SUS desde o primeiro semestre. Algumas delas utilizam abordagens metodológicas inovadoras. Portanto, em grande medida, as demandas das DCN são atendidas neste ciclo do curso.

Apesar disso, a estrutura da grade mantém, em grande medida, seu caráter tradicional, disciplinar e flexneriano, sendo composta em 2/3 por disciplinas que trabalham com uma introdução ao conhecimento especializado que será desenvolvido em próximos ciclos e etapas. É possível observar, até mesmo pelos títulos, que elas são centradas no funcionamento físico-químico-biológico dos organismos. O fato de muitas delas ainda conterem o sufixo “médica” (*Bioquímica Médica, Fundamentos de Biofísica Médica, etc.*), até mesmo nas disciplinas que podemos considerar inovadoras (*Psicologia Médica*), ressalta a questão da especialização do conhecimento médico nestas disciplinas. Não há uma abordagem de trabalho interprofissional, ou compartilhamento de disciplinas com outros cursos da área da saúde, apesar de muitas das disciplinas do ciclo básico serem ministradas por professores/as que não são médicos/as. A maioria das disciplinas está concentrada no Instituto de Ciências Básicas da Saúde da UFRGS, que abriga o curso de Biomedicina e onde os recursos e serviços (como a Biblioteca e seus departamentos) estão concentrados nas áreas biomédicas.

Com relação ao segundo ciclo, trata-se da formação clínica, composta por cinco etapas. Neste ciclo, aumenta o número de créditos e horas, muito em função do início dos estágios, na quarta etapa, com a disciplina de *Introdução à Clínica Médica*, de 26 créditos (quase a metade do total da etapa). Esta, em forma de estágio, trabalha com anamnese e exame físico, correlacionando os achados semiológicos com as principais síndromes clínicas.

Nesse semestre, apenas as disciplinas de *Atividades de Integração Básico-Clinica IV* e *Psicologia Médica II: Relação Médico-Paciente* apresentam caráter inovador (a última que trata dos dilemas éticos e bioéticos da relação médico/a e paciente). Iniciam também as temáticas da patologia (*Patologia Geral – Estágio*), farmacologia (*Farmacologia I*) e há a sequência de epidemiologia (*Introdução ao Pensamento Clínico-Epidemiológico*). É nesta etapa que a disciplina de *Atividades de Integração Básico-Clinica* se encerra, conforme vemos na Tabela 4.

Tabela 4 – Etapa 4 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 4					
Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA IV	Obrigatória	3	6	45	6
FARMACOLOGIA I	Obrigatória	4	8	60	8
INTRODUÇÃO A CLÍNICA MÉDICA	Obrigatória	26	54	390	54
INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	Obrigatória	4	8	60	8
PATOLOGIA GERAL - ESTÁGIO	Obrigatória	8	17	120	17
PSICOLOGIA MÉDICA II: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	Obrigatória	3	6	45	6
		48	100	720	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Na quinta etapa, a única disciplina com abordagem inovadora é *Promoção e Proteção à Saúde da Mulher*, que segue com uma proposta semelhante à *Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente* e à *Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e do Idoso*, citadas anteriormente. Ela possui apenas 3 créditos e 45 horas, o que representa 7% dos 43 créditos e 645 horas do semestre. As outras disciplinas, do modelo tradicional, são de *Clínica Médica I*, *Patologia Aplicada I*, *Farmacologia II* e *Epistemologia II*, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Etapa 5 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 5					

Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
CLÍNICA MÉDICA I – ESTÁGIO	Obrigatória	30	70	450	70
EPIDEMIOLOGIA II	Obrigatória	2	5	30	5
FARMACOLOGIA II	Obrigatória	4	9	60	9
PATOLOGIA APLICADA I - ESTÁGIO	Obrigatória	4	9	60	9
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DA MULHER	Obrigatória	3	7	45	7
		43	100	645	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Cabe salientar que, apesar de *Epidemiologia I* ter sido classificada como de abordagem inovadora, a *Introdução ao Pensamento Clínico-Epidemiológico* tem um caráter tradicional, tal qual a de *Epidemiologia II* (que aparece na quinta etapa). Isso porque, segundo suas ementas, elas seguem uma concepção cartesiana de conhecimento e metodologias tradicionais. Enquanto *Epidemiologia I* trabalha sob a perspectiva da saúde coletiva, sob a ótica da prevenção e da história natural das doenças, *Introdução ao Pensamento Clínico-Epidemiológico* e *Epidemiologia II* trabalham mais questões técnicas como bioestatística (p. 62) e com protocolos de pesquisa ((PROJETO PEDAGÓGICO, 2018). Ou seja, não se trata de disciplinas que trabalham saúde e doença em suas dimensões sociais ou humanas, uma vez que estão mais ligadas à farmacologia (conforme Entrevista 5).

Na sexta etapa, temos as disciplinas de *Saúde e Sociedade* e *Administração e Planejamento em Saúde*, que podem ser caracterizadas como pertencentes a uma abordagem inovadora, pois trabalham as questões exigidas nas DCN quanto às competências humanísticas e em gestão em saúde para a medicina. Ainda que a segunda tenha um caráter mais gerencial, ela trabalha com o sistema único de saúde (descrito como “sistema nacional de saúde”). Já a disciplina *Saúde e Sociedade* trabalha com a teoria sociológica aplicada à saúde, abordando temas como a estrutura social e os processos de saúde, os sistemas de saúde, entre outros. Elas representam 7 dos 45 créditos e 105 das 675 horas (15% do todo, em ambos). As outras disciplinas são de caráter tradicional: *Clínica Médica II*, *Farmacologia III* e *Patologia Aplicada II*, que são 85% dos créditos e carga horária, como demonstra a Tabela 6.

Tabela 6 - Etapa 6 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	Obrigatória	4	9	60	9
CLÍNICA MÉDICA II - ESTÁGIO	Obrigatória	30	67	450	67
FARMACOLOGIA III	Obrigatória	4	9	60	9
PATOLOGIA APLICADA II - ESTÁGIO	Obrigatória	4	9	60	9
SAÚDE E SOCIEDADE	Obrigatória	3	7	45	7
		45	100	675	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A sétima etapa, por sua vez, não possui disciplinas que podemos classificar como inovadoras. Todas elas têm um caráter tradicional, incluindo estágios em especialidades médicas. São elas: *Cirurgia e Técnica Operatória*, *Oftalmologia* (estágio), *Otorrinolaringologia* (estágio), *Patologia Cirúrgica e Psiquiatria* (estágio). Totalizam 49 créditos e 735 horas, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Etapa 7 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 7					
Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
CIRURGIA E TÉCNICA OPERATÓRIA	Obrigatória	20	41	300	41
OFTALMOLOGIA - ESTÁGIO	Obrigatória	8	16	120	16
OTORRINOLARINGOLOGIA - ESTÁGIO	Obrigatória	8	16	120	16
PATOLOGIA CIRÚRGICA	Obrigatória	3	6	45	6
PSIQUIATRIA - ESTÁGIO	Obrigatória	10	20	150	20
		49	100	735	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Já na oitava etapa, temos o estágio em *Saúde do Trabalhador* (4 créditos e 60 horas) e a *Pediatria* (estágio, com 20 créditos e 300 horas). O estágio em *Saúde do Trabalhador*, através do aprendizado teórico e prático, envolve processos de saúde (física e mental), trabalho e sua relação com a sociedade, além de riscos ocupacionais, segurança e acidentes de trabalho e a situação brasileira da saúde do trabalhador.

Interessante frisar o título da disciplina, saúde do trabalhador, cujo conceito envolve uma concepção mais integral do adoecimento relacionado ao trabalho (contando com professores/as vinculados/as ao Departamento de Medicina Social), do que a abordagem tradicional, centrada na *medicina do trabalho*.

Por sua vez, o estágio em *Pediatria* trabalha, além da semiologia, questões relacionadas ao desenvolvimento, à prevenção de acidentes e doenças, à relação médico/a e pacientes, envolvendo assistência curativa, preventiva e promotiva em saúde, em nível comunitário e ambulatorial.

Somadas elas possuem 24 créditos e uma carga de 360 horas, sendo 44% dos 54 créditos e 810 horas do semestre. Por outro lado, as disciplinas no modelo tradicional seguem dominantes, com *Ginecologia e Obstetrícia* (estágio com 20 créditos), *Medicina Legal e Deontologia Médica* (estágio, 4 créditos), *Patologia Ginecológica* (2 créditos), e *Trauma* (4 créditos). A Tabela 8 a seguir apresenta a estrutura da etapa 8.

Tabela 8 - Etapa 8 do curso de graduação em medicina da UFRGS

Etapa 8					
Disciplina	Caráter	Créditos	% Créditos	Carga Horária	% Carga Horária
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - ESTÁGIO	Obrigatória	20	37	300	37
MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA	Obrigatória	4	7	60	7
PATOLOGIA GINECOLÓGICA	Obrigatória	2	4	30	4
PEDIATRIA – ESTÁGIO	Obrigatória	20	37	300	37
SAÚDE DO TRABALHADOR	Obrigatória	4	7	60	7
TRAUMA	Obrigatória	4	7	60	7
		54	100	810	100

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Portanto, neste segundo ciclo, dos 346 créditos e 2390 horas em disciplinas do semestre, têm-se 40 créditos e 600 horas relacionados a uma concepção inovadora de formação em saúde (11%) e 232 créditos e 2180 horas (89%) vinculados ao modelo flexneriano tradicional. Cabe salientar a mudança de perspectiva na evolução do curso. Se temos *Promoção e Proteção a Saúde da Mulher* na quinta etapa (com 3 créditos) e *Promoção e Proteção da Saúde da Criança e do Adolescente* na segunda etapa (4 créditos), na oitava etapa há uma guinada rumo às disciplinas mais tradicionais da medicina, que também enfocam mulheres e crianças. São a *Ginecologia e Obstetrícia* (20 créditos) e a *Pediatria* (20 créditos), na forma de estágio e ocupando um lugar central na distribuição de carga horária do semestre (juntas elas representam 75% dos créditos e da carga horária). Além destas, há também a de *Patologia Ginecológica* (2 créditos).

É importante enfatizar que a *Pediatria*, apesar da mudança no nome, ainda mantém neste momento um caráter inovador, enquanto a *Ginecologia e Obstetrícia* passa a adquirir na sua ementa um caráter mais relacionado à patologia e à anatomia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O terceiro ciclo é o dos internatos, onde os/as estudantes passam por estágios de três meses em várias especialidades. Esse ciclo está dividido em mais 4 etapas, incluindo 253 créditos e 3795 horas. Em alguns dos internatos, esses períodos de três meses nas especialidades são ainda subdivididos em momentos de um mês nos quais os/as estudantes passam por diferentes cenários, sendo que os internatos de 225 horas duram cerca de um mês e os de 675 e 525 horas duram cerca de três meses.

Por exemplo, no Internato em Medicina Interna, o grupo de discentes passa pelas especialidades de *Endocrinologia*, *Dermatologia*, e assim por diante, em atividades dentro de hospitais e ambulatorios. As grandes áreas na quais são realizados estes internatos são concentrados em especialidades médicas. São eles, os internatos em *Medicina Intensiva* (225hs), *Trauma* (225hs), *Anestesiologia, medicina perioperatória e reabilitação* (225hs), *Emergência* (225hs), *Psiquiatria* (225hs), *Ginecologia e Obstetrícia* (675hs), *Pediatria* (675hs), *Medicina Interna* (675hs), *Cirurgia Geral* (675hs), *Medicina da Família e Comunidade* (525hs) e um internato optativo (525hs) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

6.1.3 Considerações sobre o currículo tradicional no curso de medicina da UFRGS

Conforme os dados analisados, podemos considerar que o formato do Curso de Medicina da UFRGS possui uma base tradicional, com a estrutura de um ciclo básico e um clínico – antes chamado profissionalizante – que existe desde o seu surgimento, com a inclusão de um período de internato. Há a inserção de algumas disciplinas por semestre, em especial no primeiro ciclo, de integração entre as disciplinas, com metodologias ativas e na atenção básica, de modo a atender as diretrizes nacionais curriculares para a medicina.

A ênfase do curso é na tecnologia médica, nas especialidades e no hospital-escola (HCPA) como local principal de formação de profissionais de medicina. O cenário de inserção dos/as estudantes é predominantemente hospitalar, em especial no HCPA, e em serviços de especialidades. As atividades de atenção básica ocorrem em sua maioria na Unidade Básica Santa Cecília, que fica junto ao hospital e ao curso e os departamentos de Pediatria e Medicina Social são os que realizam a maioria das atividades junto à atenção básica.

Podemos, assim, classificar o curso como tradicional (ainda que pós-flexneriano). Ou seja, ele mantém uma estrutura disciplinar com a divisão em ciclos e uma ênfase hospitalar, porém com modificações e inovações nas metodologias de ensino dentro das salas de aula e inserção de atividades da área da Saúde Coletiva, embora o paradigma do modelo biomédico seja predominantemente.

Em nenhuma das ementas das disciplinas do currículo regular, ou mesmo no PPC, a questão do trabalho interprofissional e da troca com estudantes de outros cursos de graduação da UFRGS aparece como central, ainda que isso possa acontecer nas diferentes atividades (inserção nas Unidades Básicas de Saúde e demais serviços) e disciplinas eletivas oferecidas pelo curso. Aliás, somente são disponibilizadas disciplinas optativas (*Introdução à Bioética Médica e Práticas Integradas em Saúde*) que fazem a integração com outros cursos da área da saúde.

O curso passou pelas principais modificações nas últimas décadas, no sentido de incluir a atenção básica e uma visão integral da saúde humana. Mudanças curriculares nos anos 1980 aproximaram o curso da atenção básica. Nos anos 1990 houve a inclusão de disciplinas muito próximas às atuais, no caso de *Promoção e Proteção à Saúde*, visando uma maior aproximação os princípios do SUS na formação de profissionais de medicina. A partir dos anos 2000 há uma preocupação maior com a integração das disciplinas básicas e clínicas, especialmente com a

criação da disciplina de *Atividades de Integração Básico-Clinica*. Além disso, a extensão do internato foi ampliada e houve uma reformulação em parte das disciplinas do eixo básico, de modo a se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais. Estas diretrizes apontam na direção de um modelo de formação “inovador”, baseado na Saúde Coletiva, em contraste com o modelo biomédico tradicional da formação médica, sendo incorporadas aos poucos ao Curso de Medicina da UFRGS.

Sendo assim, atualmente, as disciplinas que possuem uma visão diferente da perspectiva tradicional da medicina representam 27% dos créditos e da carga horária neste primeiro ciclo, estando presentes nas 3 etapas. Nestas disciplinas, trabalha-se com questões relacionadas à atenção básica, à relação médico/a e paciente, à saúde de crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos numa visão integral do ser humano, buscando relacionar a saúde com as condições sociais em que estas pessoas estão inseridas. A disciplina de *Atividades de Integração Básico-Clinica* é o principal eixo desta perspectiva. Ao mesmo tempo, por outro lado, há um caráter muito forte ligado ao modelo biomédico nas outras disciplinas, que ocupam a maior parte do ciclo básico, com metodologias tradicionais, uma carga bastante conteudista, uma visão cartesiana do mundo e com foco nas doenças e nas estruturas e alterações fisiológicas dos organismos, seja através de processos bioquímicos, biofísicos, histológicos, etc.

Já o segundo ciclo, de formação clínica, tem um caráter ainda mais acentuado do modelo tradicional, com disciplinas que ocupam 89% da grade, enquanto as inovações ocupam somente 11%. Ainda que o modelo de estágios coloque o alunado em cenários de prática, eles ocorrem predominantemente em serviços hospitalares. Na sétima etapa, não há sequer uma disciplina que inclua alguma inovação na formação, concentrando-se totalmente naquelas do modelo biomédico e flexneriano.

Por fim, no último ciclo, dos internatos, podemos ver inovações, em grande parte determinadas pelas DCN de 2014. A legislação prevê que pelo menos 30% da carga horária dos internatos deve ser em serviços de atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS. Em tese, os internatos da medicina da UFRGS cumprem com a legislação. Na prática, estas atividades estão concentradas nos internatos de *Medicina da Família e Comunidade* e de *Pediatria*, ainda que outros internatos realizem atividades em serviços ambulatoriais e de emergência. O assunto será aprofundado no próximo capítulo deste trabalho.

Concluímos, assim, que o currículo da medicina da UFRGS é tradicional, apesar das inovações, da inserção de discentes na atenção básica com a criação da UBS Santa Cecília e do incentivo à abordagem de metodologias ativas, relacionadas diretamente com as transformações exigidas pelas DCN, e que estão mais concentradas nas disciplinas integradoras do curso, no primeiro ciclo, o mais curto deles com apenas 3 etapas.

Ao longo do curso, em especial no segundo ciclo, o mais longo do curso e que dura 5 semestres, o modelo tradicional de formação médica predomina, centrado em especialidades e em serviços hospitalares. Ao final, há ainda o ciclo de internato, com duração de 4 semestres, em que há também a predominância da abordagem tradicional, em especialidades e em serviços hospitalares, sendo contraposto principalmente pelo *Internato em Medicina de Família e Comunidade* e pelo *Internato em Pediatria*.

É importante salientar que as modificações incrementais continuaram e continuam ocorrendo pontualmente desde a última reforma curricular (algumas mudanças estavam em tramitação durante a escrita desta análise), com a inserção de novas disciplinas, modificação das metodologias de ensino, formação de professores/as, entre outras ações. As mudanças realizadas no curso de medicina da UFRGS desde as DCN modernizaram o curso, mas mantiveram o domínio do caráter tradicional da formação médica, flexneriana, privilegiando ainda a concepção biomédica, com formação hospitalar e em especialidades, ao mesmo tempo em que procuraram atender às exigências das diretrizes nacionais através de modificações pontuais.

6.2 O CURSO DE MEDICINA DA UFPE: CURRÍCULO INOVADOR

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) tem sua origem ligada à criação da Faculdade de Direito de Olinda, criada por decreto do Imperador Dom Pedro I, no ano de 1827. Posteriormente, ela foi transferida para Recife, recebendo a denominação de Faculdade de Direito do Recife. Juntamente com a Escola de Engenharia de Pernambuco (1895), a Escola de Belas Artes de Pernambuco, as Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia do Recife e a Faculdade de Filosofia do Recife, elas são as bases para a formação da UFPE, primeiro como Universidade do Recife (1946). A denominação atual foi dada em 1965 (FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 2021).

Hoje¹⁹, a Universidade possui 31 mil alunos e alunas e 2.500 professores e professoras nos seus três *campi*, sendo cerca de 24 mil no *Campus* Recife, 4 mil no *Campus* Agreste e 1,7 mil no *Campus* Vitória. São 109 cursos de graduação presenciais funcionando regularmente, 5 cursos de graduação à distância, 145 cursos de pós-graduação *strictu sensu* e 56 *latu sensu*, além de 656 grupos de pesquisa e 319 projetos de extensão.

O curso de medicina da UFPE é um dos mais antigos do Brasil, criado no ano de 1920, inicialmente com o nome de Faculdade de Medicina do Recife. Anteriormente, no século XIX, existiam apenas iniciativas isoladas, como a Escola de Cirurgia Prática e a Cadeira de Arte Obstétrica (LIMA, 2013). A origem do curso na cidade remonta à instalação da Escola de Farmácia do Recife, no ano de 1903. A instituição foi, no entanto, fechada por falta de recursos em 1905, retomando suas atividades somente em 1910. Antes mesmo disso, já havia sido criado um projeto de Faculdade de Medicina na cidade pelo então governador Alexandre José Barbosa Lima, em 1895, que acabou sendo barrado no Senado da República. No I Congresso Médico de Pernambuco de 1909 também foi apresentada a proposta de criação de um curso de medicina. Porém, foi rejeitada pelos participantes com a justificativa das dificuldades já enfrentadas na Escola de Farmácia (GOUVEIA, 2017).

Foi em uma reunião da congregação da Escola de Farmácia do ano de 1914 que se decidiu pela criação de uma Faculdade de Medicina, sendo designada uma série de comissões para sua implementação (PEREIRA, 2006). No período, estava em vigência a Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental (Reforma Rivadavia) que, dando autonomia às universidades, permitia o ensino “não-oficial”. A primeira reunião de congregação ocorreu em 1915. Entretanto, somente em 1920 aconteceu outra reunião da congregação, devido às dificuldades legais e materiais de implementar o projeto, como a falta de local e financiamento (GOUVEIA, 2017; NETO, 1993).

A partir do apoio do Dr. João Luiz Alves, então Ministro do Interior, ocorreu a criação da Faculdade de Medicina do Recife (FMR). Liderados por Octávio de Freitas (médico higienista, que foi diretor de Higiene Pública de Pernambuco e representante da Liga Pró-Saneamento), seus idealizadores distribuíram as cátedras e os cargos entre si conforme o primeiro encontro de 1915, com algumas pequenas alterações no corpo docente (PEREIRA, 2006).

¹⁹ Data da última modificação: 07/06/2019, 17:28. Fonte: <https://www.ufpe.br/institucional/ufpe-em-numeros>

A justificativa do projeto era de cunho higienista, ocorrendo logo após a epidemia da gripe espanhola na região, e visando o desenvolvimento regional, em contraponto com a centralização do período Imperial. Apesar de se levantar na congregação a ideia de um curso com um caráter diferente, livre das padronizações das escolas oficiais, conforme Neto (1993, p. 60), “a conformação curricular que se deu à Faculdade já apontava para a tendência de especialização dos seus formandos. As ciências biológicas, a Física, a Química tinham destaque na estrutura das disciplinas do curso”.

A organização inicial, portanto, se deu no formato de cátedras, sendo elas as seguintes: Física Médica; Química Médica; História Natural Médica; Anatomia Descritiva; Histologia; Fisiologia; Microbiologia; Terapêutica Clínica e Experimental e Arte de Formular; Patologia Geral; Farmacologia; Anatomia Médico-Cirúrgica e Operações; Anatomia e Fisiologia Patológicas; Higiene; Medicina Legal; Clínica Médica, Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica; Clínica Ginecológica; Clínica Oftalmológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Pediátrica e Higiene Infantil; Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica; Clínica Dermatológica e Sifilográfica; Clínica Psiquiátrica e; Clínica Neurológica (PEREIRA, 2006).

Inicialmente, as aulas eram realizadas na Faculdade de Engenharia e depois em um prédio na Rua Riachuelo, em Recife. A primeira turma iniciou o curso com 15 alunos, sendo que apenas seis deles se formou em 1925. Neste mesmo ano, o currículo sofreu algumas pequenas modificações, com a inclusão de uma cátedra adicional de cirurgia (a 5ª) e a diminuição de algumas cadeiras de clínica médica, mas estas foram postas em prática somente em 1928. Tais medidas se davam na tentativa de equiparação às escolas oficiais.

Assim se iniciou o processo de oficialização da faculdade, visando atender à legislação vigente (Reforma Rocha Vaz). Em 1927 há a equiparação da Faculdade de Medicina em processo no Conselho Nacional de Educação e a junção com as escolas de Farmácia e Odontologia, quando ela passou a se denominar Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia do Recife (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021c).

Com relação ao currículo, as aulas de caráter prático tinham grande ênfase, em relação ao então tradicional modelo teórico vigente em grande parte das faculdades de medicina no Brasil:

As especialidades eram consideradas no momento terminal do curso, sendo antecedidas pelos conteúdos das ciências básicas e do conhecimento aplicado, tanto clínico como

cirúrgico. Era o início do modelo centrado no "especialismo" que seria assumido posteriormente com a departamentalização das universidades. O curso utilizava os hospitais como campo de prática, "ao lado do doente", onde os especialistas se encontravam para emitir opiniões e procedimentos (NETO, 1993, p. 65).

Ao mesmo tempo, como tradicional característica do modelo catedrático, eram os professores que as ocupavam de maneira vitalícia e, em última instância, detinham o poder de decisão na Faculdade, o que levou inclusive à criação de uma outra escola de medicina (a Faculdade de Ciências Médicas, atual Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco – FCM/UPE) em Recife na década de 1950 por um grupo de dissidentes da Faculdade do Recife (NETO, 1993).

Ainda em 1927 ocorreu a inauguração da primeira sede própria das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia do Recife, no Bairro Derby, onde passaram a ser ministradas as disciplinas teóricas e hoje é sede do Memorial de Medicina. Nessa época não havia hospital próprio, então as aulas de anatomia, que eram realizadas no Hospital Pedro II, passaram a ser realizadas nas próprias dependências da instituição.

No entanto, a falta de um hospital próprio manteve o funcionamento das aulas de clínica do curso médico em diversos hospitais, alguns pertencentes à Santa Casa da Misericórdia do Recife, como o Hospital Pedro II (clínicas médica, neurológica, obstétrica, otorrinolaringológica e oftalmológica) e o Hospital de Santo Amaro (pediatria médica e higiene infantil, clínica pediátrica cirúrgica e ortopédica, clínica ginecológica e clínica dermatológica e sifilográfica). Havia ainda o Hospital do Centenário (clínicas propedêutica e cirúrgica) e o Hospital de Doenças Nervosas e Mentais (clínica psiquiátrica). Além dessas disciplinas, as noções práticas de anatomia e de fisiologia do curso de enfermeiras especializadas foram ministradas no Hospital de Santo Amaro (FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 2021).

Uma reforma em 1928 propiciou a ampliação da sede com a construção de um novo prédio, visando dotar a faculdade de laboratórios próprios e a previsão de inauguração do Hospital Manoel Almeida, onde seriam ministradas as clínicas médicas, pediátricas e cirúrgicas, além das cadeiras de clínica obstétrica, obstetrícia e ginecológica (FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 2021). Apesar disso, o uso de enfermarias para aulas continuou sendo predominantemente exercido nas dependências do complexo da Santa Casa de Misericórdia de Recife, especialmente no Hospital Pedro II, que abrigou as atividades do curso até o fim da década de 1970 (LIMA, 2013).

Em 1946, foi criada, através da Lei Federal 9.388, a Universidade do Recife, federalizada em 1949. Reuniu, além das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia do Recife, a Faculdade de Direito do Recife, a Escola de Engenharia de Pernambuco, a Escola de Belas Artes de Pernambuco e a Faculdade de Filosofia do Recife (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021c). Nesse momento, houve novamente a separação da Faculdade de Medicina das escolas de Odontologia e Farmácia (FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 2021). Inicialmente, o curso de medicina permaneceu na mesma sede até 1958, quando foi transferido para o Campus Universitário no Engenho do Meio (Pereira, 2006). Foi em 1965 que a Universidade do Recife recebe a denominação de Universidade Federal de Pernambuco, passando a integrar o novo sistema de educação do país (FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE, 2021).

Com a Reforma de 1968, o currículo do curso adequou-se às exigências mínimas estabelecidas. No ano de 1976, a UFPE passou por uma reforma administrativa e o modelo de faculdades foi extinto. A então Faculdade de Medicina foi incorporada ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) e redenominada simplesmente de Curso Médico. Na época, esse movimento sofreu resistência por parte alguns membros do corpo docente, que chegaram a requerer a restauração da antiga Faculdade de Medicina (PEREIRA, 2006).

Em 1979, foram finalizadas as obras do Hospital das Clínicas no campus da Universidade Federal de Pernambuco, local onde hoje o curso funciona (LIMA, 2013). Durante muito tempo, o curso ficou vinculado ao CCS, juntamente com outros cursos de graduação entre eles Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Educação Física (licenciatura e bacharelado), além de outros 12 cursos de graduação *strictu sensu*. Em 2018, a Medicina se separou do CCS e passou a ser alocada no Centro de Ciências Médicas (CCM).

Desde antes mesmo das DCN, a UFPE e a comunidade acadêmica do curso de medicina da UFPE já participavam de seminários em 1999 e 2000 que encaminharam as primeiras modificações no curso, atuando diretamente na discussão, definição e implementação das DCN. Assim, em 2001, mesmo ano da criação das DCN, já estava sistematizado o Plano de Reestruturação do Curso Médico da UFPE, com o apoio da OPAS e do Ministério da Saúde. Logo na sequência, o curso recebeu os recursos do Promed, viabilizando com apoio financeiro as

mudanças estruturais propostas. Assim sendo, a partir do primeiro semestre de 2003, a medicina da UFPE passou a adotar a estrutura curricular modular, substituindo a antiga estrutura por disciplinas, e focando na integração entre os ciclos básico e profissional e entre o ensino e os serviços de saúde, com foco na atenção básica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021g).

Em 2014, no processo de expansão universitária do Governo Federal através do Programa Mais Médicos, ocorreu a criação de novos cursos de medicina no interior. Assim, surge o curso de medicina da UFPE no Campus de Caruaru, interior de Pernambuco.

6.2.1 A estrutura do curso da UFPE

Atualmente o Curso de Medicina da UFPE está localizado no CCM, que fica no prédio da Faculdade de Medicina do Recife, inaugurado em 2017, ao lado do CCS. Ele possui três pavimentos, onde estão distribuídas a parte administrativa, as salas de aula e de tutoria, as sedes dos departamentos, os laboratórios (de habilidades, de informática, etc.), uma biblioteca própria e auditórios. Ele também possui parceria com outros 14 hospitais, 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 24 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), sendo que a principal referência para o ensino é o Hospital de Clínicas da UFPE, de caráter universitário.

O curso utiliza a infraestrutura do Centro de Ciências Biológicas (CCB), que possui dois auditórios, e o Centro de Ciências da Saúde (CCS), onde fica o Laboratório de Informática da Graduação (LIG) e o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina (Naem). Além disso, há o Núcleo de Telessaúde (Nutes), com sala de videoconferência e pontos de telessaúde que atuam através da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Cabe salientar, no entanto, que os campos de prática incluem não somente o ambiente hospitalar e de sala de aulas, mas também atividades na atenção básica e até mesmo em outros serviços e locais, como creches, ONG's e comunidades.

O projeto pedagógico do Curso de Medicina do *Campus* Recife analisado é de 2003²⁰. Ele elenca, em destaque, uma série de competências que o/a estudante deve desenvolver, incluindo

²⁰ Quando realizada a coleta dos dados do curso, no início do ano de 2018, as informações encontravam-se não apenas no PPC, mas também espalhadas em documentos disponibilizados na página oficial da UFPE. Devido à mudança do curso de graduação em medicina (*Campus* Recife) do CCS para o CCM em 2018, houve um processo de reformulação do site. Muitas informações foram retiradas do ar, inclusive o PPC do curso, a grade curricular, entre

conhecimento em políticas sociais, no âmbito ético-humanista, para o autodesenvolvimento e também no âmbito técnico-científico. O perfil profissional do/a egresso/a do curso almejado pela instituição é de um/a profissional com formação técnico-científica geral, mas também com caráter ético, humanista, reflexivo e comprometido socialmente.

A perspectiva da atenção integral à saúde é salientada, pois o curso visa à formação de profissionais capazes de “promover, prevenir, tratar e recuperar a saúde do indivíduo na sua integralidade”, formado de maneira interdisciplinar e que na sua atuação deve ter consciência de trabalhar inserido dentro de um sistema de saúde, com objetivo de transformar a realidade através do conhecimento adquirido. Espera-se que o/a profissional formado/a esteja preparado/a para atuar não somente nas especialidades clínicas e cirúrgicas, mas que tenha habilidades de planejamento, gestão e execução nos órgãos de saúde públicos e privados. A abordagem pedagógica do curso é baseada no modelo construtivista (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2003).

O curso de medicina da UFPE está estruturado em 12 semestres com 8.400 horas, sendo 4 semestres (totalizando 24 meses) destinados ao Internato (ou Estágio Supervisionado). São ofertadas 70 vagas de ingresso por semestre e há cerca de 840 estudantes no curso. Cada semestre ou período tem a duração de 20 semanas. Sua estrutura é modular, diferentemente da estrutura tradicional de disciplinas relativamente independentes, sendo a avaliação destes módulos integrada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021d).

O projeto pedagógico estabelece que os módulos são “áreas de conhecimento formados por uma cadeia de conceitos, selecionada de áreas de conhecimento que se integram com esse fim e em função dos objetivos definidos para o Curso/Período, tendo como referência o conhecimento a ser construído e a prática profissional no desenvolvimento de habilidades e atitudes que deverão conformar o perfil do profissional egresso” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO,

outros. Por sorte, elas haviam sido baixadas por mim, o que permitiu a realização desta análise. Até o final de 2020, ainda em um momento de interrupção das atividades no curso devido à pandemia, muitas das informações não tinham sido atualizadas. Somente quando acessei novamente a página do curso no início de 2021, já finalizada a análise e no processo de revisão final desta Tese, que me deparei com o novo projeto pedagógico do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RECIFE, 2019), recém disponibilizado. Este continha apenas pequenas modificações, como a inserção de novos componentes curriculares e conteúdos programáticos, adequando às DCN de 2014, mas mantendo a estrutura do curso analisada aqui. Em razão das contingências, optou-se pela manutenção da análise do PPC de 2003, salientando que os demais materiais coletados no site devem refletir um panorama do curso no ano de 2018 em sua maioria.

2021a). Nesse modelo, os conteúdos são abordados em blocos e discutidos por diferentes áreas do conhecimento.

Além dos módulos obrigatórios, o curso oferece conteúdos adicionais por módulos e disciplinas eletivas, que podem se estender para além do campo específico da medicina, envolvendo Homeopatia, Educação Física, Acupuntura, entre outros, sendo oferecidos conforme disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura. Estão previstos também pelo menos dois horários livres para os/as estudantes a cada semana (chamados de espaços verdes), à exceção do período de internato, para que possam se dedicar ao estudo e outras atividades acadêmicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

Além dos módulos, existem eixos que estruturam e ligam o curso. Os eixos são as áreas de saber que se desenvolvem ao longo do curso. São dois tipos: os longitudinais e os verticais. Nos primeiros, estão inseridos o eixo de desenvolvimento pessoal (relativo ao conhecimento ético e humanista) e o eixo de desenvolvimento profissional e compromisso social. Estes possuem uma pequena carga horária semanal, de 4 a 8 horas, ocorrendo durante todas as semanas ao longo do curso, de modo a garantir a discussão sobre estes temas e a inserção dos estudantes com os serviços extramuros de forma contínua. Salienta-se que tal distinção é puramente conceitual, uma vez que eles se misturam ao longo do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

O eixo de desenvolvimento pessoal abrange conhecimentos em deontologia, de diferentes ciências, inclusive as sócio-humanísticas, para melhor compreensão da natureza social do processo saúde-doença. As atividades são desenvolvidas através de “vivências”, proporcionando aos/às estudantes discussões e debates sobre suas dúvidas, dificuldades, problemas e motivações acerca dos temas, integrando todo o corpo docente do curso. Este módulo é desenvolvido nas seguintes “áreas temáticas”: Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina; Psicologia do Desenvolvimento Humano; Saúde, Cultura e Sociedade; Psicologia Médica; Bioética e Cidadania; Psicopatologia; Saúde Comunitária; Medicina Legal e Deontologia Médica. Importante salientar que este eixo também está presente no Internato, onde são realizados seminários de bioética e outras atividades relacionadas à prática e à ética médicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

Já o eixo de desenvolvimento profissional e compromisso social é onde se dá a preparação técnico-científica. Ele tem como base os conhecimentos em Saúde Coletiva e Atenção à Saúde. Envolve conteúdos relacionados às políticas, ao trabalho e à administração em saúde. Visa formar os/as alunos/as para uma sociedade mais “saudável e justa”. Além disso, tem como objetivo tornar médicos e médicas cidadãos comprometidos com as mudanças sociais, privilegiando a atenção primária e secundária, de acordo com os princípios do e para a atuação no SUS. As áreas temáticas envolvidas são as de: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica; Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Epidemiologia e Bioestatística; Medicina Preventiva; Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Saúde da Criança e da Gestante; Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso. Neste eixo ainda está envolvido o Internato em Saúde Comunitária (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

O eixo vertical é constituído por módulos sequenciais delimitados por áreas temáticas que se unem por conhecimentos afins, dizendo respeito às ciências biológicas e às especialidades médicas. Sua carga horária é mais densa, tendo de 20 a 24 horas semanais, variando de acordo com cada módulo. Os cenários de prática são os laboratórios, de ciências básicas, de informática e de habilidades. As atividades se desenvolvem em pequenos grupos supervisionados por professores/as, tutores/as ou, então, são autodirigidas.

O conhecimento desenvolvido é o de biologia, biotecnologia, clínica médica e cirúrgica, envolvendo o funcionamento do organismo, sua estrutura, constituição e modificações. Estuda-se os sistemas do organismo e da psique, englobando as seguintes áreas de conhecimento: Anatomia, Histologia e Embriologia, Genética, Bioquímica, Farmacologia, Fisiologia, Biofísica e, Patologia Geral, Anatomia Patológica e as diferentes áreas da Clínica e Cirurgia e da Biotecnologia. Existem também os conhecimentos tecnológicos, de pesquisa e de prática de clínica médica, que são aprendidos nos fundamentos na biofísica, na informática aplicada à saúde, nos métodos e técnicas do trabalho científico. Seu objetivo é fornecer aos/às estudantes os saberes específicos das diferentes áreas de clínica e cirurgia médica, além dos instrumentos para o exercício da profissão médica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

A metodologia visa à problematização, na busca de que o/a estudante tenha estimulada sua capacidade crítica para atuação reflexiva, fazendo com que sejam capazes de construir seu próprio conhecimento. O trabalho é exercido em pequenos grupos, com o/a professor/a

assumindo o papel de facilitador/a, com os temas sendo baseados em casos e situações reais e simulados. O curso também oferece a possibilidade de acessar os conteúdos através do Avamed, a plataforma virtual de educação, ocorrendo em parceria com o Núcleo de Telessaúde (Nutes) da UFPE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021a).

Entre os projetos desenvolvidos no curso, há o Projeto Star, que é focado nas áreas de intercâmbio e cooperação internacional na graduação, através do Programa de Consórcios em Educação Superior Brasil – Estados Unidos, da CAPES/Fipse. Ele envolve a informática médica, entre duas universidades brasileiras (Universidade de São Paulo (USP) e a UFPE), e duas americanas (Duke University e a University of Texas Health Science Center). Há também o Projeto Reformular, que visa estimular a participação estudantil nas mudanças curriculares, através do Diretório Acadêmico. Há comissões de reforma curricular em cada turma, visando capacitar discentes na área de educação médica, através de oficinas, cursos e a criação de uma Biblioteca de Educação em Saúde.

Em 2007 foi criado o Núcleo Pedagógico (Nuped), com o objetivo de resolver os eventuais impasses após a reforma curricular ocorrida no ano de 2003, no processo de adaptação às DCN de 2001. Ele serve como um espaço de discussão do sistema de aprendizado, reunindo-se semanalmente. Seu conteúdo é disponibilizado através de informes para a comunidade acadêmica. Criado em 2008, o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina (Naem) atua para que estudantes tenham suporte durante a sua formação, de modo que isso se reflita em um melhor relacionamento com pacientes, colegas e professores/as. O serviço inclui acolhimento de discentes na instituição, identificação de quem apresenta dificuldades, apoio em relação a problemas emocionais, encaminhamento para serviços especializados quando necessário, mediação de conflitos e promoção de eventos sobre formação médica e saúde mental. O curso também conta com projetos de extensão e 6 programas de pós-graduação vinculados à medicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021e).

A faculdade também possui uma estrutura organizacional que tenciona um modelo de gestão mais aberto e participativo. Ele prevê a criação de vários colegiados, entre eles o conselho gestor, colegiado do curso e o núcleo docente estruturante (NDE), que possuem a gestão compartilhada com a direção da faculdade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2003).

Dada a estrutura nova do curso, nos documentos disponibilizados no site do curso estão o “Atribuições dos coordenadores”, que inclui em destaque um tópico denominado “Acordo para um trabalho em equipe”. Este propõe o trabalho integrado, de modo que as relações hierárquicas não atrapalhem os objetivos do curso, o compartilhamento crítico do processo de trabalho através do diálogo e a valorização do trabalho de cada um/a (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021b).

Às coordenações das áreas de conhecimento cabe integrar o trabalho de docentes do módulo, identificar e adequar os conteúdos dos módulos, avaliar estudantes de forma integrada e elaborar as respectivas ementas. Às coordenações dos módulos são atribuídas as funções de promover as áreas de conhecimento, organizar os mapas de notas de estudantes do módulo, acompanhar o desenvolvimento do módulo e coordenar a avaliação deste juntamente com coordenadores/as da área do conhecimento de maneira integrada. Já as coordenações de período avaliam a adequação das cargas horárias e dos conteúdos, promovem a integração dos módulos que constituem o período, encontros semanais entre coordenadores/as dos módulos para atualizar as informações dos/as coordenadores/as de área, organizar o calendário acadêmico do semestre e acompanhar o desenvolvimento do período (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021b).

Apesar do currículo inovador, a estrutura organizacional do curso, que foi criada em 1970 após a reforma universitária de 1968, segue o modelo departamental flexneriano, baseado nas especialidades médicas. No entanto, estes departamentos também são chamados de Áreas Acadêmicas recentemente. São 7 departamentos ou áreas especificamente da medicina, além dos outros 6 do Centro de Ciências Biológicas. Os departamentos do CCM são de *Cirurgia, Neuropsiquiatria, Medicina Clínica, Materno Infantil, Medicina Tropical, Medicina Social e Patologia*. No CCB são *Fisiologia e Farmacologia, Histologia e Embriologia, Anatomia Humana, Bioquímica, Biofísica e Radiobiologia e Genética*. Os representantes dos departamentos, juntamente com a coordenação e vice do curso, a coordenação do internato, o/a representante estudantil, do laboratório de informática da graduação e do Damuc, constituem o colegiado do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021h). O curso de

medicina conta com 260 docentes, sendo 206 com doutorado (79,5%), 47 mestres (18,1%) e sete especialistas (2,7%) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2019)²¹.

6.2.2 A análise da grade curricular da UFPE

Analizamos, em seguida, a grade semestral referente ao semestre de 2010/2, em combinação com o Perfil Curricular 6208 (de 2013), sempre lembrando que a estrutura modular do curso permite a inserção de novos conteúdos e temáticas de um semestre para outro.

O primeiro período é composto por cinco módulos: 1) Medicina Ética e Relações Humanas, 2) Saúde e Sociedade, 3) Estrutura, Organização e Funcionamento da Célula, 4) Sistema Locomotor e 5) Sistema Nervoso e Sentidos Especiais. Cada um dos módulos se subdivide em uma Área do Conhecimento e possui um conteúdo programático específico. Eles estão divididos em 20 semanas, sendo a última reservada para a realização dos exames finais, conforme vemos na Tabela 9.

Tabela 9 – Primeiro período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 1º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
ESTRUTURA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CÉLULA	Obrigatória	45	90	135	24%	6	25%
MEDICINA ÉTICA E RELAÇÕES HUMANAS	Obrigatória	15	30	45	8%	2	8%
SAÚDE E SOCIEDADE	Obrigatória	30	45	75	13%	3	13%
SISTEMA LOCOMOTOR	Obrigatória	45	75	120	21%	5	21%
SISTEMA NERVOSO E SENTIDOS ESPECIAIS	Obrigatória	60	135	195	34%	8	33%
	TOTAL	195	375	570	100,00 %	24	100,00%

²¹ A informação não estava disponível anteriormente, por isso a fonte utilizada foi do PPC de 2019.

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

Observando a tabela acima, vemos que os módulos 1 e 2, referentes aos eixos longitudinais (conhecimento ético e humanista, com a abordagem da Saúde Coletiva), somam 120 horas e 5 créditos, ou 21% dos créditos e da carga horária. Os módulos 3, 4 e 5 pertencem ao eixo vertical (ciências biológicas e às especialidades médicas) e somam 450 horas e 19 créditos, concentrando a maior parte das atividades (79%). No entanto, apesar desta estrutura entre os eixos longitudinais e verticais, todos os módulos estão organizados sob uma perspectiva inovadora.

Em primeiro lugar, todos os módulos possuem créditos teóricos e práticos, divididos numa proporção maior ou menor conforme a necessidade. Depois, dentro de um mesmo módulo, alternam-se as perspectivas abordadas em relação ao conteúdo, variando também os professores. Por fim, as avaliações são formativas e integradas.

Por exemplo, os módulos 1 e 2 (*Medicina Ética e Relações Humanas e Saúde e Sociedade*, do módulo longitudinal), desde o primeiro semestre, trabalham os vários conteúdos propostos (incluindo a informática em saúde, os aspectos psicológicos da formação médica, a saúde do/a médico/a, as formas de dinâmica familiar, o impacto da tecnologia na saúde, o conceito de saúde do SUS, as relações entre Estado e sociedade, entre profissionais e paciente, entre outros) na forma de atividades de acolhimento de estudantes, seminários, aulas teóricas, visitas aos serviços da atenção primária do SUS, cine-debates, etc. Já dentro do módulo 3 (*Estrutura, Organização e Funcionamento da Célula*, do eixo vertical), o conteúdo teórico é abordado alternadamente por docentes dos departamentos de *bioquímica, fisiologia, histologia e embriologia*, com aulas práticas em conjunto, incluindo atividades em laboratórios, simulações, entre outros.

Além disso, os módulos apresentam carga horária semanal variada. Ou seja, na primeira semana, por exemplo, são trabalhados apenas os módulos 1, 2 e 3, com uma carga horária de 2, 2 e 8 horas, respectivamente. Essa carga horária é diminuta, pois a primeira semana do curso possui carga horária de acolhimento também, que ocupa 12 horas. Já na segunda semana são trabalhados apenas os módulos 2 e 3, com carga horária de 8 e 30 horas, respectivamente. A terceira semana inclui os módulos 1, 2 e 3, com 4, 4 e 28 horas. Já na quarta semana, são trabalhados apenas os módulos 1 e 3, com 4 e 30 horas. A quinta semana possui os módulos 1, 2 e 3, com carga horária

de 4, 4 e 16 horas. Já na sexta semana é realizada a primeira parte da avaliação do módulo 3, com as áreas do conhecimento e conteúdos programáticos estudados, sendo reservadas 12 horas para este processo.

Na sétima semana inicia o módulo 4 com uma extensa carga horária (24 horas), e os módulos 1 e 2 possuem 4 horas cada (8 no total). Apenas 2 horas são reservadas ao módulo 3 (Bioquímica do Tecido Conjuntivo e Matriz Extracelular). Na oitava semana, são trabalhados os módulos 1, 2 e 4, com 6, 2 e 28 horas. Na nona semana é retomada a parte final das aulas módulo 3 (que se encerra aqui), com 14 horas, enquanto os módulos 1, 2 e 4 seguem com 6, 2 e 16 horas. Na décima semana há apenas duas horas reservadas ao módulo 1 e 12 horas do módulo 4. Nesta semana é realizado o teste de progresso, com 4 horas reservada a ele. Na décima primeira semana são trabalhados novamente apenas os módulos 2 e 4, com duas e 24 horas, encerrando as aulas do módulo 4 com algumas dessas horas reservadas para avaliação.

O módulo 5 se inicia na décima segunda semana, com 28 horas dedicadas a ele, 4 horas reservadas ao módulo 1 e 4 ao módulo 2. A décima terceira semana continua com os módulos 1, 2 e 5, com 6, 2 e 24 horas, que seguem com carga horária relativamente variada (4, 4 e 32 na décima quarta / 6, 2 e 22 na décima quinta / 4, 2 e 32 na décima sexta / 4, 2 e 32 na décima sétima semana). As décima oitava e décima nonas semanas são de realização das avaliações dos conteúdos programáticos específicos dos módulos 1, 2 e 5, sendo a vigésima semana reservada aos exames finais.

Em quase todas as semanas existem também os chamados “Espaços Verdes”, que são períodos de folga para os/as estudantes, variando conforme feriados, avaliações e a necessidade de carga horária para o desenvolvimento de cada módulo. Este modelo de organização dos módulos segue até o oitavo período, com os respectivos módulos subsequentes.

Já o segundo período do curso possui seis módulos, que podem ser visualizados na tabela 10. São eles: 1) Construção e Produção do Conhecimento; 2) Fundamentos da Prática Médica; 3) Sistema Cardiorrespiratório; 4) Sistema Digestivo; 5) Sistema Urinário e; 6) Sistema Endócrino-Reprodutor, sendo os dois primeiros do eixo longitudinal (somando 21% da carga horária e 22% dos créditos) e os quatro últimos do eixo vertical (com 79% e 78%, respectivamente).

Tabela 10 - Segundo período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 2º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
CONSTRUÇÃO E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	Obrigatória	15	60	75	13%	3	13%
FUNDAMENTOS DA PRÁTICA MÉDICA	Obrigatória	15	30	45	8%	2	9%
SISTEMA CARDIORRESPIRATÓRIO	Obrigatória	45	105	150	26%	6	26%
SISTEMA DIGESTIVO	Obrigatória	30	75	105	18%	4	17%
SISTEMA URINÁRIO	Obrigatória	30	60	90	16%	4	17%
SISTEMAS ENDÓCRINO-REPRODUTOR	Obrigatória	30	75	105	18%	4	17%
	TOTAL	165	405	570	100,00 %	23	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

Do mesmo modo do período anterior, este é constituído de 20 semanas. Na primeira, além da recepção dos alunos, são trabalhados os módulos 1 (4 horas), 2 (4 horas) e 3 (12 horas). Nas semanas seguintes se mantêm os módulos, somente com a variação de carga horária do módulo 3, com 28 horas na segunda semana, 24 na terceira, 22 na quarta, 10 na quinta e 20 na sexta. A sétima semana é dedicada às avaliações do módulo 3, com 16 horas dedicadas a isso e interrupção temporária das atividades dos módulos 1 e 2.

Na oitava semana, inicia-se o módulo 4 (com 28 horas) e é dada sequência nos módulos 1 e 2 (com 4 horas para cada). Na nona semana, trabalham-se apenas os módulos 2 (4 horas) e 4 (32 horas) e na décima semana os módulos 1 (4 horas) e 4 (16 horas), além de haver um período reservado para aplicação do teste de progresso. Na décima primeira semana são interrompidos novamente os módulos longitudinais para a avaliação do módulo 4 (16 horas).

Na décima segunda semana, começa o módulo 5 (32 horas), sendo retomados os módulos 1 e 2 com 4 horas para cada. A décima terceira semana possui apenas aulas do módulo 5 (24 horas) e na décima quarta voltam os módulos 1 e 2 (4 horas cada), juntamente com 30 horas do módulo 5. A décima quinta semana é de avaliação do módulo 5 (16 horas). As semanas 16 e 17

são reservadas exclusivamente ao módulo 6, com 34 horas em cada. Na décima oitava semana, além da continuidade do módulo 6 (28 horas), há a retomada do módulo 2, com 4 horas. As semanas 19 e 20 são de avaliação.

O terceiro período é composto dos seguintes módulos: 1) Medicina, Sociedade e Ética; 2) Fundamentos da Atenção Básica de Saúde I; 3) Mecanismos de Agressão e Defesa; 4) Bases da Farmacologia e; 5) Introdução à Saúde Coletiva. Do eixo longitudinal temos os módulos 1, 2 e 5, que juntos somam o 34% da carga horária e 38% dos créditos. No eixo vertical são os número 3 e 4, com 66% e 62%, respectivamente, como vemos na Tabela 11.

Tabela 11 - Terceiro período do curso de graduação em medicina da UFPE

Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
PERÍODO: 3º							
BASES DA FARMACOLOGIA	Obrigatória	45	45	90	17%	4	17%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA I	Obrigatória	45	30	75	14%	4	17%
INTRODUÇÃO À SAÚDE COLETIVA	Obrigatória	30	30	60	11%	3	13%
MECANISMOS DE AGRESSÃO E DEFESA	Obrigatória	90	165	255	49%	11	46%
MEDICINA, SOCIEDADE E ÉTICA	Obrigatória	15	30	45	9%	2	8%
	TOTAL	225	300	525	100,00%	24	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

No quarto período (demonstrado na tabela 12), desenvolvem-se os módulos 1) A Ética e a Legalidade da Prática Médica; 2) Desenvolvimento Pessoal e Profissional I; 3) Fundamentos da Atenção Básica à Saúde II; 4) Introdução à Clínica Médica; 5) Introdução à Clínica e Técnica Cirúrgicas e; 6) Radiobiologia e Imagenologia. Destes, os módulos 1, 2 e 3 pertencem ao eixo longitudinal, com 29% da carga horária e dos créditos. Já os módulos 4, 5 e 6, pertencem ao eixo vertical, com 71% em ambas as cargas.

Tabela 12 - Quarto período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 4º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
A ÉTICA E A LEGALIDADE DA PRÁTICA MÉDICA	Obrigatória	15	30	45	8%	2	7%
DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL I	Obrigatória	15	30	45	8%	2	7%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE II	Obrigatória	45	30	75	13%	4	15%
INTRODUÇÃO À CLÍNICA E TÉCNICAS CIRÚRGICAS	Obrigatória	60	60	120	21%	6	22%
INTRODUÇÃO À CLÍNICA MÉDICA	Obrigatória	75	150	225	39%	10	37%
RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	Obrigatória	30	30	60	11%	3	11%
	TOTAL	210	300	570	100,00 %	27	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

No quinto período os módulos desenvolvidos são os de 1) Assistência à criança; 2) Assistência ao Adolescente; 3) Assistência à Mulher; 4) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso I; 5) Fundamentos da Atenção de Média Complexidade à Saúde I e; 6) Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde. Neste período e nos subsequentes, até o internato, todos os módulos pertencem ao eixo longitudinal, que ocupa toda a carga horária e todos os créditos, conforme podemos ver na Tabela 13.

Tabela 13 - Quinto período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 5º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA	Obrigatória	45	90	135	26%	6	26%

ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE	Obrigatória	30	45	75	14%	3	13%
ASSISTÊNCIA À MULHER	Obrigatória	60	90	150	29%	7	30%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO I	Obrigatória	45	45	90	17%	4	17%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE À SAÚDE I	Obrigatória	30	45	75	14%	3	13%
PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE	Obrigatória	15	30	45	9%	2	9%
	TOTAL	210	315	525	100,00%	23	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

A Tabela 14 apresenta o sexto período, composto apenas por módulos do eixo longitudinal, sendo eles 1) Desenvolvimento Pessoal e Profissional II; 2) Fundamentos da Atenção de Média Complexidade à Saúde II; 3) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso II e; 4) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso III.

Tabela 14 - Sexto período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 6º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO II	Obrigatória	60	105	165	34%	7	32%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO III	Obrigatória	75	120	195	41%	9	41%
DESENVOLVIMENTO PESSOAS E PROFISSIONAL II	Obrigatória	15	30	45	9%	2	9%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE À SAÚDE II	Obrigatória	45	30	75	16%	4	18%
	TOTAL	195	285	480	100,00%	22	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

O sétimo período possui os seguintes módulos: 1) Desenvolvimento Pessoal e Profissional III; 2) Fundamentos da Atenção de Média Complexidade à Saúde I; 3) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso IV; 4) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso V e; 5) Introdução à Epidemiologia. Podemos observar isso na Tabela 15.

Tabela 15 - Sétimo período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 7º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO IV	Obrigatória	45	105	150	31%	6	29%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO V	Obrigatória	75	135	210	44%	9	43%
DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL III	Obrigatória	15	30	45	9%	2	10%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE À SAÚDE I	Obrigatória	45	30	75	16%	4	19%
INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA	Obrigatória	15	30	45	9%	2	10%
	TOTAL	180	300	480	100,00 %	21	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

O oitavo e último período de módulos possui a seguinte estrutura, conforme vemos na Tabela 16: 1) Fundamentos da Atenção de Alta Complexidade II; 2) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso VI; 3) Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso VII; 4) Assistência Especializada à Saúde E; 5) A Ética e a Deontologia Médica Aplicada.

Tabela 16 - Oitavo período do curso de graduação em medicina da UFPE

PERÍODO: 8º							
Componente curricular	Caráter	Carga teórica	Carga prática	Total	% Carga Horária	Créditos	% Créditos

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO VI	Obrigatória	60	105	165	29%	7	27%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO VII	Obrigatória	45	45	90	16%	4	15%
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE	Obrigatória	60	120	180	32%	8	31%
A ÉTICA E A DEONTOLOGIA MÉDICA APLICADA	Obrigatória	30	30	60	11%	3	12%
FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE À SAÚDE II	Obrigatória	45	30	75	13%	4	15%
	TOTAL	240	330	570	100,00 %	26	100,00%

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2021f.

Com relação ao período de internato, ele é dividido em quatro momentos e realizado nos últimos dois anos do curso. É supervisionado por preceptores/as, com uma carga horária de 3.600 horas e dividido em áreas consideradas da medicina. Eles são realizados tanto na área urbana quanto na rural metropolitana, em serviços de Vigilância Sanitária, CAPS, no Hospital Universitário, unidades básicas de saúde e serviços ambulatoriais (Projeto Pedagógico).

As áreas do internato na UFPE são: 1) Medicina Clínica (clínica geral e especialidades clínicas), 2) Cirurgia (cirurgia geral e especialidades cirúrgicas), 3) Tocoginecologia, 4) Pediatria, 5) Saúde Coletiva e 6) Emergências. Além disso, há um estágio opcional no último mês do segundo ano do Internato.

Cada área do Internato possui o mínimo de 40 horas semanais, divididas entre o Internato I e o Internato II e ocupa 1/5 da carga horária total, com exceção das áreas de Saúde Coletiva e Emergências que possuem a carga de 1/10 do total para cada no segundo ano. As especialidades clínicas inclusas são as de 1) Dermatologia, 2) Infectologia, 3) Gastroenterologia, 4) Cardiologia, 5) Nefrologia, 6) Unidade de Terapia Intensiva e 7) Neurologia. As cirúrgicas são de 1) Cirurgia Vascular, 2) Cirurgia Pediátrica, 3) Cirurgia Urológica, 4) Cirurgia Traumato-Ortopédica, 5) Neurocirurgia, 6) Cirurgia Plástica e 7) Cirurgia Otorrinolaringológica. O Internato tem caráter intensivo, não sendo realizado de maneira paralela com outras atividades do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2011).

O Internato em Saúde Coletiva existe desde 2005 e visa à consolidação das práticas de educação no SUS, colocando o estudante na vivência da rede pública dos serviços de saúde, de modo a garantir uma concepção crítica das políticas da saúde e levando a prática médica para os campos da gestão, assistência e vigilância em saúde, sob a ótica da promoção de saúde (UFPE, 2010).

6.2.3 Considerações sobre o currículo inovador no curso da UFPE

Apesar de ser um dos cursos mais antigos de medicina no Brasil e ter tido uma estrutura tradicional por muito tempo, desde a implementação das DCN no início dos anos 2000, ele já adotou um currículo inovador, que tem aos poucos se moldado às exigências legais e às necessidades locais. Portanto, o curso de medicina da UFPE possui um caráter inovante, com estrutura modular e divisão em eixos, rompendo com o modelo de disciplinas em especialidades e ciclos de formação, com exceção do período de Internato que é regulado de acordo com as DCN.

Ao invés de disciplinas como Pediatria, o conteúdo destas está incluso em módulos como *Assistência à Criança*. A metodologia de ensino é baseada na ABP, com trabalho em pequenos grupos, mesclando créditos práticos e teóricos ao longo de todo o curso e em todos os módulos, com avaliações que são formativas. Apesar de o hospital universitário ser uma referência, sua ênfase é na formação de médicos e médicas generalistas, na visão integral do ser humano e na inserção em atividades na atenção primária do SUS desde o início do curso, tendo os princípios da saúde coletiva como sua base.

Os conteúdos do eixo vertical, relacionado às ciências biológicas e às especialidades médicas, são abordados de maneira não-tradicional. Eles se concentram no início do curso, até o 4º período, o que nos remonta à ideia de divisão em ciclos. No entanto, com a predominância dos módulos do eixo longitudinal, a partir do 5º período, não há ruptura entre os conhecimentos básicos e clínicos. Em primeiro lugar, porque a inserção de estudantes em atividades práticas e nos serviços da atenção primária é consolidada desde o início do curso. Além disso, as especialidades médicas são trabalhadas dentro da visão integral do ser humano, sem a sua separação dos conteúdos básicos e humanísticos, do formato disciplinar. A ênfase a partir do 5º período, se podemos pensar em alguma forma de ciclo, será, portanto, diferente do modelo tradicional.

Não obstante, a carga horária do Internato, sendo 25% na saúde coletiva, vai se distribuir ao longo dos dois anos, especialmente com a redução na carga horária do segundo ano para melhor distribuição, de modo a sempre estar presente na formação do doutorando.

Deste modo, vemos que o currículo do Curso de Medicina da UFPE em Recife é predominantemente inovador, ainda que mantenha o período do Internato como uma espécie de ciclo, ao final do curso, de acordo com as DCN. As mudanças efetivadas a partir das DCN e das políticas públicas na área, acarretaram alterações profundas na estrutura do curso, que passou a ter uma estrutura modular e rompeu com o modelo disciplinar e com a ideia de ciclos básico e clínico do modelo flexneriano.

Ele também adotou uma nova perspectiva sobre a saúde e a educação médica ao focar na saúde coletiva, na visão integral do ser humano, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, não sendo mais o hospital o locus do aprendizado e sim os serviços de atenção primária. Para efetivação disso, o curso passou a incorporar mudanças pedagógicas e na concepção de ensino-aprendizagem, de modo a atingir tais objetivos, com a adoção de metodologias ativas.

7. O PROCESSO DE MUDANÇAS CURRICULARES: O CASO DA UFRGS

Este capítulo aborda como ocorreu o processo de mudanças curriculares no curso de medicina da UFRGS que culminou no currículo atual. Foram observados alguns momentos críticos pelos quais o curso de medicina da Universidade passou. O primeiro é na década de 1980, quando procurou-se ir na direção das propostas da OMS para alterar o foco da formação para a visão integral do ser humano e para a atenção básica. O segundo, é de uma contrarreforma que ocorreu no final dos anos 1980 e se estendeu pela década de 1990, quando houve um retorno da Faculdade para uma lógica mais hospitalocêntrica. O terceiro momento é o que perpassou a criação das DCN, no início dos anos 2000, e a articulação e implementação do Promed, que decorre do esforço da adequação do curso às novas normativas. O quarto foi de resistência às mudanças mais profundas e consolidação da formação tradicional, iniciando por volta de 2005 até os dias atuais.

7.1 As primeiras reformas na estrutura curricular

Criado em 1898, o curso de medicina da UFRGS foi o 3º curso de medicina do Brasil. Então chamada de Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, ele vai surgir da união dos Curso de Partos e da Escola de Farmácia. Nessa época, o ensino baseava-se em cátedras vitalícias, sob a ideologia positivista. Havia, basicamente, dois ciclos: um de ensino básico e outro profissionalizante. O primeiro era realizado nas dependências da Faculdade (cuja sede passou de duas salas na, então, Escola Normal, para um prédio na Rua Alegria – hoje General Vitorino – e depois para um prédio na Rua da Cadeira – hoje Avenida Senador Salgado Filho). O segundo se dava nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Os três primeiros anos de faculdade eram destinados ao ensino de biologia e aos agentes patogênicos. O quarto ano nas propedêuticas clínicas e cirúrgicas e do quinto ano em diante os alunos passavam pelas cátedras nas diferentes especialidades. Em 1924 foi inaugurado o *Campus* da Redenção, onde a Faculdade de Medicina funcionou durante 50 anos, até 1974, com o ensino clínico continuando sendo realizado na Santa Casa e no Hospital Psiquiátrico São Pedro (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A estrutura do curso permaneceu a mesma até a década de 1960, quando ocorreram pequenas modificações no ensino de anatomia, bioquímica e patologia. Antecipou-se o ensino de semiologia para o terceiro ano e incluiu-se o ensino de bioestatística, demonstrando preocupação com a pesquisa. Também foi criada a residência médica e houve um movimento de desdobramento das disciplinas em diferentes especialidades nesse período (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Conforme Buchabqui (2010), a Reforma Universitária de 1968 não modificou o currículo vigente, mas aboliu o sistema de cátedras e institucionalizou os sistemas de departamentos, créditos e pré-requisitos, a semestralidade, a avaliação por conceitos e houve a criação da Comissão de Carreira (COMCAR), responsável pela coordenação didática. No entanto, tal mudança administrativa criou as condições certas para mudanças incrementais nas aulas tradicionais, surgindo os primeiros seminários interativos com os/as estudantes. Conforme depoimento de um professor desta época,

Eu acho que em 73, ou aí perto, em 72, eu fui designado pelo professor Prolla, João Carlos Prolla²², ele tinha voltado dos Estados Unidos recentemente, e tinha ocorrido a reforma universitária no Brasil, com a criação dos departamentos, e o colegiado parlamentar. Então substituiu-se as cátedras vitalícias pelos departamentos. E os colegiados dos departamentos definiam os líderes do ensino. E o João Carlos Prolla foi definido como o chefe do departamento da disciplina de medicina interna, que era a grande novidade, pois ela ia abarcar, por todos os alunos de todas as cátedras existentes da área clínica, dentro da Santa Casa, até então. E o professor Prolla, sabendo que eu tinha feito mestrado em educação, me convidou pra ser o responsável pelas técnicas de ensino. Então eu dentro do novo posto de professor, ao invés de dar aulas, eu transformei em seminário a disciplina. De tal modo que o aluno recebia o conteúdo pra ser trabalhado uma semana depois e dele se fazia um pré e um pós-teste. E os apresentadores eram os alunos sorteados no momento. Então ele se sentia na obrigação de estudar porque se ele era sorteado ele teria que mostrar desempenho. E avaliaria o desempenho no seminário através do pré e pós-teste (Entrevista 1).

Iniciativas como essa mostravam a crescente preocupação com a formação pedagógica do corpo docente para a substituição do modelo catedrático de ensino, que foi instrumentalizado com cursos de metodologia de ensino. Além das mudanças de caráter pedagógico, a extinção do sistema de cátedras aos poucos alterou a estrutura de poder dentro do curso.

²² O professor João Carlos Prolla tinha estudado na Universidade de Chicago (EUA), com bolsa da *Kelloggs Foundation*.

Olha isso deu uma conotação importante, eu tive uma visibilidade muito grande, porque eu tinha que falar com cada ex-catedrático que continuava como chefe do serviço e que lá em vez da disciplina dar em aula centrada no professor, ia ser dada com os alunos e os professores orientadores no debate. Isso, claro que eu tive muitas dificuldades no começo, mas no fundo, como funcionou muito bem a disciplina, eu acabei conquistado espaço (Entrevista 1).

No mesmo período, ocorreu a cisão entre as áreas básica (que saíram do gerenciamento da Faculdade de Medicina com a criação do Instituto de Biociências da UFRGS) e profissionalizante, com a Faculdade de Medicina perdendo o gerenciamento sobre as áreas básicas e sendo deslocada para algumas salas do *Campus* da Saúde. Por outro lado, foi inaugurado, em 1970, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA – Hospital Federal vinculado à UFRGS), que aos poucos foi incorporando novos serviços, ambulatórios e laboratórios, atuando em parceria com o Curso de Medicina. No entanto, foi somente em 1974 que a faculdade se mudou para este local, com a biblioteca e as disciplinas do ensino básico permanecendo nas antigas instalações, junto ao então recém-criado Instituto de Biociências. A partir daí, o próprio ensino no curso passou a se organizar em torno do Hospital de Clínicas, com a prestação de serviços se sobrepondo à lógica pedagógica. Cabe salientar que muitas das atividades se mantiveram na Santa Casa até os anos 1990 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Ao longo dos anos 1970, foram modificadas algumas disciplinas para se adaptarem às alterações exigidas pelo currículo mínimo. Dentro desse contexto, surgiram as primeiras disciplinas de caráter humanístico, ainda na década de 1970, como Relação Médico-Paciente, e ocorreu a criação do Departamento de Medicina Social, em 1971 (UFRGS, 2015). Além disso, surgiu um grupo de docentes com novas ideias e houve a inclusão de jovens professores/as como representantes dos departamentos do curso dentro da Comissão de Carreira (equivalente, nos dias de hoje, à Comissão de Graduação, responsável por fazer as mudanças curriculares na instituição).

Um dos jovens professores na comissão de carreira era o professor Ellis Busnello²³. Psiquiatra, obteve o grau de mestre na Escola de Saúde Pública da *Johns Hopkins University* (financiado pela *Rockefeller Foundation*) em 1973. Ao voltar ao Brasil, ficou responsável pelo

²³ Ellis Alindo D'Arrigo Busnello. Disponível em: <http://academiademedicinars.com.br/cadeiras/ellis-alindo-darrigo-busnello/> Acesso em 20/01/2021

Projeto Murialdo, o que culmina, em 1976, na criação de uma das primeiras residências médicas em Medicina Comunitária do Brasil no local (inicialmente o Estágio de Medicina Integral do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da UFRGS e depois a Residência Médica e Estágio Especializado em Saúde Comunitária). Ele é considerado umas das referências em saúde comunitária pela OMS e um dos pioneiros na área no Brasil, sendo consultor da OMS e da OPAS.

Dentro da comissão de carreira nós nos encontramos num grupo majoritário de novos docentes da faculdade e que tinham um pensamento voltado para a Organização Mundial da Saúde, que o professor Busnello tinha voltado dos EUA e tinha feito um mestrado lá em saúde pública. Então ele trouxe de lá as ideias da OMS, de médico para todo mundo no ano 2000, da formação do médico geral, um generalista, na época. E os currículos deveriam ser baseados neste princípio da OMS. Então como nós, jovens, éramos predominantes dentro da comissão de carreira, conseguimos aprovar a grande mudança no currículo. Então, além do enfoque generalista, foi dada uma ênfase especial ao trabalho em grupo, diminuindo as questões teóricas. E foram criadas disciplinas fundamentais para isso. Uma delas, socioantropologia da saúde e a outra medicina da família. Na medicina de família, o aluno ao ingressar, recebia uma família que tinha tido alta do hospital, para ele acompanhar até o fim do curso. Então tinha outra que se eu não me engano era inovadora, que era administração da saúde pública e a outra era saúde hospitalar, uma coisa assim. Eu não tenho aqui de memória, mas estas foram as grandes inovações (Entrevista 1).

Esse processo de mudanças incrementais convergiu para a reforma de 1980, que instituiu um currículo (chamado “currículo 142.00”), ainda seguindo o currículo mínimo de caráter flexneriano da Reforma de 1968, porém com o objetivo de formar mais médicos e médicas generalistas, com o ensino centrado em quatro grandes áreas: 1) clínica médica; 2) cirurgia; 3) pediatria e; 4) gineco-obstetrícia.

Também ocorreu a inclusão de disciplinas que visavam abordar aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde (como, por exemplo, *Socioantropologia da Saúde*) e de atendimento ambulatorial, comunitário e familiar (inclusão da disciplina de *Acompanhamento da Família*), para a inserção de estudantes em serviços de saúde desde os primeiros anos de graduação e a ampliação do Internato, que passou a ser obrigatório e de 12 meses.

A disciplina de *Acompanhamento da Família* - no depoimento acima chamada de “medicina de família” - estava ligada diretamente ao projeto de medicina de família e comunidade do Projeto Murialdo e teve um grande destaque no direcionamento para um currículo mais voltado para a atenção básica. Mas ela não foi a única mudança nesse sentido.

O 142 tentou implantar acompanhamento de família, era um avanço fantástico, criava medicina ambulatorial de criança I, II, medicina ambulatorial de adulto I, II, introdução à prática médica, quebrava com aquela fragmentação, neuro 3 semanas, pediatria um semestre, depois neuro mais 3, a faculdade estava duplicando o modelo assistencial (SILVA, 2005, p. 162).

Não foi sem intensa resistência dos setores que defendiam um currículo mais tradicional que isso ocorreu. Algumas pessoas do corpo docente, mais antigas no curso, do período catedrático, tentaram impedir as reformas de acontecerem. Para eles, o curso não tinha “tradição” na formação de generalistas. Foi necessária a intervenção da pró-reitoria de graduação para mediar os acalorados debates nas instâncias burocráticas da medicina e aprovar as modificações curriculares.

Então isso foi aprovado em um debate que envolveu, assim, muita discussão, muita resistência. De tal ordem a resistência que foi criada pelos catedráticos e pelas lideranças da faculdade, eram pessoas notáveis na cidade, com nome, que se rebelaram contra a formação deste tipo de médico, que era uma coisa geral. E o debate continuou e cabia ao conselho da faculdade a aprovação daí. E a congregação, havia a congregação ainda. Então, antes de passar por estas dificuldades, o professor Eloi Garcia, que era o pró-reitor de graduação, marcou uma reunião no conselho universitário, com as autoridades da câmara de graduação, com a comissão de carreira, com alguns representantes dos conselhos e com todos os chefes de departamento da faculdade. Foi uma reunião de uma manhã toda, com muita discussão, com muitas palavras agressivas inclusive, dos catedráticos que ressentiram o pedido, pela mudança que foi produzida, que não havia tradição, que não tínhamos jeito pra isso... bom, isso acabou sendo aprovado, o novo currículo (Entrevista 1).

As resistências não ficaram apenas na aprovação do currículo, mas também vieram na implementação. E, apesar dessas modificações, o currículo ainda tinha um caráter fortemente flexneriano. Conforme relatório de 1985, as dificuldades de operacionalização incluíam, a “inexistência de uma linguagem comum”, a “separação entre ciclos básicos e profissionalizante”, o “conhecimento parcial do currículo, por parte da maioria dos professores”, a “deficiência de médicos gerais, entre os professores”, o “despreparo didático-pedagógico da maioria dos professores” e a “deficiência na organização e implementação das disciplinas de Acompanhamento de Família, Socioantropologia da Saúde e Diagnóstico de Saúde da Comunidade” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1985, p. 7). Ainda, conforme a Tese de doutorado de um professor da medicina da época,

A reforma curricular da década de 80 incorpora disciplinas de conteúdo humanístico, mas, na prática, o que se verificou foi a criação de novas disciplinas, um aumento da carga horária, uma baixa incorporação dos conteúdos humanísticos nas atitudes dos médicos recém-formados e uma estigmatização dos conteúdos das disciplinas do campo da saúde coletiva, saúde mental e Ciências Sociais (BUCHABQUI, 2010, p. 44).

Outra mudança que a faculdade sofreu no período foi com relação à eleição da direção da FAMED, que passou por uma reforma, liderada pelo professor Ivo Kuhl²⁴. Apenas a congregação da faculdade participava da eleição. Depois da reforma, ela passou a ser realizada com a consulta a comunidade. Isso, associado às conquistas dos professores que procuravam um currículo inovador na faculdade, levou à eleição do professor Waldomiro Manfroi, um dos líderes desse movimento de jovens professores da comissão de carreira, “uma pessoa sempre muito aberta à inovação e muito próximo dos alunos”, segundo o depoimento de um professor da época.

O relatório do Plano de Ação de 1985-1988, período de gestão do professor Waldomiro Manfroi, evidencia preocupação com a mudança na formação médica, para uma visão centrada na promoção da saúde, para satisfazer “aos anseios da população” na formação de médicos/as gerais e especialistas proporcionalmente, como demonstra o trecho abaixo, retirado do plano de ação de 1985-1988 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1985, p. 3):

A questão saúde é um dos problemas prioritários a ser enfrentado nos programas administrativos dos órgãos governamentais. A falta de saúde, nos seus aspectos mais prevalentes, vem associada à falta de saneamento básico, de higiene, habitação, alimentação, à ignorância, ao desajuste familiar e social e ao desemprego. Depreende-se dessa identificação que a questão promoção da saúde faz parte de um contexto mais amplo do que a simples presença da doença. Entender que a responsabilidade única ou maior da Faculdade é a de formar médicos, não satisfaz aos anseios da população. A atuação da Faculdade de Medicina há que ser repensada, pois a comunidade necessita de um número variado de médicos gerais (Cientista Social) e de uma determinada proporção de especialistas de diferentes áreas (Cientista Tecnológico).

Em outro trecho do mesmo documento (p. 4), temos uma crítica ao ensino médico atual, de formação especializada, hospitalar e com enfoque tecnológico, que se desvincularia das necessidades de saúde da população:

Estas atividades deverão estar em consonância com as características de saúde peculiares ao nosso meio e inseridas dentro da problemática cotidiana vivenciada pela nossa

²⁴ Ivo Adolpho Kuhl, otorrinolaringologista, também com formação nos EUA, diretor da faculdade de Medicina entre 1982 e 1985. <http://academiademedicinars.com.br/cadeiras/ivo-adolpho-kuhl/>

população. Essa orientação supre uma deficiência do ensino médico atual, calcado sobremaneira no estudo das doenças crônicas, em área hospitalar, acompanhando o enfoque tecnológico ditado pelos países mais desenvolvidos, que propiciou condições para a especialização precoce, desvinculada, no todo ou em parte, das necessidades de saúde da população.

Importante salientar que o grupo que trabalhou nesse plano era formado por professores e professoras vinculados/as às áreas mais sociais da medicina, como a medicina social e a pediatria, mas não só. Contava também com um professor da faculdade não-médico, da área de bioética, José Roberto Goldim. Outro professor do grupo, Paulo Roberto Ferrari Mosca, era um médico com formação em psicologia, linguística e ciência da computação, além de curso de aperfeiçoamento em Metodologia do Ensino Superior, de 1976.

Com este grupo de docentes assumindo a gestão da direção, também foram colocados em prática alguns projetos e programas para dar sequência aos pressupostos da reforma curricular de 1980, especialmente procurando estreitar os laços entre a FAMED e a comunidade. Houve uma série de mudanças administrativas com a criação de assessorias, como a assessoria de comunicação social, a assessoria de extensão, a assessoria de comunicação e informática médica, a assessoria de medicina baseada em evidências, a assessoria científica, além de outros projetos e programas. Um deles foi o programa de educação médica continuada, em que egressos e egressas retornavam para a faculdade depois de cinco anos de conclusão do curso para passar uma semana na faculdade realizando atividades teóricas e práticas. Também foi criado um o programa educação em saúde, com o intuito de trabalhar a questão de fornecer informações básicas em relação à saúde para a população em geral, utilizando linguagem simples e didática (Entrevista 1).

Além do desenvolvimento de seminários de aperfeiçoamento metodológico para professores, a FAMED fechou uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul para realizar parte das atividades de Internato ao final da graduação em postos de saúde, em substituição aos hospitais (Hospital de Clínicas e Santa Casa), onde eram realizados os Internatos anteriormente.

Nós tínhamos feito convênios com a Secretaria de Saúde do estado para utilizar as unidades básicas de saúde, todas as atividades práticas dos Internatos e do quinto ano que eram somente na Santa Casa e no Hospital de Clínicas, passaram a ser também nas unidades de saúde, que se chamavam postos de saúde na época, aonde iam o professor da faculdade e um profissional médico da área da saúde e a equipe com técnico de enfermagem, trabalhar a disciplina naquela unidade, onde os alunos tinham responsabilidade a desenvolver perante a comunidade (Entrevista 1).

Outra mudança de grande impacto, do ponto de vista da inserção dos estudantes na atenção básica, foi a criação de um mês de Internato rural, no Projeto Itapuã. Este projeto, de extensão, envolvia diversos cursos da UFRGS, como agronomia, antropologia, veterinária, entre outros, ficava localizado na área rural de Porto Alegre e visava o desenvolvimento da região. Com a inclusão da medicina, um grupo de cerca de 10 discentes passavam cerca de um mês atuando na atenção básica, supervisionados por um médico da Secretaria Municipal de Saúde no local.

Lá, como diretor, eu consegui o financiamento da SUCAN²⁵, que na época era um departamento do Ministério da Saúde. Não se chamava ainda, mas logo nos chegamos lá. E como tal, então consegui o recurso pra alugar uma casa e foi doada uma caminhonete antiga para a faculdade, para a gente levar os alunos a cada 15 dias, para morarem na casa com o alimento. Eles teriam que produzir o alimento deles, fazer a limpeza, e eu iria a cada 15 dias fazer uma reunião com a comunidade, pra ver como eles estavam entendendo isso. E tinha um médico da secretaria de saúde do município, que era o responsável (Depoimento do professor Waldomiro Manfroi, então diretor da FAMED).

A gestão do professor Manfroi se encerrou em 1988, quando ele assumiu o cargo de pró-reitor de extensão da Universidade, o que o levou a se afastar das questões políticas internas da FAMED. Sua gestão na faculdade aprofundou as modificações no currículo 142.00 da medicina da UFRGS, aproximando-a dos postos de saúde e demais serviços.

Isso ocorreu através, principalmente, da disciplina de Acompanhamento de Família, inserindo discentes desde o começo do curso, nos postos de saúde, até o final, no Internato, em especial com o Internato rural. Ou seja, o período dos anos 1980 e do currículo 142.00 foi de direcionamento da formação médica especialista e hospitalocêntrica para uma medicina generalista e focada na atenção básica. Um professor da medicina, que era aluno na época, relatou até mesmo que considera que essas mudanças podem ter sido até mais profundas do que as que vieram nos anos 2000 com a introdução das DCN.

Eu, como aluno, peguei uma mudança curricular nos anos 80, que até é uma das coisas que eu acho interessante, não sei até que ponto tu vai trabalhar ou aprofundar isso. Porque eu entrei na medicina em 82 até 87. E nesse período eu fui justamente de uma terceira turma com um currículo que estava sendo alterado. E essa eu acho que foi até uma alteração que, não sei se foram maior até que as que as DCN trouxeram. Mas elas foram bastante impactantes (Entrevista 2).

²⁵ Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Todas essas alterações ocorreram dentro um contexto de transformação na educação médica no cenário internacional e de Reforma Sanitária no Brasil. Muitas das lideranças da faculdade possuíam pós-graduação em saúde pública nos EUA, um dos epicentros das inovações na formação médica mundial, e eram adeptos do movimento sanitarista brasileiro. O próprio Waldomiro Manfroi, diretor da Faculdade de Medicina na época, tinha sido designado pelo reitor da Universidade, Francisco Luis dos Santos Ferraz (gestão 1984-1988) para participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, em Brasília, de onde surgiram os postulados do SUS (Entrevista 1).

Esses dois movimentos tiveram forte impacto na comunidade política da medicina da UFRGS que, juntamente com as mudanças administrativas introduzidas pela reforma de 1968, oportunizaram o surgimento de um grupo de docentes que trazia consigo uma nova concepção de formação médica ligada às ideias inovadoras, se contrapondo aos antigos catedráticos, que defendiam um modelo de formação médica mais tradicional.

É importante enfatizar que tais mudanças curriculares não foram induzidas por políticas públicas específicas para a formação médica. Antes, foram induzidas pelo engajamento das lideranças emergentes presentes na instituição. Primeiro sob influência das mudanças no cenário internacional, com professores que estudaram saúde pública nos EUA. Depois sob a influência de um movimento mais amplo de mudanças nas políticas públicas de saúde do Brasil, na reforma sanitária. Apesar de tudo, manteve-se a estrutura flexneriana, em função tanto das resistências internas do grupo desafiante, quanto da própria legislação nacional em voga, que determinava o currículo mínimo e dificultava mudanças estruturais.

Não obstante essas limitações, os depoimentos da época apontam que o curso de medicina da UFRGS “era uma das líderes nacionais em propostas de mudanças e de realização” (Entrevista 1), dentro desse contexto de introdução das ideias de formação inovadora no país. Por sua vez, a saída da principal liderança empreendedora do grupo que defendia as ideias inovadoras, o professor Manfroi, propiciou que o grupo desafiante assumisse o poder no final da década de 1980, revertendo a tendência à inovação no curso.

7.2 A “reforma da reforma” e a retomada da lógica hospitalocêntrica

O processo que levou a tais mudanças curriculares na década de 1980 na UFRGS enfrentou muita resistência, desde o seu início. No entanto, ao final da gestão do professor Manfroi, o grupo que defendia um currículo mais tradicional foi ganhando força e passou a ser organizado pela demanda de um maior número de atividades dentro do hospital novamente.

Eu fui procurado por uns professores e lideranças da faculdade de medicina, (...) eles estavam organizando um movimento para retomar a reforma curricular. “Porque aqui não estava dando certo. A faculdade não tinha professores capacitados para trabalhar a disciplina de medicina da família, socioantropologia e outras e etc.”. Quer dizer, todas as disciplinas inovadoras iam ser retiradas. (...) Bom, esse grupo que me procurou tinha uma proposta, queriam implementar uma discussão, pra suspender a medicina de família, alterar a sua pedagogia, não fazer mais. E outras disciplinas. E voltar a ter maior atividade dentro do hospital e da Santa Casa, que era nossa vocação (Entrevista 1).

E as resistências não ocorriam somente por parte do corpo docente da instituição. Conforme depoimento de um professor, havia estudantes também insatisfeitos, especialmente com a disciplina de Acompanhamento de Família, pois consideravam que a atividade ficava repetitiva.

Os alunos não gostavam muito das disciplinas de acompanhamento de família, houve uma reação. (...) E os alunos diziam que terminava se repetindo depois de seis semestres aquilo de pegar uma família, ir na casa, visitar uma ou duas vezes, uma semana sim, uma semana não, uma vez por semana para ver como a família tava evoluindo e usar o chamado prontuário de família (Entrevista 2).

Dentro do corpo docente, as justificativas para a necessidade dessa “reforma da reforma” (Entrevista 1) aparecem sob diversos vieses, estando presentes inclusive no atual projeto pedagógico do curso. Entre as justificativas nesse documento estão problemas conceituais (“Um problema importante foi um referencial teórico confuso onde termos como ‘médico geral’, ‘médico de família’, ‘médico de comunidade’ e ‘prático geral’ foram usados como sinônimos”), o crescimento da residência médica (“que passou a ocupar um espaço maior no Hospital Universitário”) e a precarização e dificuldade de conseguir estabelecer parcerias com a rede de atenção básica (“crescente desestruturação do sistema de saúde pública, dificultando a expansão do ensino na rede de postos de saúde municipais e estaduais”) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 15).

Mesmo com a eleição do então vice-diretor da FAMED no mandato de Manfroi, o Dr. Ronald Pagnonceli de Souza, do departamento de pediatria, que assume a direção entre 1989 e 1991, o discurso em defesa de um currículo tradicional prevaleceu na reforma curricular de 1989. As justificativas elencadas acima parecem ter conseguido ampla adesão dentro do corpo docente do curso, aparecendo até mesmo no discurso de um professor vinculado ao departamento de medicina social.

Quer dizer, é verdade também que a Faculdade se retraiu das UBS dos anos 80 nos anos 90. Mas por outro lado, a estrutura da rede também tava muito precária para ti colocar estudantes para fazer qualquer nível de aprendizagem. Então a gente também tem que considerar isso, não é uma coisa do mal que se saiu daquelas UBS dos anos 80, daqueles estágios que eu próprio cheguei a fazer e se ficou mais focado no Hospital de Clínicas. É porque também a rede no início dos anos 90, durante um certo período, ela também tava muito precária para ter condições de receber os alunos (Entrevista 2).

Em 1989, houve uma nova reforma curricular, com a implementação do currículo 242.00. Entre as modificações no currículo, houve a transformação das disciplinas do ciclo clínico, que possuíam metodologias tradicionais de ensino centrado no corpo docente, em estágios, com a inserção discente diretamente nos serviços especializados, “com a prática pedagógica em pequenos grupos nos ambulatórios e na internação, permitindo a avaliação formativa e somativa tanto do conhecimento, quanto das habilidades e do comportamento de cada aluno” (BUCHABQUI, 2010, p. 44); há a integração das disciplinas de *Histologia* e *Patologia* com as de *Cirurgia*; criação e reformulação de disciplinas como as de *Epidemiologia* (adquirindo um caráter prático de pesquisa), *Administração e Planejamento em Saúde*, *Saúde do Trabalhador* e *Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*.

No entanto, outras foram na direção de um currículo tradicional, em especial porque disciplinas como *Acompanhamento da Família* foram substituídas por disciplinas de *Promoção e Proteção à Saúde* (divididas em *Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente*, *Promoção e Proteção à Saúde da Mulher* e *Promoção e Proteção à Saúde do Adultos e do Idoso*), procurando uma inclusão mais precoce de estudantes dentro dos serviços do Hospital de Clínicas, em substituição aos serviços da atenção básica.

Como fruto desse processo de discussões, foram definidos, **consensualmente** (grifo nosso) os princípios gerais orientadores do ensino de graduação: compromisso com a melhoria da saúde da população, ação médica baseada no conhecimento científico e

numa relação humana de qualidade, visão ampla do processo de saúde-doença, formação geral do médico, ensino indissociável do treinamento em serviço e da pesquisa, contato precoce do aluno com os problemas de saúde (disciplinas de *Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente*; *Promoção e Proteção à Saúde da Mulher* e *Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e Idoso*) e com os serviços, integração vertical e horizontal no currículo, ensino baseado nos problemas prevalentes de saúde, desenvolvimento no aluno do hábito do estudo autônomo e da busca da autoeducação continuada, e avaliação contínua e personalizada do aluno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015, p. 15).

Por certo, existiam vozes de dissenso, porém abafadas dentro da conjuntura de contrarreforma. Um entrevistado relatou que “o mundo andava numa direção e a nossa faculdade na outra” (Entrevista 1). Outro citou que mesmo durante os anos 1990, “um professor da ginecologia-obstetrícia, que é o professor Jorge Buchabqui²⁶, ele sempre também defendeu muito essa integração com o projeto da perspectiva da CINAEM. Ele tava na comissão de graduação neste tempo também, não era o coordenador, mas ele difundia muito estas ideias” (Entrevista 2).

Nos anos 1990, avançou-se o modelo tradicional de medicina. Ainda que o termo “consensualmente” acima citado possa ser considerado exagerado, a forte adesão de docentes a esse novo modelo de formação também pode ser atribuída aos atendimentos da demanda dos departamentos, uma vez que *Acompanhamento de Família*, por exemplo, fazia parte de uma estrutura multidepartamental.

A partir da reforma, as disciplinas de *Promoção e Proteção à Saúde* atuais passaram a ser de responsabilidade de um departamento específico, com mais autonomia na montagem da disciplina e na atribuição dos professores. Isso foi visto como uma “oportunidade” por alguns departamentos, aumentando a carga horária alocada em cada um deles. No departamento de medicina social, por exemplo,

Houve uma segunda modificação onde aí foram criadas algumas coisas, a disciplina de saúde do trabalhador aumenta a carga horária de 2 para 4, se introduz administração e planejamento em saúde. (...) Foi a oportunidade inclusive de introduzir no currículo médico uma disciplina de saúde do trabalhador por extinção de uma de acompanhamento de família (Entrevista 2).

²⁶ Trata-se de Jorge Alberto Buchabqui, professor do departamento de ginecologia e obstetrícia, com mestrado em Epidemiologia, especialista em Metodologia do Ensino Superior (1985) e com experiência em Educação em Saúde, conforme seu currículo. Disponível em <http://www.jabuchabqui.com.br/?pg=1023201>, acesso em 24/01/2021.

Isso resultou no aumento da carga horária das disciplinas de caráter de especialização em uma área do conhecimento, em detrimento do caráter generalista da formação. Também foi a oportunidade de trazer as atividades das disciplinas que eram realizadas na atenção básica em postos de saúde para dentro do hospital.

(sobre o departamento de medicina interna) eles têm uma disciplina similar que é promoção e proteção da saúde do idoso e que acabou migrando para dentro do hospital. Os professores acabaram trazendo aqueles alunos para uma imitação do que são aquelas disciplinas já de anos posteriores, dos últimos anos, que o aluno está dentro do hospital, trabalhando com doença e não com doentes. E a gineco-obstetrícia que tinha também a promoção e proteção da saúde da mulher, acabou trazendo os alunos para dentro do hospital também (Entrevista 3).

Essa questão, inclusive, da confusão entre as atividades a serem desenvolvidas com os alunos dos diferentes ciclos - sem muita definição do que são atividades do ciclo clínico e do Internato por parte dos docentes - aparece como uma das principais deficiências do curso em relatórios internos e mesmo em avaliações do governo (BUCHABQUI, 2010).

Por outro lado, como exceção à regra, temos as disciplinas do departamento de pediatria, que continuaram (e continuam) sendo realizadas dentro dos serviços de saúde da atenção básica e em creches e escolas de educação básica. Além disso, nem todas essas mudanças tiveram exclusivamente caráter abrupto, mas foram se constituindo por pequenas modificações ao longo do início dos anos 1990. Por exemplo, a residência em Itapuã também acabou sendo colocada como optativa e depois extinta, com a justificativa da falta de recursos, de discentes interessados, das dificuldades logísticas e pela falta de professores e professoras para acompanhar estudantes.

No início dos anos 90 a própria universidade não tinha nem recurso para levar os alunos para lá. Tem que ter transporte, gasolina, alimentação. Alimentação todos os turnos, um R.U. ou coisa assim para os estudantes e o professor. Então ficou inviável. E tinha muita resistência dos alunos, a gente tinha dificuldade de professores no departamento de medicina social e aí o que era um Internato obrigatório virou um Internato optativo no início dos anos 90 e terminou extinto. Porque a gente não tinha professores habilitados em quantidade para fazer o acompanhamento de uma turma inteira de alunos de medicina. Então, é uma modificação bastante grande porque no departamento²⁷ a gente não teve tendo professores, embora tenha feito um concurso para atenção primária à saúde. Entrou o professor Odalci²⁸, por exemplo. Mas a gente não tinha uma estrutura adequada (Entrevista 2).

²⁷ Departamento de Medicina Social.

²⁸ Professor Odalci José Pustai, do departamento de Medicina Social.

Além das modificações no currículo para um modelo mais tradicional na medicina da UFRGS, centrado nos serviços hospitalares e nas especialidades médicas, ainda existiam iniciativas no início dos anos 1990, que já vinham desde os anos 1980 na instituição, que procuravam valorizar as atividades chamadas de “extramuros” e obtinham recursos do Ministério da Saúde. Tal iniciativa, além de diversas atividades nos postos de saúde, permitia que houvesse atividades como ambulatório de cirurgias fora do hospital, além de outras ações na Santa Casa, diversificando os cenários de prática. No entanto, aos poucos tais atividades foram se concentrando no Hospital de Clínicas, que acabou no início dos anos 1990 passando a administrar os recursos para este fim.

Havia, por exemplo, os índices de participação extramuros, inclusive com recursos do ministério. Isso início dos anos 90, que era pra realizar atividades extramurais, que era, digamos assim, o xodó da época – vou usar o termo - e fazer, desenvolver projetos extramuros. Este era o grande desafio do final dos anos 80 e início dos anos 90. E houve incentivo financeiro do governo para estes projetos. Eles tinham até um índice de valorização extramuros, tem relatório sobre isso. Houve algum conflito porque quem ficou com o recurso pra administrar foi o Hospital de Clínicas e não a Faculdade de Medicina. Entendeu? Teve uma professora que era inclusive do nosso Departamento de Medicina Social, a Vera, que coordenava um colegiado para aplicação destes recursos. De fato, isso em 91, 92, a UFRGS aplicou este recurso para a expansão do PAM 3, da Vila dos Comerciários, para melhorar as áreas de ensino extramurais, onde inclusive tinha professores da cirurgia. Tinha um pequeno ambulatório de cirurgia e coisas deste tipo, para sair um pouco do entorno, só Hospital de Clínicas. É bem verdade que naquela época a gente ainda tinha vários campos de estágio na Santa Casa, que mesmo não sendo assim uma coisa extramural ou extra-hospitalar, ainda assim diversificava o ensino. Mas que, por questão de pressão dos próprios professores, foi se concentrando mais no Clínicas também (Entrevista 2).

Além disso, justamente no período dessa nova gestão da Faculdade de Medicina da UFRGS, começaram a surgir problemas da rede de saúde no município, afetando diretamente o trabalho do corpo docente de inserir discentes nas atividades da atenção básica. a principal dificuldade, de acordo com a perspectiva de um professor da época, era a falta de locais adequados para receber os alunos nos serviços de saúde do município. Assim, o Hospital de Clínicas apareceu como a grande solução para os problemas.

Aquele índice de valorização extramuros, que eu falei pra ti, que essa professora da medicina social coordenava, que é 91-92, já era uma tentativa de com o recurso melhorar a rede pra poder receber alunos. Mas também não foi adiante. Melhorou um pouquinho

nos Comerciários²⁹ e depois não deu. Então também era muito complicado para a faculdade ter locais de estágio adequados para montar um estágio de medicina. É preciso ter um supervisor, ter uma estrutura de serviço, que a pessoa possa conhecer uma rotina de um serviço de saúde, de agendamento, de estar lá, de ter material, de ver como as coisas se resolvem, para onde tu encaminha e onde tu não encaminha. E é claro coincide com o início da implantação do SUS, porque o investimento no SUS desabou no governo Collor e no início do governo Itamar. Então houve um sucateamento da rede pública como um todo no país, muito grande. Isso é histórico, qualquer livro tu pode conseguir fonte tranquilo. É claro que isso afetou também os campos de estágio dos estudantes de medicina. Essa recentralização que houve em torno do Hospital de Clínicas e, inclusive, uma certa desconfiança do corpo docente de voltar para a rede de saúde. Porque vai levar os teus alunos para conhecer, para atender ou para fazer o que? Numa rede depauperada! (Entrevista 2).

Claro que o corpo docente relatou que também os/as discentes preferiam as atividades no hospital, sob a ideia de que fornecia melhor estrutura, frente às condições não ideais das unidades de saúde, e de que o imaginário do médico tendo como lócus de atuação o hospital era muito forte.

Tu imagina assim, é difícil porque o estudante de medicina é muito movido pelo imaginário. Ele imagina um doutor que trabalha de tal maneira e aí tu chega numa unidade de saúde que não tem equipamento, não tem material, não tem medicamento. Eventualmente encontra gente desmotivada que não quer trabalhar, aquelas coisas todas que a gente tem em qualquer lugar. Mas num ambiente pequeno isso se torna muito marcante para quem está em formação. Então, se tu quer levar os estudantes para um lugar extramural para tentar dar uma outra visão de sistema, examinar questões de vigilância em saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, questões ambientes que circula as residências das pessoas. Ou seja, tu ter toda uma visão ampliada da saúde, de determinação social e coisa assim, se ele não está num local que, de novo, na visão deles, no imaginário dele, está legitimado academicamente também, ele não vai se apaixonar por esta área nunca. Ele vai querer correr lá pra dentro do hospital onde tudo funciona. Onde tu tem prontuário eletrônico, uma divisão de tarefas hierárquica muito clara, então é difícil tu competir (Entrevista 2).

O depoimento acima também demonstra que a visão do hospital como o local próprio para o exercício da medicina não se originava somente na percepção discente. O processo de centralização das atividades do curso de medicina da UFRGS no Hospital de Clínicas em detrimento dos serviços de atenção básica contou com apoio de grande parte do corpo docente. Algumas vezes por razões de ordem ideológica, da crença de como deveria ser a formação médica e o funcionamento do curso.

²⁹ Atual Centro de Saúde Vila dos Comerciários, UBS de Porto Alegre.

Em 1997, o Departamento de Medicina Interna da FAMED realizou o II fórum de ensino de graduação. Na ocasião, um eminente professor do curso ressaltou não entender "a existência de um hospital de para ensinar medicina" (o Hospital de Clínicas) e outro para "praticar medicina" (no caso, a Santa Casa) (BUCHABQUI, 2010, p. 48). A ideia era integrar ambas as atividades dentro do Hospital de Clínicas, de maneira a "quebrar a uniformidade, rejeitando de forma prudente e atualizada o viés conceitual da especialização precoce" (BUCHABQUI, 2010, p. 48).

Entretanto, isso também ocorreu em função de “comodidade” (uma vez que não precisavam se deslocar para realizar atividades especialmente nos postos de saúde) e questões financeiras, de remuneração dos professores. A chamada “bolsa de contrapartida”, fornecida a professores/as que desenvolvem atividades dentro do Hospital de Clínicas através da Fundação Médica do Rio Grande do Sul (entidade que intermedeia uma série de projetos da medicina da UFRGS), funcionava como um “incentivo” à lógica hospitalocêntrica, o que atendia ao interesse do corpo docente, pois aumentava a remuneração sem incidir em impostos.

Isso se perdeu um pouco porque também havia um incentivo financeiro pros professores que permaneceram no Hospital de Clínicas. A tal da bolsa da contrapartida, que você já deve ter ouvido falar. (...) Funciona assim: na realidade o hospital ele é um grande prestador de serviços do sistema de saúde. E como prestador de serviços ele recebe, tem uma receita destes serviços prestados. E parte desta receita é convertida em bolsa de extensão, da Fundação Médica, para os professores do curso de medicina, e também de alguns outros cursos, com o raciocínio de que estes profissionais, além de professores, eles tem uma responsabilidade civil e penal pelo atendimento de pacientes. Então, diferente por exemplo de um professor como tu na sociologia e eu na epidemio ou na administração em saúde, que temos a nossa responsabilidade com os alunos em sala de aula, mas não temos um terceiro no qual os nossos alunos são responsáveis pelo paciente. Inclusive com agenda. Quando tu marca a consulta lá, tu marca na agenda do professor fulano de tal. Então isso implica inclusive uma responsabilidade civil e criminal de tudo que é natureza sobre aqueles atendimentos que estão sendo prestados. Então desde o final também dos anos 80 se criou um mecanismo onde estas atividades são consideradas como uma extensão universitária e elas são remuneradas com uma bolsa. Isso independente do financiamento do hospital que paga a sua folha de funcionários e recursos do tesouro do MEC, isso é recurso de prestação de serviços. Isso deu uma guinada porque todo aquele esforço dos anos 80 de espalhar, da mudança do currículo 142 para unidades de saúde na periferia. Para colocar os estágios, vários professores se envolveram muito nisso, principalmente da pediatria e da gineco-obstetrícia. Isso se perdeu um pouco porque era um atrativo muito forte, quer dizer, tinha uma bolsa no hospital e tu não gastava nem gasolina, nem carro, nem nada para se deslocar até a periferia para atender lá. Então terminou que vários destes projetos no início dos anos 90 começaram a se enfraquecer um pouco, em função dessa mudança (Entrevista 2).

Além dessas dificuldades, também foi relatado que questões logísticas, como o fato de as atividades ambulatoriais funcionarem no período da tarde e o ensino da graduação no período da manhã, dificultavam a integração entre o ciclo clínico e as atividades de atenção primária (BUCHABQUI, 2010).

Não à toa, em 1996 foi eleito para a direção da faculdade o professor Carlos César Silva de Albuquerque³⁰, que ocupava o cargo de presidente do Hospital de Clínicas, ganhando o pleito do ex-diretor Waldomiro Manfroi. Albuquerque, no entanto, não assumiu o cargo, pois foi convidado para ser Ministro da Saúde no governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB). Após um período de transição em que um professor ocupou de maneira pró-tempore o cargo de direção da faculdade, em seu lugar, assumiu o professor Pedro Gus³¹, cirurgião e professor da Faculdade de Medicina desde a década de 1960, ficando de 1998 até 2001. O professor Pedro Gus também representava a coalizão mais conservadora no que tange à formação médica, tendo ocupado diversos cargos em entidades representativas médicas como a AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul), sendo inclusive delegado junto a AMB.

Como consequência dessas mudanças, conforme trabalho apresentado por professores e professoras do próprio departamento de medicina social da UFRGS, que monitoraram uma série de disciplinas entre 1992 e 1994, o curso apresentava muitas dificuldades em formar médicos/as gerais, para satisfazer as necessidades do SUS.

A análise dos resultados apontou para a inexistência de uma hierarquia de treinamento entre os diversos semestres, a falta de definição quanto à capacidade de intervenção do aluno em cada semestre e a ênfase curricular em atividades cognitivas. Paralelamente, o pressuposto de familiaridade e manejo de tecnologias de ponta, delimitado pela tipologia das áreas de ensino (ambulatórios de especialidades e internação), sobrepondo-se aos objetivos formais do curso de graduação, de formar um médico geral voltado às reais necessidades da saúde da população (MOREIRA NETO et al, 1994).

Resultados parecidos foram encontrados no Programa de Avaliação Interna das Universidades Brasileiras (PAIUB), de 1994, e pelo Programa de Avaliação das Condições de

³⁰ Falecido em 2005, Albuquerque tinha formação em Metodologia do Ensino Superior pela UFRGS, como grande parte do grupo de professores da década de 1970. Contraditoriamente, sua atuação era predominantemente hospitalar. Era filiado ao PSDB. Durante sua gestão no MS, de 1996 a 1998, foi acusado de favorecer a dotação orçamentária para o Hospital de Clínicas. Fonte: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/carlos-cesar-silva-de-albuquerque>. Acesso em 27/01/2021.

Ofertas dos Cursos de Medicina/MEC, de 1996 (BUCHABQUI, 2010). Além das questões pedagógicas, os relatórios salientavam que o modelo de ensino era centrado quase que exclusivamente no HCPA, com pouca atividade ambulatorial e na rede básica. Ou seja, a introdução do currículo 242.00 no final dos anos 1980 e sua implementação durante os anos 1990 representaram um retorno ao modelo tradicional de formação médica no curso de medicina da UFRGS, com o ensino centrado no hospital e nas especialidades.

E isso foi adiante e conseguiram a reforma da reforma. Então voltou a ser praticamente o que era antes. Desapareceu o projeto Itapuã. Desapareceram a grande maioria dos vínculos que nós tínhamos com os postos de saúde, com exceção do grupo da pediatria (Entrevista 1).

7.3 A implementação das DCN e do Promed no início dos anos 2000

Os problemas do curso nas avaliações externas já eram motivos de preocupação que rondavam alguns dos departamentos da FAMED, em especial no que tange às questões pedagógicas dos cursos, desde meados da década de 1990. No relatório do *GT Ensino de Semiologia – Princípios e Operacionalização* (dentro do referido Fórum de Ensino de Graduação de 1997), já se propõem como estratégia o ensino em pequenos grupos e a integração entre conteúdos, por exemplo. Essas discussões eram puxadas especialmente pelos professores alinhados com o Projeto CINAEM, mas não exclusivamente.

Ao final da década de 1990, o cenário político nacional, com as ideias da CINAEM se fortalecendo, começou a pressionar também o curso de medicina da UFRGS na direção de modificações no currículo. Em 1996, foram criadas as Leis de Diretrizes e Bases da Educação, estabelecendo que os cursos superiores deveriam ter diretrizes curriculares, ao invés de um currículo mínimo. Com o Conselho Nacional de Educação sendo presidido na época por um médico parte da coalizão que defendia uma formação inovadora, o Dr. Efrem de Aguiar Maranhão³², iniciou-se a construção das diretrizes, normatizadas em 2001, que iam ao encontro

³¹ Falecido em 2021, Pedro Gus foi Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre no governo José Fogaça (então PPS - 2005-2010). Há um depoimento do professor Pedro Gus no link: <https://www.youtube.com/watch?v=nJyhFeOFx6I>

³² Efrem de Aguiar Maranhão era formado em medicina pela Universidade de Pernambuco, tendo sido reitor da UFPE. Importante salientar que ele tinha relação muito próxima com o professor Waldomiro Manfroi, conforme o próprio professor Manfroi. Fonte: <https://www.escavador.com/sobre/2167310/efrem-de-aguiar-maranhao> Acesso em 27/01/2021.

do projeto da FAMED de 1986, sendo consideradas “a continuidade daquele movimento” (Entrevista 1).

Já em 1999, o MEC recomendou reformas para a melhoria do ensino médico na FAMED. Entre as sugestões, estavam a ampliação do período de Internato para dois anos, equilibrar as atividades de enfermagem com ambulatorios e a rede básica, melhorar o serviço de urgência, adotar metodologias de ensino que fossem centradas no aluno, envolver mais o quadro docente com a graduação (a avaliação era de que poucos docentes eram contratados em tempo integral e a maioria se envolvia mais com as atividades assistenciais do que de ensino propriamente dita), além de melhorias na infraestrutura do curso (como a biblioteca) (BUCHABQUI, 2010).

Na ocasião, a faculdade foi avaliada positivamente em termos de qualificação docente e na qualidade da área hospitalar. O ensino do ciclo clínico em cenários de prática na forma de estágios foi considerado também um ponto positivo. Por outro lado, apesar das reiteradas críticas nas avaliações anteriormente citadas, o ensino continuava tradicional, centrado em docentes, sendo predominantemente realizado em sala de aula, com práticas em atividades laboratoriais e “pouca problematização de temas e/ou cenários de expressão real de problemas em saúde” (BUCHABQUI, 2010, p. 46).

Os problemas de ordem interna e a pressão externa se misturavam, confluindo numa crise de legitimidade do projeto então vigente, acentuado pelo boicote discente ao Exame Nacional de Curso, quando os/as formandos/as da FAMED coordenaram um movimento nacional de repúdio ao Provão e obtiveram o conceito D no ano de 2000 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005a, p. 21). Além disso, o Internato estava irregular.

O Internato era irregular, de 12 meses. A lei mandava que fosse no mínimo 18 meses. Então estava irregular. Como estava irregular, a faculdade, porque os alunos tinham boicotado o exame, que era o exame feito pelo Ministério da Educação, que os alunos se rebelaram contra e não fizeram. Então a Faculdade, cada vez que formasse uma turma, tinha que pedir licença especial da Universidade, que mandaria para Brasília, para poder oficializar a cerimônia. Porque ela não estava regularizada a faculdade. (...) Então, a reforma era urgente (Entrevista 1).

Dentro desse contexto, em 2001, antes mesmo da aprovação das DCN para a medicina, novamente o grupo “ligado ao CINAEM” (Entrevista 8, via e-mail) ganha as eleições, O professor Waldomiro Manfroi reassumiu a direção com “um projeto bem claro, que era a retomada da faculdade nos seus modelos inovadores, no ensino, na pesquisa, na extensão, etc.”

(Entrevista 1). Ao mesmo tempo, um grupo de “jovens” e “idealistas” (Entrevista 1), composto também por professores/as remanescentes dos anos 1980 e ligados, agora, aos ideais da CINAEM, ocupam cargos da Comgrad e “abraçam” o projeto. Entre eles, o coordenador da Comgrad na época, o professor Ércio Amaro de Oliveira³³ (falecido em 2016). Essa confluência entre a direção, a Comgrad e as políticas públicas foi a janela de oportunidade para o início de uma série de modificações no curso.

Juntos, os professores Manfroi e Ércio se reuniram com a Comissão de Graduação e com o Conselho da Unidade e fizeram reuniões com os colegiados dos departamentos do curso de medicina, divulgando os resultados das avaliações realizadas anteriormente e pedindo o apoio docente para realizarem as mudanças. Foi então organizado um cronograma para que cada departamento se reunisse com seus colegiados a fim de discutir as propostas de mudanças, que posteriormente foram discutidas em conjunto, em assembleia com todo o corpo docente do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

Paralelamente a esse movimento, há uma série de pequenas modificações no sistema de Internato e a criação de discussão com relação a como operacionalizar a ligação entre o curso de medicina e as unidades básicas de saúde. Nesse sentido, a primeira tarefa foi de regularização do Internato, que precisava passar de 12 para 18 meses, inicialmente. E isso, a comissão da graduação conseguiu implementar graças à liderança de uma professora, Lucia Maria Kliemann³⁴, então responsável por uma comissão criada para efetuar a reforma no Internato “que saiu a visitar departamento por departamento, fazer reuniões e reuniões, e, apoiada pelo seu grupo, com a presença do diretor, sempre” (Entrevista 1).

Assim, rapidamente, já em 2002, a grade curricular foi reformulada para incluir um período de 18 meses de Internato, sendo feitos ajustes nas disciplinas e nos estágios para a inclusão de um semestre a mais. A composição da grade pelos Internatos ficou com *Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria*, com três meses cada, além de um Internato optativo de dois meses e um mês de férias. No entanto, como as DCN foram criadas enquanto o processo de expansão do Internato já estava em andamento, em 2007 (em uma discussão que começou em 2003), ele foi novamente

³³ Falecido aos 79 anos em 2016, o professor Ércio era professor de Departamento de Pediatria. Disponível em: <https://www.sprs.com.br/sprs2013/noticias/detalhe.php?id=23&detalhe=517> acesso em 27/01/2021.

expandido de 18 para 24 meses, sendo implementado de maneira definitiva somente em 2009. Nesse momento, foram incluídos os Internatos em *Anestesiologia*, em *Medicina Perioperatória e Reabilitação*, em *Trauma*, em *Medicina Intensiva*, em *Psiquiatria* e em *Emergência*, com um mês de duração cada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A mudança não foi fácil de realizar, visto que mexia com a carga horária dos departamentos. No curso que durava seis anos com um ano de Internato, com o aumento inicial para 18 meses e depois para 24 meses, foi preciso reduzir um ano de disciplinas. Claro que a diminuição de disciplinas aumentava a carga horária do Internato, mas tal mudança nas cargas horárias afetava diretamente o status do corpo docente do curso e da sua carreira, pois algumas pessoas estavam mais focadas nas disciplinas e outras nas atividades do Internato. Foram vários anos de discussão para se chegar ao modelo implementado, que foi novamente modificado em virtude de novas DCN de 2014.

Na época, havia também uma, uma... digamos, uma medida de valorização de acordo com a carga horária que cada professor dava aos departamentos. Então tu conseguia inclusive vagas, mais vagas pro departamento de acordo com a quantidade de carga horária dentro das disciplinas. Então tu imagina uma disciplina que tinha 40 horas semanais ter que baixar pra 30 horas semanais. Isso aí era totalmente ilógico do ponto de vista de valorização dos professores do departamento. Então tu tinha que convencer departamentos a diminuir sua carga horária, no momento que a carga horária diminuindo tu diminuía a importância que tinha dentro do sistema. Isso aí depois mudou, a questão da carga horária mudou em relação à valorização e às progressões funcionais. Então foi um momento muito difícil de a gente fazer essas modificações. Mas a gente conseguiu (Entrevista 4).

Importante salientar que ainda em 2001 foi criado o *Internato em Medicina Social*, em um processo que se iniciou internamente no Departamento de Medicina Social no final da década de 1990, de modo a se enquadrar nas recomendações do CNS e do MEC para a ampliação da medicina de família.

Ainda na década de 1990, foram abertos concursos para o Departamento, possibilitando a entrada de novas pessoas no corpo docente. Mas havia dificuldade com relação aos possíveis locais para atuação discente, especialmente frente aos problemas com a SMS de Porto Alegre. Desde 1996 ocorria o processo de municipalização da saúde, com a passagem dos serviços para a gestão do município. Havia o plano de se dividir o município em distritos, de modo que cada

³⁴ Lucia Maria Kliemann, do Departamento de Patologia, atualmente Diretora da FAMED, eleita em 2016 e reeleita

universidade seria responsável por um, o que acabou não acontecendo. Foram realizadas reuniões entre a FAMED e a FAURGS (que administrava as UBS), mas o projeto também não se concretizou.

E aí então houve uma aproximação quando a FAURGS geria as unidades de saúde da família do município de POA. Inicialmente, a ESF de POA, quando se municipalizou, eram as associações de moradores que contratavam médicos e enfermeiros para as Unidades de Saúde da Família. (...) e a gente participou de algumas reuniões para ver se, com a FAURGS assumindo as Unidades de Saúde do município, na ESF se não podia se atrelar um projeto acadêmico para colocar os estudantes ali. Mas também a lua de mel da FAURGS com a prefeitura não durou muito, deu um desentendimento lá, e isso não foi adiante (Entrevista 2).

A precarização dos serviços na rede de atenção básica e as dificuldades de articulação com outros serviços do SUS eram grandes preocupações de docentes dos departamentos que trabalhavam na atenção básica, no que tange ao aproveitamento e à recepção de discentes na saúde pública.

A questão fundamental do Internato era onde colocar os alunos porque tu recebe uma turma de 70 alunos. Quer colocar eles num serviço de atenção primária extramural, que não tá dentro daquela ideia centrada no hospital, coisa deste tipo. Aonde tu vai colocar? Tu tem que ter rede que funcione e que os alunos também vejam um lugar que se eles encaminham paciente, o paciente vai naquele lugar, faz o exame da especialidade e volta para eles, para eles poderem dar continuidade. E se tu não tem uma referência e contrarreferência adequada, didaticamente também se perde, porque ele só vai lá, encaminha pro especialista e depois não saber o que aconteceu com a pessoa, o paciente não volta pra ele. Então tu tens que ter um sistema desses organizado direitinho até pra motivar os alunos a gostar da área. Porque senão eles vão passar por ali, que era o que acontecia antes, “tá esse posto não funciona, saúde pública é uma droga, que que eu vou querer trabalhar nessa área?” (Entrevista 2)

Em 1999, o departamento de medicina social lançou o Internato em medicina social de caráter eletivo, com as atividades sendo desenvolvidas em postos de saúde ligados ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Pra ti montar um Internato tem que ter também locais pra levar os alunos. Um Internato em medicina comunitária, medicina de família. E isso a gente não tinha. Se pensou em fazer um convênio com o GHC, mas as coisas não era tão fáceis, esta ligação, tu não tinha todo este aparato legal normativo do COAPES que tu tem hoje em dia, por exemplo, em 97-98. Era o início da municipalização em saúde, pra poder junto com a outra instituição colocar alunos e tu ter supervisor para este 70-80 alunos. Mas a gente

resolve bancar em 1999 no departamento a criação de um Internato em medicina social. De início com a ideia de que não fosse apenas clínico e envolvesse outras áreas do departamento. Isso não foi adiante, ficou inicialmente clínico. Ficou, num primeiro momento, também opcional em cima da unidade básica de saúde do GHC até se conseguir uma estrutura que desse conta de levar todos os estudantes de medicina a passar naquele serviço e um ou outro serviço. Se conseguiu fazer um convênio, alguma coisa, dos estudantes poder conhecer unidades da rede de saúde. Mas foi um joguinho de xadrez, a gente ia avançando passo a passo (Entrevista 2).

O convênio com o GHC, que inicialmente apareceu como uma “solução milagrosa” já que dispunha da infraestrutura, acabou se mostrando cheio de percalços. Um dos motivos citados foi o desentendimento entre profissionais do GHC e do Hospital de Clínicas. “Tem gente do Conceição que diz que o Clínicas é a *Sorbonne*³⁵ da cidade”. O fato de o GHC receber estudantes de outras instituições e de que “sempre teve muito mais interferência política e teve todo o período de gestão do PT em relação ao hospital de clínicas” (Entrevista 2), foram outros fatores que prejudicaram a parceria.

A partir da reforma dos Internatos e da necessidade de se inserir mais estudantes e em serviços de atenção básica com melhor qualidade, ganhou força também a discussão sobre quais cenários de práticas seriam possíveis. Os velhos problemas de resistência com relação a se utilizar os postos de saúde, discussão do final dos anos 1980, reaparecem. Além disso, o aumento da violência na cidade apareceu como outro empecilho para a efetivação de convênios com as unidades básicas, pela segurança de estudantes e docentes.

Então se dizia assim: qual era a alternativa de campo de estágio para colocar o estudante da faculdade de medicina? Também lugares muito distantes. Quer dizer, qual é o professor que vai ter que ir todo dia para a Unidade X do bairro Y, não é? pra acompanhar os alunos de medicina e por quanto tempo? Quer dizer, vai ser um turno inteiro, vai ser... (Entrevista 2).

Depois teve umas questões de segurança que interferiram bastante. A gente teve alguns locais que foram atacados, locais de violência, pessoas relacionadas ao tráfico. Então toda uma questão de segurança do estudante onde tu tinha toque de recolher de traficantes, locais com disputa entre facções (Entrevista 2).

Eu sou de uma época que tu não viveste, que eu subia na Vila Conceição, a Vila da Maria Degolada. E a gente ia de carro lá, porque eu tinha um fusquinha, faz muitos anos, e o médico ninguém tocava porque a comunidade tinha uma noção de que “aqui é a UBS, é a pequena casa da Maria Degolada”, o médico chegava lá e a gente sabia que não precisava nem botar avental. Era o médico e as pessoas respeitavam porque era alguém

³⁵ Referência à Universidade de Sorbonne, uma das mais prestigiadas do mundo. A “brincadeira” remete à suposta sofisticação e elitização dos profissionais do Hospital de Clínicas.

que tava ali ajudando a comunidade. Agora isso se perdeu. Qualquer pessoa lá é todo mundo igual, não tem mais este tipo de respeito (Entrevista 3).

Assim, surgiu a ideia da criação de uma UBS própria para abrigar discentes da área da medicina da UFRGS. O plano inicial era simplesmente que se construísse algo na região central, estabelecendo uma articulação com a SMS. No entanto, devido aos problemas na Secretaria, essa ideia se desenvolveu para a criação de uma UBS vinculada ao Hospital de Clínicas. Também se cogitou absorver alguma unidade que fosse próxima, facilitando o deslocamento de professores/as, alunos/as e funcionários/as, ou a utilização de um hospital próximo para a realização de alguns tipos de atendimento.

Teve a ideia de se fazer uma absorção do Centro de Saúde Modelo II, ali na João Pessoa, porque era no caminho. Do clínicas para ali ficaria fácil deslocar professores, funcionários e alunos. Dava pra ir caminhando pela distância. E era um ambiente não hospitalar. Então se pensou coisas deste tipo. Houve um momento em que se pensou um absorver o Hospital Fêmina, porque seria materno, né? E não estaria dentro do hospital de clínicas (Entrevista 2).

Diante das necessidades relativamente urgentes de estabelecimento imediato desse tipo de atendimento (“neste momento então, tu vai fazer o que? Vai procurar utilizar aquele serviço de atenção primária do hospital, como mais um locus, um campus de estágio”, Entrevista 2), foi acordada a transferência da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, que ficava relativamente próxima ao Hospital de Clínicas, na Rua Vicente da Fontoura, para uma localidade mais próxima ainda, na Rua São Manoel.

Na prática, tal transferência foi concebida por docentes como a construção de uma UBS própria para o Hospital de Clínicas. Foi montada uma comissão para realização do projeto com a participação de representantes dos diversos departamentos e a presença de pessoas da área da engenharia do hospital, de modo que a Unidade atendesse aos interesses do curso e justamente não se ficasse dentro do hospital.

Teve toda uma discussão ali, eu participei bastante. Até planta de arquitetura a gente fez, junto com o serviço de engenharia do hospital, para construir uma unidade que não ficasse caracterizado como um pedaço do hospital, embora estivesse ali para facilitar a manutenção (Entrevista 2).

Inclusive, quando questionado a um professor se as atividades em UBS a que ele se referia eram na UBS Santa Cecília, ele foi bem enfático:

Não. Não, não, não. A Santa Cecília é uma unidade que é grudada no hospital. (...) Criaram essa unidade, a unidade Santa Cecília. Era lá na Vicente da Fontoura. Não era tudo lá, não era grudada no hospital, era próxima. E transferiram a Santa Cecília para a Rua São Manoel, do lado, dentro do Hospital de Clínicas. Hoje ela é dentro do hospital. Inclusive o sistema de computador utiliza o do Hospital de Clínicas (Entrevista 3).

Apesar disso, a ideia da UBS Santa Cecília mais próxima ao Hospital de Clínicas foi bem aceita, inclusive por professores/as da área de saúde da família, vinculados ao departamento de medicina social. Assim, o início do seu funcionamento, em 2004, permitiu a ampliação do Internato em medicina social e o desenvolvimento de outras atividades caracterizadas como de atenção básica em outras áreas e departamentos, ampliando a atenção básica em todo o curso e satisfazendo às necessidades de mudança curricular previstas nas DCN.

De outro lado, durante o processo de ampliação do Internato, ocorria ainda dentro da universidade a discussão com os colegiados dos departamentos sobre a necessidade de mudanças no curso diante das Comissões de Avaliação do MEC. No início de setembro de 2001, a universidade tomou conhecimento da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, homologadas pouco depois, em novembro.

Em reunião do Conselho da Unidade, realizada no período, foram discutidas as novas diretrizes e reforçou-se a ideia da necessidade das devidas alterações curriculares. Na sequência, em dezembro de 2001, houve o lançamento do edital do Promed (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b). Isso surpreendeu a direção, que viu nele a oportunidade para a busca de recursos com vistas a efetuar as modificações necessárias no currículo na direção das DCN. Após um primeiro encontro em São Paulo com os diretores das universidades interessadas, inicia-se toda uma articulação interna, de modo a sensibilizar e engajar docentes no projeto da direção.

Então, havia junto com isso o chamado Promed. Que era um projeto de financiamento para as escolas médicas que quisessem ser multiplicadoras das mudanças. Então era um milhão e 200 mil reais que receberiam para implementar as reformas e havia recursos financeiro com a OPAS para 20 escolas médicas brasileiras. E nós já éramos cento e tantas né? Então, como montar um projeto? Puxa vida, um projeto não é fácil. Participamos de um seminário em São Paulo e voltamos de lá frustrados de tal exigência

pra montar o projeto, muito difícil. Mas, como é que podia, como diretor da faculdade, virar as costas e engavetar aquilo? Não. Eu saí procurar aliados e consegui dentro da faculdade de medicina pessoas que entendiam da montagem do projeto. Montamos o projeto (Depoimento do professor Waldomiro Manfroi, então diretor da FAMED).

Já em janeiro de 2002, em reunião do Conselho da Unidade, foi apresentada a proposta de concorrer ao Edital pela direção. Devido à complexidade das exigências burocráticas (assinatura de convênios com SMS e SES, aprovação pelas instâncias da universidade, etc.), o curto prazo de menos de 60 dias para o envio da proposta e o fato de que os recursos se destinariam a um grupo muito pequeno de universidades no país que tivessem intenção de ser multiplicadoras das ideias de mudança curricular, foi criada uma “força tarefa” (ou “Equipe Técnica/Gerencial”, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b, p. 33) para a persecução do edital, com representantes da Direção, do HCPA e da Comgrad, entre outros representantes institucionais, além de uma professora da Faculdade de Educação para assessoria pedagógica.

Simultaneamente, durante os meses de janeiro, fevereiro, março, abril e maio de 2002 a UFRGS organizou o V Congresso de Ensino Médico - ABEM - Região SUL I, realizado em 30-31 de maio e 1 de junho de 2002. Ali, foram discutidas as mudanças curriculares, tendo na conferência da abertura a temática da atenção básica como cenário de prática. Em março de 2002, também foi realizado o I Seminário Interno de Ensino Médica da Faculdade de Medicina, voltado para chefes dos departamentos, regentes das disciplinas e representantes discentes. Na ocasião, foram discutidas as deficiências no ensino de graduação, apresentadas as novas DCN e ganha força o discurso de transformação, agora com o endosso da nova legislação. Nesse seminário também ocorreram modificações no projeto original, de acordo com as sugestões de técnicos responsáveis do Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

No entanto, conforme o relato do então diretor da FAMED, Waldomiro Manfroi, não eram somente técnicas as dificuldades envolvendo o projeto. Justamente por se tratar de um projeto para poucas universidades servirem como exemplo para outras, o fator político, de engajamento da comunidade acadêmica, parece ter tido alguma influência na seleção da escola. Conforme relatos de docentes, essa articulação foi fundamental para que o curso fosse contemplado com o Promed. No caso da UFRGS, não somente o diretor da FAMED, mas

também o presidente da comissão de graduação (professor do departamento de pediatria) estava engajado com as reformas curriculares.

Montamos o projeto do Promed. E começamos a disputar em nível nacional. Quando encaminhamos o projeto fomos selecionados na primeira turma de 80. Já foi um avanço. E houve um seminário em Porto Alegre, em que vieram todos os órgãos responsáveis do Ministério, para ver os projetos da região sul, foi concentrado aqui, porque queriam conhecer o diretor e o presidente da comissão de graduação. (...) O Ércio de Oliveira era o presidente da comissão de graduação. Ércio Amaro de Oliveira. Ele que abraçou a ideia, abraçou a ideia do Promed. Foi comigo no seminário, foi comigo à São Paulo. Foi comigo perante as autoridades do Ministério. Defendemos junto. E quando defendemos juntos, foi a grande vitória nossa. Ouvimos dos representantes do Ministério, que era a primeira faculdade que aparecia com o coordenador da comissão e diretor da faculdade trabalhando juntos. Isso marcou muito. E isso se deu graças ao apoio que o Ércio deu de imediato às propostas de mudanças. Ele era da pediatria, claro. O pessoal da pediatria sempre esteve na vanguarda das mudanças e das funções sociais da faculdade e da universidade (Depoimento do professor Waldomiro Manfroi, então diretor da FAMED).

Assim, em janeiro de 2003 foi assinada a primeira Carta Acordo da UFRGS com a OPAS e o MS para o Promed. O projeto aprovado contemplava uma série de pontos para os vários vetores do edital, como o desenvolvimento de pesquisas voltadas às necessidades do SUS, a implementação de um programa de pós-graduação em educação médica e a criação de programas de educação permanente.

Destacam-se, contudo, a proposta de desenvolvimento de uma reforma curricular (muitas medidas já em andamento ou funcionamento, como a transformação das disciplinas clínicas em estágios e a ampliação do Internato, e outras inovações visando que 50% da carga horária do ciclo profissionalizante fosse em serviços ambulatoriais, integração das disciplinas dos ciclos básico e clínico, etc.), o funcionamento da chamada “Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (que se tornou UBS Santa Cecília), a criação do Núcleo de Ensino Médico (NEM), com o intuito de formular propostas para a reforma e apresentar à Comgrad, além da qualificação de docentes por programas permanentes de treinamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

Ainda em 2003, ocorreu a troca na coordenação da Comgrad, assumindo a professora Elaine Aparecida Felix Schirmer³⁶, que passou a liderar o processo de implementação das mudanças curriculares. Com ela na presidência da Comissão, foi encaminhada a proposta de

³⁶ Na época o nome da professora era Elaine Aparecida Felix Fortis, mas ele foi modificado posteriormente.

criação do Núcleo de Ensino Médico, composto por diversos representantes (em um modelo parecido com a Comissão do Promed), sendo aprovada em reunião do Conselho da Unidade na sequência. O Núcleo foi oficializado em Assembleia Geral ocorrida dentro do II Seminário Interno de Ensino Médico, em abril de 2003. O evento foi a oportunidade de apresentar oficialmente as propostas existentes no Promed para o corpo docente do curso.

A criação do NEM, uma estrutura paralela à Comgrad, foi uma estratégia para acelerar a discussão e a implementação das reformas curriculares, uma vez que não ficava limitado às questões burocráticas da Comissão de Graduação. Ele também permitia uma participação mais ativa da direção da FAMED nessas mudanças, algo que em tese seria de competência da Comgrad.

Também foi organizado uma espécie de Núcleo, que hoje seria o núcleo docente estruturante, os NDEs, tinha um outro nome, que eu não me recordo, (...) que, paralelamente à comissão de graduação, discutiam questões curriculares. O que eu acho que foi uma estratégia muito inteligente porque, via de regra, o fórum de discussão das mudanças curriculares, ele se restringia à comissão de graduação. E o que aconteceu neste período, que eu acho que foi do ponto de vista da estratégia muito interessante. Tu cria uma estrutura paralela, que é o que se costuma fazer, do ponto de vista da administração, quando tu não quer esvaziar um órgão que já existe e que tenha atribuição regimental de controle e acompanhamento, determinação sobre o tema quando tu quer fazer mudança. Então o que tu faz? Tu cria uma estrutura paralela que se torna até mais relevante. Então a comissão de graduação ela fica um tanto, digamos assim, não vou dizer limitada, mas restrita às atividades burocráticas da comissão, que sempre tem renovação de diploma, liberação de pré-requisito, equivalências de disciplinas, registro de plano de ensino, essas coisas todas. E as discussões sobre o ensino médico, sobre as modificações curriculares elas se passam a dar em outras instâncias. Que não ficam presos numa agenda burocrática. Então eu acho que isso foi uma das coisas muito inteligentes da reforma que é não centrar a modificação curricular na própria instância burocrática. Talvez pela composição da época, embora tivesse um coordenador também muito favorável às mudanças, (...) que era muito parceiro nestas modificações. Mas assim, não dá pra negar que a comissão de graduação ali, tem uma carga burocrática muito grande, tem que resolver coisas e as discussões sobre modificações curriculares começa a ficar um pouco de lado (Entrevista 2).

Essa comissão estava, na época, alinhada com as ideias de reforma das DCN e da CINAEM. Tanto é que realizaram visitas às faculdades de medicina de Londrina e de Marília, contempladas pelo então Programa UNI, consideradas como modelos a serem seguidos, ou “onde as transformações do ensino de graduação de medicina haviam alcançado patamar de implementação que merecia ser comparado com o nosso sistema” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b, p. 77).

Com o recurso do Promed disponível, foi possível intensificar as discussões sobre as mudanças curriculares e desenvolver o programa de qualificação docente. Com a chegada dos recursos “criou-se um ambiente bem mais favorável para o encaminhamento de propostas” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005b, p. 65). Foram, assim, realizados diversos Seminários de Ensino Médico da Faculdade de Medicina (alguns fora da cidade, em Imbé, Bento Gonçalves, e outros na própria faculdade de medicina), além de outras modalidades de formação (em especial oficinas de capacitação docente), com a presença de especialistas na área de educação médica de renome, em nível nacional e internacional. Alguns especialistas também deram assessoria para a UFRGS realizar as modificações curriculares. Um deles foi o professor José Venturelli, da *McMaster University* (Canadá), umas das pioneiras na aplicação da ABP no mundo. Também fizeram parte da assessoria e dos seminários, professoras e professores das universidades pioneiras no Brasil, em especial de Marília e Londrina, além de outros especialistas ligados com a coalizão que defendia uma formação médica inovadora.

Bom, ganhamos o Promed. Com recursos de 1 milhão e 200 mil conseguimos pensar mais alto, além das reformas que nós estávamos implementando. Fomos montar seminário de capacitação docente, de metodologias ativas, de como é que se trabalha em pequenos grupos, de como é que é essa reforma, como é que é na prática. E trouxemos a maior autoridade mundial, que era o Venturelli, que trabalhava na McMaster de Toronto, ser nosso assessor. Tanto na distância quanto na presença, ele teve duas vezes aqui, realizamos seminários. Como tínhamos dinheiro, nós levamos os professores para um hotel, o primeiro foi em Imbé. Nós passamos lá sexta, sábado e domingo. Com a presença de professores do país, que haviam implementado as reformas curriculares, que era o grupo de Marília e de Londrina. E lá então foi o primeiro seminário. O segundo foi em Bento Gonçalves, quando veio o Venturelli e ficou uma semana conosco aqui (Depoimento do professor Waldomiro Manfroi, então diretor da FAMED).

As discussões durante esses eventos, conseqüentemente, eram centradas no modelo da ABP, com a qual a maioria das pessoas especialistas contratadas para a assessoria tinha direta ligação. Segundo relatos, os seminários causaram “agitação sobre estas questões” (de reforma curricular), tirando o corpo docente da rotina, trazendo ao mesmo tempo motivação para alguns e até mesmo gerando alguns desentendimentos.

é que este tipo de discussão termina mexendo com as pessoas e desacomodando e fazendo pensar. (...) A partir do momento que tu traz professores de outros locais, bota num hotel pra discutir. Pra levar pra um determinado local, um final de semana, em geral aos sábados, para discutir, onde tu sai um pouco da tua rotina. Não é aquele *round* que tem no hospital que tá dentro da escala do dia a dia. Tu fazia atividades fora e saia da

rotina. Em geral era sábado o dia inteiro ou uma coisa deste tipo, voluntário. Aquilo catalisava muito as pessoas, motivava muito as pessoas. (...) Tinha aquela coisa de vir de fora. (...) Às vezes, claro, deu alguns tumultos, tu imagina, de desentendimentos, coisa assim, quando tem mudança curricular. Mas acho que o mais interessante era o espírito da coisa, de pensar em quem vai vir, quem vai ser o convidado (Entrevista 2).

Além disso, houve uma série de discussões em torno do ciclo básico, pois as disciplinas eram geridas pelo Instituto de Biociência e não pela FAMED. Docentes do ciclo básico também participaram dos seminários e oficinas de formação do período.

Ao final da gestão do professor Manfroi, no início de 2005, foi finalmente apresentada uma proposta de reforma curricular, que, diante de resistências oferecidas ao modelo da ABP (especialmente pelo grupo que defendia um currículo tradicional) e dúvidas com relação à sua implementação (inclusive de docentes mais simpáticos com as ideias de inovação curricular), trazia soluções intermediárias na reforma curricular, como a introdução de uma disciplina de História da Medicina (de caráter humanístico), o oferecimento de disciplinas integradoras de Práticas de Atenção à Saúde (ao longo de oito semestres), a construção curricular em blocos no ciclo básico (o primeiro semestre seria dividido em dois blocos, de Introdução à Biologia Humana nas primeiras semanas e de Psico-Neuro-Endócrino nas últimas e assim sucessivamente ao longo dos semestres) e a utilização da recém construída UBS Santa Cecília para a inserção precoce de discentes na atenção básica (apesar da proximidade com a atividade hospitalar).

Teve toda uma discussão, até toda levantada pelo PBL, que foi muito discutido, que tem uma série de limitações inclusive operacionais. Se discutiu muito na faculdade como tu monta um currículo. Porque como ele depende muito dos problemas que aparecem para os estudantes, tem situações que digamos assim, talvez os estudantes não vão ver no ambulatório, numa internação, numa unidade de saúde e que, no entanto, eles precisam passar, até para eventualmente se encontrar aquela situação. Então, assim, os problemas do PBL, pelo menos que eu lembre das discussões, era muito isso. Era como operacionalizar. E aí surgiram algumas, digamos assim, soluções intermediárias, e aí que entra essas disciplinas de promoção à saúde ou então, por exemplo, as disciplinas integradoras (Entrevista 2).

Por outro lado, a discussão sobre as mudanças curriculares induzidas pelas DCN e pelo Promed gerou uma grande resistência. Buchabqui (2010, p. 131), em pesquisa realizada alguns anos depois, relatou haver docentes que sequer as conheciam e mesmo que eram taxativamente contra as DCN. Diziam ser uma coisa “política”, que tirava o foco da educação, sendo um “modismo” de “burocratas”.

Quais diretrizes? Ah, as do MEC... são uma piada de mau gosto. O MEC... Eu acho assim ó, vou me ater só à área médica: nós estamos num processo em que cada vez mais se retira o acadêmico da medicina das lides médicas, pra... (BUCHABQUI, 2010, p. 131).

Eu acho que é assim ó: eu acho que o que vem do MEC - o MEC ideologizado - tem que ser colocado sob suspeita (BUCHABQUI, 2010, p. 133).

Circulava a ideia de que todas as escolas eram “iguais”, como uma consequência das exigências em relação à formação de generalistas das DCN, o que levaria o curso a perder sua identidade (de formação especializada e tecnológica) ou mesmo a qualidade em função disso.

E acho muito errado uma Diretriz querer que todas as escolas sejam iguais. A Diretriz hoje quer uma escola como ela acha que tem que ser, o que também tá errado, tá, porque tu tem escolas que já tão formadas. Tem que ter esse jogo de cintura da Diretriz, de modo que aceite uma escola superespecializada, com aquela identidade (BUCHABQUI, 2010, p. 133).

Eu não acredito em formação do generalista nos moldes em que tá sendo proposto. (...) O médico de família é uma falácia. O que existe hoje é um sistema social de medicina familiar em que não é médico de família, continua não sendo, porque eles tão empregando indivíduos que não conseguiram na residência (BUCHABQUI, 2010, p. 133).

Outro fator era a associação que era feita por docentes do grupo que defendia um modelo de formação mais tradicional entre um currículo inovador, a ABP, as disciplinas integradoras e a esquerda política, especialmente ao PT (que assumiu o Governo Nacional em 2003, no período de implementação das DCN, ainda que elas tenham sido regulamentadas em 2001, no Governo do PSDB, partido político de direita). Desse modo, cresceu a resistência com relação às mudanças curriculares mais profundas, pois seria uma coisa “ideológica”, “de esquerdista”.

E assim: "Isso não serve, isso é uma... isso é PT...", como se o PT fosse uma coisa assim do demônio (BUCHABQUI, 2010, p. 133).

Também havia uma ideia de que estas metodologias ativas eram coisas de esquerda. Porque Londrina e Marília, essas duas faculdades. Havia uma certa associação de que aquilo fosse algo de esquerda. Tinha alguma conotação no ar assim. A faculdade sempre foi muito resistente a qualquer coisa que tivesse... então acho que teve algumas coisas, que começou a circular muitas pessoas nestes seminários, que o próprio vocabulário da área da educação ele pode assustar um pouco alguns professores mais tradicionais da faculdade. É o discurso, tu sabe como é. E a gente observa que se tu falar que alguma coisa é ideológica... a palavra ideologia é uma palavra que é temida na medicina. Se tu falar, é uma coisa impressionante. Se tu falar que algo é uma visão ideológica ou coisa

assim, pronto! Tu já recebeu a pecha de esquerdista. É uma coisa impressionante. Então acho que essa coisa de integrar o currículo, de determinantes sociais, tudo que está nas diretrizes, as pessoas começavam a ler, e de novo, tem um linguajar, pra quem é clínico, pra quem é cirurgia, é um linguajar diferente. Assim como quando a gente pega um artigo de uma técnica cirúrgica (Entrevista 2).

As resistências não ficavam somente no campo do discurso. A autonomia dos departamentos da Universidade, que por vezes formavam redutos que defendiam um currículo tradicional, impedia mudanças em nível micro. O exemplo abaixo trata da contratação de docentes e como os departamentos, apesar de todo o movimento de mudança, continuavam a contratar especialistas, visando as suas próprias necessidades.

O problema todo é comunicabilidade, não tem a menor comunicação os departamentos são totalmente autônomos, eles trabalham por si. Quer ver uma coisa que surpreende: um departamento fez concurso para professor, e um candidato que é especialista na área apresentou doutorado em educação e não foi aceito. Até perguntei: Como fica essa situação, quando nós temos todo um direcionamento da reforma, temos diretrizes curriculares que dão sustentação pra isso, nos indicam o caminho que temos que fazer, nós estamos precisando de suporte, do relacionamento com outras áreas, principalmente com a área da educação e acontece isso. Ele não tinha como mentir, eles tinham autonomia. Acontece o seguinte, é que se tiver um gestor que tenha consonância, um acordo pactuamento com o chefe do departamento e colocar, olha aqui nossa dificuldade é assim, assim, nós temos um levantamento feito pelo MEC, que nós tivemos uma pontuação muito ruim, nós temos que mudar cenário, o tipo de professor. Consideramos o nosso professor bom, mas temos que estimular a presença de outro tipo de professor, vocês discutam isso lá no seu departamento e depois a gente vai voltar a conversar. Pega cada departamento faz isso. Eu quero um professor pra trabalhar com joelho, aí eles abrem só para esse aí (SILVA, 2005, p. 162).

Em meio às resistências, a reforma curricular não foi aprovada durante a gestão do professor Manfroi, que inclusive perdeu as eleições da direção em meados de 2005.

Acho que pode ter sido um reflexo - aí assim, elaboração minha aqui - de algumas resistências que ele encontrou ao se meter em mexer com tudo isso. (...) Então, de novo, as resistências elas não são tão visíveis, elas se dão num outro nível que às vezes a gente nem percebe ou imagina. Mas é interessante essa questão do professor Manfroi não conseguiu se reeleger (Entrevista 2).

No entanto, algumas modificações no currículo ocorreram durante esse período. Entre elas, destacam-se a ampliação do Internato, a transformação das disciplinas de *Patologia Geral e Relação Médico-Paciente* em estágios, a instalação da UBS Santa Cecília (ampliando os cenários de prática, em especial junto aos departamentos de Medicina Social, Pediatria e Puericultura e Ginecologia e Obstetrícia), a criação de uma comissão coordenadora de semestre (onde cada

semestre possui uma pessoa na coordenação, de modo a integrar as disciplinas) e a inauguração do Laboratório de Ensino à Distância, com a aquisição de computadores em 2004 através de recursos do Promed, além de modificações na pesquisa e pós-graduação visando abranger também a atenção básica (em especial no PPG em Epidemiologia) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005a), Avaliando as mudanças nesse período, o professor Manfroi, referiu que foram positivas, dentro do contexto.

Eu vejo com muitos bons olhos, Vinicius, porque o mundo é assim. Dentro do ideal que tu planeja e que poderia ser. Acontece o que pode ser, o que é possível ser. Não esquece lá atrás que houve uma reação contra a reforma e que foi vitoriosa e voltou ao que era a estaca zero. Claro que existe esta reforma de 2001. Tanto assim que eu não fui reeleito diretor da faculdade, eu perdi a eleição, não é? Então, assim como se implementa ideias novas, tu tem a noção que todo mundo está entendendo, que é um bem social e que vai ser aceito e não. Tem pessoas que não estão com este pensamento. Que eles pensam de modo diferente e eles têm oportunidade de atuar, de definir, fazem parte de conselhos, parte de colegiados, não é? Fazem parte de serviços. E para fazer com que toda a máquina haja no mesmo sentido é uma questão meio utópica. O que a gente chama de ideal. Eu sei que muitas coisas ficaram pelo caminho (Depoimento de Waldomiro Manfroi).

Em meados de 2005, em nova eleição da direção da FAMED, ganhou Mauro Antonio Czepielewski, professor do Departamento de Medicina Interna. Anteriormente, ele tinha ocupado o cargo de Diretor Pró-Tempore, em 1997, no período de transição entre Carlos César Silva de Albuquerque e Pedro Gus, sendo depois vice-diretor da FAMED nas gestões de Pedro Gus (1997-2001) e de Waldomiro Manfroi (2001-2005). Ocupou o cargo de Diretor da Faculdade por duas gestões (2005-2009/2009-2013).

Apesar de ter sido vice-diretor na gestão do professor Manfroi, o professor Czepielewski é considerado um representante do setor que defendia um currículo tradicional e teve pouca participação na gestão. A chapa original do professor Manfroi era composta com o professor Luiz Lavinsky. No entanto, o formato da eleição permitia que os votantes escolhessem um nome para diretor e outro nome para vice, não necessariamente da mesma chapa, permitindo a composição da direção da faculdade com dois professores com pensamentos distintos com relação às mudanças curriculares.

Quem ganhou a eleição foi o grupo mais tradicional. O vice-diretor não era afeito as ideias inovadoras que nós estávamos implementando. Ele não tinha participado e não

fazia questão de participar, porque ele não era favorável. E então ganharam a eleição em cima deste discurso (Entrevista 1).

A primeira gestão de Czepielewski, iniciada em 2005, teve na posição de vice-diretor o professor Cláudio Paiva. Nesta época o formato das eleições já tinha sido modificado para que a chapa vencedora assumisse os dois cargos da direção e vice-direção da FAMED. Conforme depoimento, o professor Cláudio Paiva era “muito favorável às mudanças” / “era muito parceiro nestas modificações” (Entrevista 2). Já na segunda gestão de Czepielewski, em 2009, o vice-diretor foi o professor José Geraldo Ramos (“mais tradicional” [Entrevista 2]), que posteriormente seria também diretor da FAMED.

7.4 O atual currículo médico da UFRGS

Após a eleição, em maio de 2005, foi aprovado o plano de gestão da FAMED para o período 2004-2008, denominado *Compromisso com a Universidade: 2004-2008* (MOSCA, 2005, p. 19). O plano de gestão estabelece como objetivos: “Viabilizar a construção da 2ª fase do prédio da FAMED; Reorganizar as secretarias dos Departamentos; viabilizar projeto de Laboratório de Ensino Virtual; Viabilizar a implantação de Salas de Aula com recursos de ensino à distância”, entre outros.

No que tange as alterações em relação ao ensino de graduação, o plano objetivava “completar os estudos de modificações curriculares, permitindo a uniformização da avaliação de conteúdos incluindo o Internato de 2 anos” (MOSCA, 2005, p. 20). Ao contrário do plano da gestão anterior, este basicamente visava dar continuidade às ações e focava na “qualificação das atividades de ensino”. Em relação à assistência, o plano estava totalmente focado no HCPA, inclusive a atenção básica, citando “ampliar a integração com o HCPA na definição de necessidades mútuas” e “consolidar a implantação da Unidade Básica HCPA/FAMED/UFRGS” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005a, p.20).

Sobre a diferenciação entre ciclo básico e ciclo clínico, o plano apontava que “deverá permanecer, em especial devido à impossibilidade da Faculdade de Medicina em assumir mais diretamente o comando sobre as disciplinas do ciclo básico” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005a, p. 27). A criação de um ciclo básico próprio da FAMED, que

integraria estas duas etapas, implicaria a criação de departamentos e contratação de professores, além de uma reforma administrativa, o que impossibilitaria isso. A solução foi aprofundar a integração, tentando viabilizar um “modelo pedagógico mais centrado sobre a discussão de casos clínicos, quer reais, quer existentes no papel” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2005a, p. 27).

Cabe salientar que, apesar das resistências, a discussão na gestão anterior sobre a reforma curricular teve até mesmo docentes do grupo que defendia um modelo de formação tradicional envolvidos no processo, que mudaram seu pensamento sobre a necessidade de reforma, ainda que com suas devidas limitações com relação a isso. Ademais, mesmo com a troca na direção, muitos professores que participaram da construção da primeira proposta de reforma curricular permaneceram na Comgrad, com uma professora da pediatria (Eliane de Andrade Trotta³⁷) na coordenação. Isso forneceu as condições para que, apesar das resistências, algumas das mudanças tivessem continuidade, ainda que não todas.

O currículo médico ele sempre foi muito conservador. Ainda é conservador, mas ele era ainda mais do que hoje. E isso fez com que a gente conseguisse ter um grupo de professores que assumisse essa mudança. Talvez eu tenha entrado nesse grupo de professores que modificou um pouco a cabeça para fazer essas modificações. Eu diria que não é a maioria (Entrevista 4).

Por outro lado, ocorreu uma modificação no NAU, em ato administrativo do então diretor Mauro Czepielewski em julho de 2005, com a saída do diretor e vice da FAMED, de representantes da SMS/POA e da SES/RS, da assessoria pedagógica e de avaliação, de representante do CREMERS (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul), entre outros, passando a ser constituído exclusivamente por pessoas do corpo docente da FAMED, do serviço técnico-administrativo da UFRGS e bolsistas do curso de graduação (MOSCA, 2005), coordenados na época pelo professor Paulo Roberto Ferrari Mosca. Com essas mudanças, o NAU passou a ter um caráter mais avaliativo do que propositivo, como era na gestão anterior,

³⁷ Em um documento biográfico sobre a professora Eliane, disponível no site da UFRGS em homenagem quando de seu falecimento, há inclusive uma menção sobre o período na Comgrad: “Na Comissão de Graduação, foi num momento delicado e desafiador, quando da implantação do novo currículo da FAMED, orientado pelas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. Enfrentava o descontentamento de alguns colegas, mas defendia as suas opiniões e convicções, e sempre com bom humor. Sempre manteve um bom nível de aceitação entre os colegas do DPP e dos demais departamentos da FAMED, e nem mesmo dos mais radicais jamais despertou a ira. Sempre foi admirada pelas suas posições firmes e coerentes” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021, p. 3).

elaborando relatórios sobre o desempenho da universidade, ainda que com representação no Conselho da Unidade.

Assim, em meados de 2005, foi criado um novo currículo, denominado *Currículo Medicina*, inicialmente ocorrendo em paralelo ao *Currículo 242.00*. Ele possuía 18 meses de Internato, sendo expandido para 24 meses em 2007 (implementado de maneira definitiva somente em 2009). Nesse momento, foram incluídos os Internatos em *Anestesiologia*, em *Medicina Perioperatória e Reabilitação*, em *Trauma*, em *Medicina Intensiva* e em *Emergência*.

Além disso, o ciclo básico foi reformulado. No entanto, com a troca da direção, até mesmo a primeira proposta, já intermediária, sofreu modificações, num sentido mais tradicional. A ideia dos blocos foi abandonada, após um curto período de aplicação. Segundo um depoimento, esse abandono se deu pelo fato de que isso tornava o primeiro semestre muito difícil para estudantes ingressantes acompanharem.

A gente não podia deixar duas disciplinas muito difíceis, que era fisiologia e a biofísica, no primeiro semestre, porque eles não conseguiam acompanhar. Então a gente fez um deslocamento e desalinhou um pouco este currículo que estava bem bonitinho. (...) Se perdeu sabe? Se perdeu. Foi bem ruim. A gente sabia que tava fazendo isso, mas não podia deixar. Metade da turma rodou (Entrevista 5).

Os seminários integradores também foram excluídos da reforma, bem como as disciplinas de *História da Medicina*, *Introdução à Medicina* e a disciplina de *Práticas de Atenção à Saúde*. Em seu lugar, foi criada a disciplina de *Atividades de Integração Básico-Clinica*, com o intuito de promover a integração dos conteúdos das disciplinas básicas com as clínicas (ela ocorre da primeira à quarta etapa do curso no ciclo básico). Houve, por outro lado, a modificação na nomenclatura das disciplinas, de modo a elas terem um caráter mais orgânico no curso médico, com a transformação das disciplinas de *Biofísica Celular*, *Bioquímica*, *Fisiologia*, *Histologia Humana* e *Genética* em disciplinas de *Biofísica Médica*, *Bioquímica Médica*, *Fisiologia Médica*, *Histologia Médica*, *Genética Humana*, *Fundamentos de Microbiologia Médica*, *Fundamentos de Parasitologia Médica* e *Epidemiologia*.

A criação da Unidade Básica Santa Cecília, nessa época anexa ao HCPA, permitiu também um maior envolvimento de estudantes de graduação com profissionais de outras áreas da saúde e com a Atenção Básica. A disciplina de *Psicologia Médica* substituiu as disciplinas de

Desenvolvimento da Criança e do Adolescente e Desenvolvimento do Adulto e do Idoso e de Relacionamento Médico-Paciente, visando a integração dos conteúdos.

No ano de 2010, o *Currículo 242.00* foi completamente extinto e o curso passou a trabalhar completamente com o novo currículo, com algumas mudanças incrementais ocorrendo. A grade curricular passou, e continua passando, por diversas alterações. Alguns anos depois, a disciplina de *Promoção e Proteção à Saúde da Mulher* foi mudada da primeira para a quinta etapa do curso. Em 2012, foram incluídas no currículo obrigatório as disciplinas de *Introdução ao Raciocínio Clínico-Epidemiológico e Epidemiologia II*, além de serem criadas – ao longo do tempo - disciplinas adicionais, que não contabilizam créditos obrigatórios.

A partir da introdução do chamado *Currículo Medicina*, em 2005 e da saída do professor Manfroi (que entrou em aposentadoria compulsória no mesmo ano), houve uma modificação na dinâmica dos grupos que se formaram em torno do currículo da medicina da UFRGS. Ao final do primeiro mandato do professor Mauro Czepielewski, em 2009, o caráter conflitivo e de oposição entre um grupo que defendia mudanças curriculares mais profundas rumo a um currículo inovador e o grupo que defendia a manutenção de uma estrutura curricular tradicional se dissipou.

Basicamente há o estabelecimento de um “acordo negociado” (SABATIER & WEIBLE, 2010) entre os dois grupos, formando uma nova configuração venceu todas as eleições para diretor e vice-diretor da FAMED desde 2009, de maneira ininterrupta. Como já citado, em 2005 venceu o professor Mauro Antonio Czepielewski, do grupo que defendia uma formação tradicional. No primeiro mandato, seu vice foi Cláudio Paiva, professor de Departamento de Pediatria e mais favorável às mudanças curriculares. Já a partir de 2009, essa dicotomia não era mais tão clara. O professor Czepielewski foi reeleito, tendo como vice-diretor o professor José Geraldo Ramos, também do grupo que defendia um currículo tradicional, coordenador da Comgrad entre 2007 e 2009. O professor José Geraldo, por sua vez, foi o diretor da FAMED entre 2013 e 2016. Subsequentemente, a pessoa que foi vice-diretora na gestão de José Geraldo Ramos foi eleita a próxima diretora, a professora Lucia Maria Kliemann (que teve uma grande participação nas mudanças curriculares do início dos anos 2000).

Ao contrário da relação de oposição que ocorreu com a eleição de Czepielewski após Manfroi, a relação entre diretor e vice-diretor tem sido de continuidade. Tanto que na eleição de 2021, que reelegeu a professora Lucia Maria Kliemann ao cargo de direção da FAMED, apesar da

mudança na vice-diretoria (a professora Andreia Biolo substituiu o professor Luciano Zubaran Goldani), não houve oposição, sendo de chapa única.

Conforme o relato de um professor, que esteve envolvido na gestão, com esta transição “não houve depois disputa” (Entrevista 4). O cargo de vice-diretor tem sido como um cargo de transição para o de diretor, como uma capacitação para “aprender a fazer a gestão”, funcionando como “uma coisa que é natural”:

Então assim, quando a gente tá numa gestão, a gente está na gestão, a gestão não é nossa. Então, além de tu saber entrar, tu tem que saber sair. E uma das maneiras de saber sair é tu já ter pessoas que tu tenha uma dinâmica de capacitação, que tu possa capacitar essa pessoa a ficar no teu lugar. (...) E é aí que a coisa vai indo (Entrevista 4).

Ao mesmo tempo, a relação entre a Comgrad e a direção também mudou. De uma relação de proximidade e mesmo de liderança e protagonismo da direção da faculdade como nas mudanças curriculares (como quando o professor Manfroi esteve na Comissão do Promed e no NAU) houve uma separação. De um lado, a direção da FAMED ficou mais centrada na parte administrativa, enquanto o currículo ficou como tema exclusivamente da Comgrad. Conforme relato de uma pessoa do corpo docente, “o diretor não pode se envolver com assuntos curriculares” (Entrevista 4). Os conflitos anteriores, inclusive, teriam sido atribuídos justamente aos momentos em que a direção se envolvia com esses assuntos. Essa “divisão de poderes” com a respectiva independência da Comgrad seria uma das causas da unidade da faculdade desde então. Conforme o discurso de um professor ligado ao grupo mais tradicional:

A gente sempre teve uma postura, tanto uma parte quanto a outra, de independência. Eu digo que a Comgrad, ela tem que ser que nem o banco central, tem que ser independente da administração. Então a Comgrad tem as suas regras e as duas decisões. E sobre suas decisões a direção não tem que se meter. Porque são objetivos diferentes. Então a independência da Comgrad é extremamente importante. A Comgrad só pode ser questionada pelo conselho. Mas pela direção não. A direção, ele é um órgão administrativo. Ele tem que dar condições do curso existir, quer dizer, tem que dar condições para ter salas de aula, laboratórios, para ter pagamentos para os professores em dia, ter as férias dos professores. Essa é a grande... o diretor não pode se envolver com assuntos curriculares. Deixar isso a cargo do que é. A Comgrad da medicina, ela é um espelho do que são os departamentos. São os representantes departamentais, indicam qual o número de representantes de alunos. Então, tanto discentes quanto docentes tem que ter mais ou menos o mesmo poder. Claro que acaba o professor tendo um pouquinho mais, com o voto de minerva do coordenador. Mas nós temos que dar condições de discussão igualitárias entre os docentes e os discentes. E isso nós sempre procuramos dar e acho que isso sempre teve dentro da faculdade de medicina. E a Comgrad sempre foi, sempre agiu independente a direção. Se a direção quis se meter em algum momento na

Comgrad sempre dava rolo. Porque essa não é a função da direção. Como vice-diretor, o vice-diretor da medicina tem a função de coordenador do Internato. Aí é um pouco diferente porque assim, ele coordena uma partezinha do currículo que é o Internato. Partezinha importante, em termos de carga horária. Mas ele que coordena. Mas novamente, as decisões da comissão de Internato, elas têm que ser homologadas pela Comgrad. Então a gente tem que ter essa noção de separação. É o que eu chamo assim. O presidente da república não pode se meter em algumas coisas. Ele tem que dar autonomia para as entidades. Então os poderes têm que ter, digamos, iguais poderes e ter capacidade de conversar entre si. Então o que é hoje, eu vejo dentro de uma unidade da faculdade da UFRGS. Tem a direção que é um poder, tem o conselho que é o outro poder, seria o nosso legislativo, e teria as Comgrads com um outro poder, que é o poder do curso né?! E eles têm que saber medir essas coisas. Se começar a fazer brigas entre estes três poderes, tu acaba não trabalhando direito (Entrevista 4).

Por outro lado, quando entramos em contato com uma pessoa ligada ao grupo mais afeito às inovações curriculares para falar sobre as mudanças curriculares e a relação com a direção da FAMED, também recebemos a indicação de que seria mais adequado conversar com a coordenação da Comgrad, pois “em nossa estrutura administrativa, é a coordenação do curso que trata com as questões pedagógicas e organizacionais” (Entrevista 6). O discurso é de que as gestões passaram a ser mais técnicas e menos “políticas”, visando à melhoria do curso, ao invés da disputa de poder.

A gente sempre teve em disputas muito acirradas na faculdade de medicina. O que aconteceu? Aí é uma visão minha, uma visão de uma interpretação que eu tenho. (...) existiam sempre grupos que ficavam meio que fazendo disputas de poder. Então, talvez o objetivo maior fosse o poder e não a, digamos, a administração e melhoria do curso (Entrevista 4).

O discurso de um professor que fora vinculado ao antigo grupo que defende um currículo mais inovador coloca que, apesar de todas as limitações, as gestões desse período desse novo grupo que assumiu a gestão com um caráter mais tradicional propiciaram avanços, dada a maior abertura do grupo, em função das vivências experienciadas no processo de mudança curricular.

E é interessante que o professor (...) ele é mais tradicional. Ele, pela vivência na Comgrad, é uma pessoa muito aberta e tudo. Mas num espectro se tu colocasse ele não seria o professor da medicina social. Vamos colocar nestes termos. Mas ele sempre foi muito tocador das coisas, um operacionalizador, vamos dizer assim. Então nos períodos dele na Comgrad e na faculdade teve alguns avanços, mas também oportunizou que algumas coisas não fossem exatamente como se gostaria. Mas também a gente sempre tem que considerar isso né (Entrevista 2).

Conforme relato de uma professora ligada à atenção básica “se tu for pensar assim, de uma forma psiquiátrica, acho que existe um inconsciente coletivo se criando. Não é bem um inconsciente, mas tem um pensamento que é institucional. Eu penso que existe isso. Uma mente institucional que direciona as coisas” (Entrevista 5). O núcleo firme, o das crenças, que permite que o acordo entre as diferentes formas de pensar o curso se estabilize, é o sentido de identidade do curso de medicina da UFRGS, de que a formação deve ter um caráter especializado e tecnológico, com atividades dentro do hospital (ainda que algumas áreas possam e mesmo devam desenvolver suas atividades na atenção básica, mas não de maneira predominante), compreendendo que seria uma espécie de “vocação” do curso. A criação da UBS Santa Cecília parece ter sido um dos pontos “apaziguadores” do conflito, permitindo que se desenvolvessem atividades na atenção básica, ao mesmo tempo em que havia a centralidade do hospital, com uma mudança gradual, sem modificar necessariamente o modelo.

Eu acho que a gente que fazer uma contextualização também e respeitar essa característica, que nós somos uma escola que está fazendo 123 anos e que em 2002 tinha 103 anos. 103 anos com um corpo docente bastante envelhecido. Que nós vínhamos, que o Fernando Henrique³⁸, nós chegamos a ficar 20 anos sem fazer concurso para algumas áreas da medicina. Então nós tínhamos professores muito velhos, a média etária que nós tínhamos naquela época é muito mais velha do que é hoje. Mas assim, já éramos uma escola centenária com um hospital terciário vinculado. Então, a gente também se pensava... se pensou muito, se discutiu muito até que ponto todas as faculdades de medicina teriam que investir mais em atenção primária ou se a gente deveria deixar também as faculdades seguir a sua natureza. Seria um desperdício a gente tendo um hospital terciária a gente ficar só... não oferecer isso para os nossos alunos. Isso foi uma discussão importante que teve naquela época. Talvez um pouquinho por comodismo a gente ficou com a segunda opção, de ficar. Embora tenhamos aumentado a atenção primária dentro do nosso departamento. Quando eu fiz medicina há bastante tempo, não tinha Internato em medicina da família e comunidade (Entrevista 6).

Nós precisamos ampliar nossos modelos de ensino? Sim. Qual é o problema que nós temos, o grande erro - aí a minha opinião pessoal - o grande erro, o equívoco grosseiro é achar que tu vais corrigir os nossos problemas de ensino mudando os modelos. Isso é um equívoco grosseiro, um equívoco. "Não, não, o ensino de graduação da faculdade de medicina da UFRGS vai mudar, agora nós só vamos formar médicos gerais e o doutor vai dar aula no posto de saúde...", acabou com a nossa faculdade de medicina se fizer isso, acabou. E tem que ter um cara bom no posto de saúde e que ser um professor que tá aqui, porque se for no fim do mundo também não funciona. É uma aposta que tá sendo feita. Então o nosso posto de saúde [UBS] é para que haja essa interação com a instituição terciária (BUCHABQUI, 2010, p. 109).

³⁸ Fernando Henrique Cardoso, presidente do Brasil entre 1995 e 2003.

Nós estamos oportunizando uma experiência naquilo que nós temos de melhor, que é o nosso hospital universitário, nós somos privilegiados. (...) Eu acho que vai, mas o importante é o seguinte: a nossa vocação é essa (BUCHABQUI, 2010, p. 110).

De certa forma, ao longo do tempo, se estabilizou no próprio grupo defensor de um currículo tradicional a ideia de que as diretrizes curriculares não necessariamente eram algo ruim e que algumas das mudanças vieram para melhorar o ensino e modernizar a faculdade.

E essa mudança, embora possa ser fácil sob o ponto de vista teórico, assim, ninguém é contra. Na verdade, todo mundo é a favor das mudanças, quando tu vai discutir todo mundo quer que faça mudança porque os objetivos são muito bons, não é? Então as diretrizes vieram para mudar para uma coisa melhor e todo mundo era favorável (Entrevista 4).

Ou seja, vemos aqui que esse processo de modernização não é visto mais como uma ameaça para a formação tradicional no curso, uma vez que não mexia com as questões centrais das crenças desse grupo, qual seja a formação hospitalocêntrica e a especialização. O fato também do ensino de graduação ser considerado “o primo pobre do negócio” (Entrevista 5), dada a predileção docente pela pesquisa e pela pós-graduação, fazia com que aqueles que defendiam uma ênfase nas especialidades pudessem ser contemplados nas suas atividades. Isso também abriria espaços na graduação para professores/as e atividades mais ligados à atenção básica. Desde 2016 a Comgrad é coordenada por uma professora do Departamento de Medicina Social, a Dra. Cristina Rolim Neumann, que anteriormente tinha sido chefe do serviço de atenção primária do HCPA.

A questão da formação especializada precoce aparece dentro desse contexto como sendo um elemento fundamental da “grife”, ou do status que fazer parte da UFRGS traz, tanto ao grupo de discentes quando de docentes. O grupo de discentes é considerado “diferenciado”, que precisa de uma formação que leve em consideração isso. Já as pessoas do corpo docente de mais destaque são especialistas que inspiram discentes a seguirem em sua área.

É... É, eu acho que os alunos da Universidade... sem dúvida nenhuma os alunos da UFRGS são os alunos mais bem preparados, né, são os que mais estudaram, são diferenciados do ponto de vista do conhecimento. Ele [o aluno], em geral, já é um profissional que já tem que fazer um vestibular mais difícil, já tem que se acostumar com essa questão da concorrência. Em geral são pessoas realmente mais diferenciadas do ponto de vista intelectual (BUCHABQUI, 2010, p. 77)

É, eu acho que a gente sente é uma sensação que tem uma especialização precoce. E evidentemente que aí, isso eu senti quando eu era aluno da medicina, que a gente sempre tem mais empatia, mais afinidade, maior gosto por uma determinada coisa, mas é em razão do professor... Um bom professor, eu acho que te influencia num sentido (BUCHABQUI, 2010, p. 83).

A centralidade hospitalar do currículo e o fato de que muitas das pessoas que compõem o corpo docente apenas fazem atividades de “supervisão” de discentes no hospital, tendo uma pequena carga horária na faculdade e o restante no Hospital de Clínicas, faz até mesmo com que pessoas do corpo docente se enxerguem como funcionários ou funcionárias do Hospital de Clínicas e não necessariamente como docentes da Faculdade de Medicina, o que muito difícil de modificar essa visão. Essa questão não é necessariamente vista como um problema, mas como algo que faz parte dessa ligação estrutural do curso com o HCPA. “Nós temos uma relação muito, muito estreita. Muitos professores até se enxergam como empregados do HC, porque nós temos uma série de responsabilidades com a atenção à saúde” (Entrevista 3), salienta um professor em depoimento.

Não é que não haja dissensos na opinião do corpo docente. Esse acordo negociado que levou à eliminação de conflitos mais acentuados entre os grupos componentes da comunidade política, tirando a centralidade de uma mudança no paradigma de formação, fez com que crenças menores discordantes fossem consideradas parte da diversidade do curso. Alguns departamentos tendem a ser mais voltados para ideias inovadoras, como o departamento de pediatria, por exemplo, cujas atividades se mantêm na atenção básica e, em grande medida, no trabalho calcado na medicina comunitária.

Não, não é homogênea dentro da faculdade, mas não é exclusiva da pediatria. Se eu te passei essa ideia, não é verdade. O nosso departamento ele se destaca pela atuação comunitária, agora o que é em parte o que as diretrizes recomendam. (...) Nesse sentido, voltando ao início da tua pergunta sobre o envolvimento do nosso departamento de pediatria com atividades fora do hospital, isso é uma coisa que de fato o departamento de pediatria sempre liderou na faculdade de medicina da UFRGS e até de certa maneira tem se mantido quase que isolado de todos os departamentos. Nós temos 8 departamentos e agora tem o de nutrição também, que faz parte da faculdade, que é um departamento, mas ele está mais ligado ao curso de nutrição. Nos 8 departamentos clássicos do curso médico, o nosso, de pediatria é praticamente o único que sai para atividades que nós chamamos de extramuros. Fora daquele ensino intra-hospitalar (Entrevista 3).

A renovação do modelo pedagógico parece ser central nesse processo de aceitação de algumas mudanças, enfrentando resistência de alguns departamentos, mas não a ponto de minar o grupo.

Esse movimento forte, intenso, para renovar a pedagogia é até liderado mais por professores do departamento de medicina interna, que como eu te disse é o maior departamento de todos, então ele é multifacetado, mas tem muita gente interessada em progredir na metodologia pedagógica, digamos assim. E sim, tem alguns departamentos que são tipicamente mais resistentes. Eu diria que gineco-obstetrícia, cirurgia. Talvez pelo perfil mais de atuação prática. O cirurgião quer operar, o ginecologista quer fazer parto e tal. Então, talvez isso aí tenha algum papel, mas de qualquer maneira, nestes encontros que eu te falei, que tem sido bem concorrido, sempre tem bastante gente da cirurgia que é também um departamento grande e também da gineco-obstetrícia. Não é homogêneo, mas ele tem um alcance bem amplo, ninguém fica de fora. Ninguém fica de fora e realmente isso tá tomando um impulso que eu diria positivo, do ponto de vista do NDE, que tu sabes que é o órgão que se preocupa em zelar pela atenção ao que está previsto no projeto político-pedagógico (Entrevista 3).

Até mesmo departamentos que são maiores e possuem em seu “DNA” uma característica mais hospitalar procuram efetuar mudanças metodológicas no ensino visando formar estudantes mais qualificados/as, com foco especialmente nas novas tecnologias existentes.

O currículo está sempre em modificação e tem que ser modificado porque o mundo muda. Nós temos novas tecnologias e a gente tem que se adaptar a elas. Por exemplo, cirurgia robótica. Cirurgia robótica é uma coisa que nós começamos a fazer no HC em 2013. E eu nunca tinha ouvido falar em cirurgia robótica antes de 2005. Então eu nem imaginava em 2005 que em 2015 eu estaria fazendo cirurgia robótica. 10 anos mudou muito. E isso evoluiu e isso não tá no currículo ainda. Quer dizer, a medicina ela vai mudando rapidamente e a gente pra colocar isso dentro do ensino demora mais tempo (Entrevista 4).

Dado que a lógica hospitalar se sobressai, o principal ponto de resistência é com relação ao envolvimento de estudantes na comunidade e na atenção básica, algo que são poucos departamentos que desenvolvem, e ocorre mais especificamente na Medicina Social e na Pediatria. Porém, como isso não impede o desenvolvimento das atividades, tanto no grupo com o caráter mais hospitalar, como no grupo que trabalha na atenção básica, não há ruptura no grupo.

Então isso o NDE tá preocupado em fazer, já que inclui estas perspectivas pedagógicas, ações mais inovadoras em termos de trazer o aluno para o centro das atenções, não só passar conhecimento. Então a gente se interessa, mas essa questão de atender as diretrizes no sentido de olhar para a comunidade, para as necessidades da população, é algo que tá muito difícil de virar, assim, eu te diria isso (Entrevista 3).

O aperfeiçoamento das atividades de integração básico-clínico e a introdução de metodologias ativas nas disciplinas têm um papel importante na visão de que o curso, apesar de ser reconhecido como tradicional, consegue também satisfazer docentes com um perfil mais voltado para as inovações. Conforme relatado por uma professora que atua na atenção primária:

E agora a gente tem um currículo que, em que pese ele ser um currículo tradicional, ele é um currículo intermediário na verdade, porque ele tem várias disciplinas que fazem a integração básico-clínica, neste período do básico com a parte do quarto ao oitavo, mais clínicas. A gente tem várias disciplinas que fazem esta integração básico-clínica (Entrevista 5).

O episódio mais esclarecedor da modificação na estrutura das disputas dentro da FAMED ocorreu com a adaptação do currículo às DCN de 2014, quando o MEC passou a exigir que o curso de medicina, além da já realizada ampliação do Internato para 24 meses, ampliasse a carga horária na atenção básica, sob o risco de o curso sofrer sanções.

Nós fomos demandados na época, não tivemos como escapar, de termos que assumir a reforma curricular do MEC (...), Mas existiu uma mudança nas diretrizes curriculares e a UFRGS não tava botando em prática e chegou um momento em que eles tavam com a faca na bota. “Vem cá, ou vocês botam isso em prática ou vocês vão perder”. Eu não diria perder porque ninguém ia ser louco de tirar os créditos da medicina, dizer que aqui não é mais um, não pode mais formar ninguém. Mas eles começam a complicar, dizer que vamos perder pontuação e chegou o momento que nós temos que implementar as malditas diretrizes curriculares. Qual eram as diretrizes de uma forma – aí tu já sabe, mas vou repetindo – qual era o maior impacto? Eles precisavam que as coisas fossem muito mais saúde básica, 60% do currículo teria que ser em saúde básica. E o restante... isso eu tô falando não nas cadeiras básicas, eu tô falando de ciclo clínico e principalmente no Internato. Este foi o grande nó da jogada. O Internato da medicina que era um ano passou para um ano e meio e chegou a 2 anos. Eu cheguei a estar presente nesta mudança, mas quando eu entrei na Comgrad já eram os dois anos de Internato. A grande mudança curricular era que o médico que se forma tem que ser um médico de saúde básica. Então o Internato, 60% no mínimo do Internato tem que ser em saúde básica (Entrevista 7).

Essa exigência tocava justamente no ponto mais sensível que mantinha o acordo formado a partir de 2005 estável, que era o respeito à lógica hospitalocêntrica e especializada do curso. A crença central era a ideia de que nem todos os cursos de medicina precisavam formar generalistas e que a medicina da UFRGS era uma universidade de vanguarda, que tinha como característica a formação de especialistas nas suas áreas de conhecimento e de profissionais de excelência na pesquisa.

Conforme o depoimento abaixo, isso seria um fator diferencial para a formação de discentes da UFRGS. Mudar o currículo para lidar predominantemente com a atenção básica e a formação de generalistas seria baixar o padrão do curso, por não estimular a procurar o “raro”, a investigar a fundo as doenças, acarretando até mesmo em impactos positivos na atenção básica.

Qual era o pensamento – (...) eu tô dizendo qual era o pensamento que a Comgrad tinha como um todo, e as comissões que se criaram pra poder botar isso em prática, qual era o pensamento – “gente, existe faculdade para tudo. Têm faculdades que irão fazer excelentes profissionais de saúde básica e têm faculdades que precisam formar o cara que vai ser top de linha de ponta de pesquisa”. Então, essa era a nossa lógica. (...) Um são muito mais predispostas a formar excelentes médicos básicos. E outros muitos mais pesquisadores. Bom, é essa a nossa ideia. Por que que todo mundo tem que ser básico? Não tem. E onde que fica a qualidade do ensino depois, e das pessoas top de linha que vão puxar o conhecimento? E a UFRGS sempre foi uma universidade que se entendeu por ser uma universidade de vanguarda, de busca de pesquisa, de estar no top das coisas, de fazer o melhor. Então nós não concordávamos com este currículo porque este currículo ele viria a formar, a tirar do nosso aluno experiências extremamente ricas que eles tinham e que eles não veriam em outros lugares. Não estimulariam ele com um conhecimento diferenciado. E, desculpe de novo se eu estou sendo prolixo, mas eu sou da seguinte ideia: se tu expõe o aluno a entender o que é o mais comum da medicina, ele vai saber tratar muito bem o comum. É óbvio que 90% das coisas são comuns. Não tenho a menor dúvida, 90% das coisas são comuns. E se tu ensina todos os médicos a atender 95%, nós estamos show de bola. 95%. Mas se tu tá muito, se tu só viu o comum, tu não vai estar atento para o raro. Porque tu nunca viu o raro. Então tu não ta estimulado, tu não treinou o teu olhar pro raro. Agora tu pega um aluno que ele vivenciou o raro, por mais que ele vá trabalhar no postinho, lá do fundo do bairro mais pobre, que é onde ele vai ver só gripe, hipertensão e diabetes, ele vai ta sempre olhando para aquele paciente e pensando assim: “mas será que não pode ser aquela síndrome não sei das quantas?”. E ele vai procurar investigar. E aí ele vai achar. E aí ele vai conseguir salvar aquele 1%, aqueles 2% da população que não teriam diagnóstico porque o médico não tem um olhar específico pra isso. Então eu sou da ideia de que o médico precisa ser exposto a coisas muito sofisticadas pra ele poder ter este olhar. E não é só a minha visão. É a visão de muitos colegas. Eu não vou dizer que é a visão de todos, mas de muitos colegas. Então nós tínhamos por norma, por lógica, de que a missão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, setor medicina, era ser vanguarda. E que nós passarmos a régua, baixando para um padrão simplório, aquilo seria contraproducente, para aquilo que a gente entendia que seria a nossa missão em termos de ensino. Ou seja, te passei a lógica da coisa (Entrevista 7).

Além disso, a diversidade da gama de especialidades ofertadas no curso ofereceria um maior leque de possibilidades para discentes formados traçarem suas trajetórias profissionais conforme seus interesses.

O aluno entra na medicina e tu não sabe o que ele vai ser, ele pode ser qualquer coisa. Ele pode querer ser um cientista básico, ele pode querer ser um clínico, ele pode querer ser uma outra coisa que nem precisa saber tanta coisa de célula, ele pode querer ser um cara da ciência do comportamento, que é mais distante destas coisas. Mas tu não sabe.

Então tu tem que ensinar tudo pra despertar o melhor de cada um, para cada um poder decidir (...) Tu tem que ter uma pesquisa básica forte para direcionar os talentos, tu não saber quem é que está entrando, tu tem que estar pronto para todos (Entrevista 5).

Essa crença sobre como deveria ser estruturado o curso se tornou hegemônica, ao menos dentro da Comgrad da época. “Ninguém da medicina concordava com isso” (Entrevista 7), afirmou um professor, ao se referir à exigência dos técnicos do MEC de que 60% do Internato fosse em serviços de atenção básica.

Ninguém, ninguém. Nem o pessoal da medicina de família. Se tu me dizer assim: “ah mas tu conversou com todos?”. Não, eu não conversei com todos. Mas eu estava na Comgrad e eu não me lembro de ninguém, nenhuma voz dizendo “gente, nós temos que implantar 60%”. Não tinha ninguém. Então até a atual coordenadora da Comgrad que é da medicina de família e que sempre foi uma defensora destas coisas básicas, ela também não achava que a gente devia botar os 60% de atenção básica (Entrevista 7).

Por outro lado, mesmo com a estratégia adotada que permitiu as modificações sem maiores conflitos, nem todos os professores viram isso com bons olhos.

A Comgrad nova daquela época, não se propôs a fazer... funcionou muito diferente. Ao invés de fazer reuniões com os departamentos, eles mandavam e-mail para os professores e marcavam reunião. Quando os professores não vinham, eles consideravam que os professores estavam de acordo com as propostas da Comgrad. Aí eles fizeram uma coisa que, na minha opinião, não foi a melhor do mundo viu. Que foi... como tinha que aumentar a inserção na atenção primária, eles simplesmente pegaram aqueles 18 meses de Internato, das cinco grandes áreas, tirando a medicina de família e comunidade, as quatro grandes áreas - cirurgia, medicina interna, pediatria e ginecologia e obstetrícia - e eles dividiram o Internato de 12 meses em 12 Internatos. E cada uma das grandes áreas tinha que ter um Internato em medicina básica. (...) só que na minha opinião isso foi um migué, sabe? Eles mudaram o nome para parecer no currículo e não mudou absolutamente nada. (...) não mudou nada o Internato (Entrevista 6).

De qualquer modo, os chefes de departamentos na Comgrad foram mobilizados para apresentar as propostas de modificação em seus Internatos separadamente, de modo que atendessem aos requisitos do Governo e os seus problemas internos, adaptando as normas às necessidades entendidas pelo seu grupo de docentes como mais fiéis a essa ideia de como o curso deveria funcionar. Além da pressão externa, questões internas, de cunho administrativo, já alertavam para a realização de mudanças no Internato. Essa necessidade de modificação também motivou a Comgrad a resolver os problemas existentes no sistema de avaliação dos Internatos.

Isso não só pelo governo. Primeiro por este motivo, porque a gente precisava mostrar que os ambulatórios eram de uma forma mais básicas, mas também por uma questão administrativa que nos incomodava, que a gente aproveitou e vamos aproveitar esse burro passando e subir porque nós estamos precisando dele. (...) E quando vem esse negócio do governo a gente “uhuul! É agora que a gente vai pegar o embalo”. Aí nós dividimos os Internatos em 3 porque nos facilitou as avaliações (Entrevista 7).

A solução proposta foi a compartimentação dos Internatos em períodos menores, de um a três meses, com a troca de nomenclatura de algumas atividades e a fusão de algumas especialidades. Assim, se antes se tinha um *Internato de Pediatria*, este foi dividido em *Internato de Pediatria – Internação e Especialidades* e *Internato em Pediatria – Neonatologia e Alojamento Conjunto* e assim por diante. Desse modo, foi possível classificar o Internato nas categorias de atenção básica, sem efetuar grandes mudanças no seu caráter.

Conforme o depoimento de um professor “mudamos algumas coisas? Poucas coisas, mas que no fundo não mudou a qualidade que a gente entendia que a UFRGS tinha que ter” (Entrevista 7). Ao final desse processo, devido à pressão das entidades médicas em nível nacional, as DCN de 2014 estabeleceram a obrigatoriedade de que pelo menos 30% (e não 60%) fosse em atenção primária e em serviços de urgência e emergência do SUS. Atualmente, conforme entrevista (Entrevistas 5 e 6), o curso está novamente em processo de revisão dessa reformulação do Internato.

A partir de 2005, com as mudanças na estrutura dos grupos que disputam o poder da FAMED, as alterações tiveram um caráter mais incremental, como a adaptação do Internato às novas normativas. Em grande medida isso também se deu pelo fato de que após o Promed, a própria atenção dos Ministérios da Saúde e da Educação se voltou para programas de menor impacto nas mudanças curriculares, como o Aprender-SUS, o VER-SUS, o Pet-Saúde e, posteriormente, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Com mais visibilidade no cenário nacional, o PMM tinha foco mais na criação de novas escolas médicas e na ampliação de vagas do que nas mudanças curriculares.

Dentro da Universidade, o restante dos recursos do Promed foi para a aquisição de materiais para os laboratórios (em 2014, por exemplo, foi inaugurado o Laboratório de Ensino a Distância) e menos para a formação dos professores e para as mudanças curriculares em si. Além disso, muitos dos esforços de inovação após a reforma de 2005 ficaram centrados mais na pós-graduação do que na graduação.

Das propostas que foram feitas, eu acho que não houve mais seminários, não houve mais intercâmbio com outras... e os recursos financeiros foram utilizados todos na montagem do laboratório de atividades. Laboratório de atividades práticas, que nós tínhamos começado a comprar em partes e que fazia parte do treinamento prático dos alunos. E os recursos foram encaminhados nessa direção. E eu não vi mais nenhum movimento de mudança, a não ser o currículo de 24 meses, porque não daria mais pra voltar, porque é por lei (Entrevista 1).

Também se conseguiu montar um laboratório de informática. Algo que parece obvio hoje, mas que naquela época era uma grande coisa, conseguir o espaço, 25 computadores, a disposição dos alunos... foi uma coisa louca. Parece comum, mas ali em 2000 e pouco era bastante. Então isso dava um up! (Entrevista 2).

Algumas coisas avançaram na direção de um modelo de ensino mais inovador, enquanto outras foram na direção de um currículo mais tradicional. “De fato algumas modificações foram implementadas, posteriormente algumas delas por outras influências mais adiante foram revistas. Então, teve avanços e recuos também” (Entrevista 2).

Com relação às disciplinas que visavam integração entre os ciclos básicos e clínicos, foram realizadas diversas modificações. Iniciou como uma disciplina de História da Medicina, com o intuito passar uma visão histórica e humanista sobre o cuidar, o que acabou durando pouco tempo, pois o corpo docente e mesmo discentes consideravam ela muito teórica, acabando por ser dissociada da prática médica. “Só que, pelo amor de Deus, eram 3 horas semanais para ti falar de história da medicina durante 18 semanas. O próprio professor da época que assumiu a disciplina dizia que ‘isso aí é um absurdo, nem eu aguento falar tanto tempo de história da medicina’” (Entrevista 7). Posteriormente ela foi transformada em uma espécie de seminário, reunindo alunos e alunas para discutir questões relativas à prática médica, o que também gerou uma série de críticas.

A integração, a disciplina integradora, eu fui convidado para assistir depois, o que eles chamavam de disciplina integradora, era aula que os professores davam para os alunos, 70 alunos numa sala fechada e os professores discursando o que eles na vida como professor e como médicos na sociedade e no consultório deles. Então era mais uma coisa de autopromoção do que propriamente de integração (Entrevista 1)

Até que finalmente ela foi reformulada para os parâmetros que se mantêm até hoje, com o nome de Atividades de Integração Básico-Clínica, estendendo-se da primeira à quarta etapa do curso. Ela faz parte de um rol de disciplinas que não é exclusiva de nenhum departamento, sendo

coordenada pela Comgrad e composta por docentes de diferentes áreas da medicina. Nessa disciplina, discentes são divididos em pequenos grupos, misturando atividades teóricas e práticas, com seminários e entrevistas. Apesar de trabalhar numa ótica da saúde da família, ela ainda é centrada no adoecimento.

O objetivo da disciplina ele foi todo construído em dizer assim: “cara, o que é ser médico, o que é ser alguém adoecido, o que o paciente ou a pessoa adoecida espera do médico e da equipe médica, o que é pertencer a uma família onde existe alguém adoecido e o que se espera, o que essa família espera da equipe e do médico?”. Essa foi a grande lógica da integradora (Entrevista 7).

Ainda, as atividades são realizadas predominantemente em sala de aula e no entorno do hospital, de acordo a área de atividade do/a professor/a responsável.

Nós temos quase todas as atividades em sala de aula. São grupos pequenos, grupos de 10 alunos. Nós dividimos em grupos de 10, 11 alunos, então cada professor fica com um grupo bem pequeno. Só que dentro destas atividades, quando nós vamos entrevistar pacientes, ou a gente leva os pacientes até a faculdade, que é do lado, ou nós vamos ao hospital e eles vão ao leito conhecer, pode ser uma UTI. Tem professor que é da UTI, por exemplo. Então ele leva os pacientes para a UTI, para conversar com os pacientes e com o familiar. Então é o cenário onde o professor tá inserido que ele leva os alunos pra lá, ou numa emergência, ou em algum lugar. É este o cenário, dentro da faculdade e o hospital, a gente não vai para outros lugares (Entrevista 7).

Cabe salientar que, aos poucos, esse caráter das disciplinas integradoras está se modificando, com a recente introdução (em 2019) de grupos de tutoria, metodologias como o PBL e de atividades na UBS Santa Cecília (Entrevista 5). Poucas disciplinas utilizam de atividades extramurais no curso. Além disso, os departamentos que realizam atividades na atenção básica o fazem predominantemente na UBS Santa Cecília e em serviços especializados.

Como citado anteriormente, na UBS Santa Cecília se desempenham atividades de atenção básica, em conjunto com profissionais da SMS de Porto Alegre. Ela está integrada ao Hospital de Clínicas. Entre os fatores que docentes associam a esta lógica hospitalocêntrica está, além da própria natureza das atividades realizadas pelos diferentes departamentos e o acesso facilitado aos recursos fornecidos pelo hospital, a comodidade que a atuação na Santa Cecília permite. Docentes estacionam o carro dentro do espaço reservado no Hospital, por exemplo.

Então eu vou na UBS Vila Cruzeiro, trabalho lá (...). Enquanto tem alunos do Internato que estão lá na neonatologia, na internação pediátrica do HC, no décimo andar, nós estamos lá na Vila Cruzeiro. Tem um corpo de professores e de alunos que vão na UBS Santa Cecília, que faz a mesma coisa que nós fazemos lá fora, só que é dentro do Hospital de Clínicas Se integram bem, mas ali naquela unidade, dentro do HC. Estacionam o carro no estacionamento dos professores do HC. Eu não. Eu tenho que ir lá para a Vila Cruzeiro, se tem tiroteio lá, eu tenho que cuidar, tenho que estar alerta. O grupo da comunidade lá tem grupo de WhatsApp que avisa quando a situação tá tensa, que a gente tem que ficar com o pé atrás (Entrevista 3).

Assim, atividades em outras UBS são realizadas predominantemente no departamento de pediatria, dando continuidade àquelas que eram desenvolvidas desde as reformas feitas no currículo na década de 1980, com o estabelecimento de parcerias que não chegaram a ser rompidas com os antigos postos de saúde. Nesse sentido, houve avanço no trabalho integrado com a atenção básica, especialmente com a medicina social, mas ainda há dificuldade em realizar estas atividades em outros locais, sendo menos comum do que nos períodos anteriores. Segundo um professor da pediatria:

Nós trabalhamos na Vila Cruzeiro, que nós ficamos muito tempo no Postão da Cruzeiro, no postão da Vila dos Comerciantes. Só ano passado com essa reviravolta que deu com o fim do IMESF e os contratos que a prefeitura fez nos perdemos espaço lá e nos transferimos para a UBS Vila Cruzeiro, que é uma unidade pequena, que é junto à FASE. O antigo postinho da FEBEM, como eles chamavam lá na Rua Capivari. E a gente trabalha lá. A gente leva médicos, residentes, doutorandos, que são os formandos, que estão no Internato. Internato de pediatria e alunos desse 8º semestre. Então estes 3 grupos vão diariamente lá na UBS, sempre com os professores. É algo que eu te ressaltar, que é o único departamento da faculdade de medicina que saem do Hospital de Clínicas e vão trabalhar com os alunos lá na comunidade (Entrevista 3).

Se por um lado temos avanço na atenção básica com a construção da UBS Santa Cecília a partir dos anos 2000, inserindo estudantes mais precocemente nos serviços - ainda que com menos atividades em de caráter comunitária em relação aos anos 1980 (“Todo esse lado, essa faceta das diretrizes, tá muito devagar na nossa faculdade de medicina”, Entrevista 3) -, o desenvolvimento de novos modelos de aula progressivamente caminha rumo à inovação, com professores e professoras participando de seminários de formação e remodelando as disciplinas de modo que permita aos e às estudantes atuarem em cenários de prática, com metodologias ativas e a centralidade do/a aluno/a.

Do ponto de vista de, vou te dizer, pedagogia. O olhar para as transformações pedagógicas e isso tá se aguçando muito e tem muita gente se interessando por trabalhar

com isso. Então tem tido assim, muitos seminários de professores com bastante sucesso envolvendo um número grande. Tu diz assim, vamos fazer um seminário e só tem 100 vagas e lota, fica gente de fora porque não consegue entrar. Então, muitos seminários, muita discussão, muitas atividades para discutir o lado pedagógico assim. Essa questão da metodologia ativa, trazer o aluno para o protagonismo dos processos de aprendizagem e não de ensino propriamente dito e reformular nosso papel como tutor, mentor, orientador. Então isso tá em ebulição dentro da faculdade de medicina eu diria e tá mudando muita coisa. Só para tu teres uma ideia mais prática, essa disciplina do oitavo semestre, que é pediatria – estágios, nós, até este ano, tínhamos uma atividade de ensino semanal que era uma aula, vamos dizer assim, vamos chamar de aula. E eu diria que 80% dos professores que davam essas aulas, davam uma aula expositiva. Apresentação em PPT e vomitavam conhecimentos teóricos para os alunos. Eu não fazia isso, eu era um dos professores que mandava mensagem previamente para os alunos, com algum material para leitura sugerida e que na hora eu fazia eles produzirem coisas que eles pensavam em termos de trabalhar com aqueles conteúdos. Então agora mudou a regência, então assumiu uma colega nova, que é uma professora mais jovem no departamento que tá a uma meia dúzia de anos e tá mudando. Próximo semestre agora, que começa em janeiro, todas estas atividades vão ser baseadas em discussão de casos práticos, com grande protagonismo dos alunos. Então ela tá se empenhando muito em fazer isso e tá tendo uma resposta excelente de professores que já tão na disciplina há muito tempo, porque todos sentem essa necessidade de ter este comprometimento com este trabalho que é novo na nossa faculdade (Entrevista 3).

Essa tendência ao uso de metodologias ativas é reforçada pela concepção de que a própria natureza do ensino de medicina, em especial no que tange às atividades do ciclo clínico, possui características que a aproximam das metodologias ativas.

É que cada disciplina tem a sua metodologia. Por exemplo, as disciplinas de epidemiologia trabalham com projeto. Não são todas iguais, a gente tem três epidemios. A epidemia 1, que é uma disciplina do terceiro semestre, que está dentro do ciclo básico. Porque quarto em diante é só metodologia ativa. É medicina, né? Tem metodologia ativa desde Hipócrates. É tu do lado do paciente, alguém te ajudando, vendo a realidade. Quer dizer, não tem nada mais ativo do que... a medicina já nasceu um curso moderno. Eu penso assim, sempre foi desse jeito (Entrevista 5).

A existência da UBS Santa Cecília, por outro lado, é vista como uma grande conquista por pessoas do corpo docente, pois dá aos e às estudantes possibilidade de um contato direto com um serviço de atenção primária.

É uma faculdade extremamente voltada para a coisa técnica. Ela tem essa coisa que é uma riqueza, não é uma fraqueza. Uma riqueza. Uma pesquisa muito boa, muito avançada, de ponta, com recurso, com parque tecnológico. É uma boa faculdade. Ao mesmo tempo, a gente tem uma atenção primária forte. Quantas faculdades tu conhece que tem um posto de saúde que é seu? Pra chamar de seu. A gente tem um posto de

saúde pra chamar de nosso. A nossa faculdade tem. E tu tem uma pessoa da saúde da família coordenando o curso³⁹. Que também é uma coisa bacana (Entrevista 5).

Outra modificação importante foi a redução da carga horária do curso, que diminuiu de cerca de 11 mil horas para um pouco menos de 9 mil horas. Esse processo passou não apenas pela reformulação curricular do curso, reorganizando as disciplinas, mas também pela exclusão de algumas disciplinas que tinham horários ociosos e que não estavam mais sintonizadas com os objetivos do curso. Assim, foi possível “pressionar”, de certa forma, aqueles e aquelas que eram mais resistentes em adotar metodologias mais ativas a se atualizarem junto ao projeto pedagógico do curso, minando algumas fontes de resistência.

Pra ti ver em que pé nós chegamos. Nós chegamos ao ponto de dizer para os caras assim: “ou vocês fazem, ou nós vamos denunciar isso, nós vamos cortar a disciplina de vocês”. Então com isso nós conseguimos tirar muita carga horária. (...) E ficou algumas disciplinas que estavam precisando ser remodeladas porque não se enquadravam mais. Isso foram coisas que foram feitas (Entrevista 7).

Tal processo não foi simples, pois a própria estrutura burocrática da instituição, com a divisão em departamentos relativamente autônomos, a estrutura das contratações e até mesmo questões relacionadas ao status de estabilidade de docentes do curso, enquanto funcionários públicos, traziam dificuldades. Mesmo docentes recém-contratados, muitas vezes tinham objetivos pessoais que iam na direção contrária dos objetivos institucionais, preferindo a pesquisa ao ensino, por exemplo.

Porque infelizmente existe dentro – e daí eu não sei se isso é uma coisa da medicina ou isso é uma coisa de funcionário público como um todo – mas a gente percebe o seguinte: muitos professores se candidatam a uma vaga dentro da universidade e no que eles entram na faculdade, eles priorizam o seu bem-estar. É “o que eu quero fazer”. “Eu quero estar aqui e quero fazer só pesquisa”. “E eu quero fazer pesquisa só nesta área”. Tá, ok, mas a faculdade precisa dessa vaga para que tu dê aula para aquele aluno. “Ah não, mas eu não posso, eu vou fazer pesquisa”. Então tem muito, se perde muito nisso, de professores que entram autodeterminados a fazer o que eles desejam, e eles precisam daquela vaga na universidade para eles fazerem o que eles desejam e assim por diante. Só que quando tu vai fazer o currículo pensando no aluno – e aí é este ponto que eu queria chegar – o grande empecilho é o professor. Porque tu tem que conseguir convencer o professor que o que ele tem que ensinar não é aquilo que ele ta querendo, mas aquilo que a gente, que a universidade entende como necessário, que o NDE pensa que é o ideal pra universidade, é o que vem a diretriz do MEC – por mais que a gente

³⁹ Atualmente o curso é coordenado pela professora Dra. Cristina Rolim Neumann, do Departamento de Medicina Social.

não concorde. (...), Mas a grande dificuldade para qualquer mudança dentro da universidade é tu convencer o professor que está empossado da sua cadeirinha, que “daqui ninguém me tira, daqui ninguém... né, porque eu tenho vitalidade, ninguém pode me botar pra rua”, porque tá ali vitalício. E o professor tá lá e ele diz que não quer colaborar. E isso na medicina a gente muito... A gente chegava e dizia “cara, nós precisamos mudar isso aqui, todo mundo entende que tem que mudar”. “ah, mas eu não concordo, eu não vou dar”. Esse é um dado que é importante (Entrevista 7).

A pesquisa de Buchabqui, (2010), sobre o perfil do corpo docente do departamento de cardiologia da FAMED, traz essa questão de as contratações dos departamentos terem maior preocupação com a pesquisa e a pós-graduação do que necessariamente com o ensino da graduação. Isso é fruto, inclusive, do próprio processo seletivo que, “é totalmente direcionado, é pra professor de pós-graduação e tu cobra do cara a graduação” (BUCHABQUI, 2010, p. 76) e que “para ingressar como docente na Universidade tende-se a sobrevalorizar a pesquisa, distanciando professores de um maior empenho reflexivo em relação ao ensino” (BUCHABQUI, 2010, p. 73).

Grande parte do corpo docente é contratada primeiro para trabalhar no Hospital de Clínicas para depois ingressar em concurso na FAMED. Assim, o corpo docente fica muito envolvido com as atividades do hospital, dentro de suas especialidades, deixando as atividades de ensino em segundo plano. Isso ocorre até mesmo porque o ensino é a atividade secundária de muitos, contratados apenas em contratos de poucas horas no curso, um problema recorrente desde as avaliações dos anos 1990.

O médico ele é muito projetado dentro do hospital. O hospital ele é muito grande. Ele pega o médico e absorve muito o médico e acaba esquecendo o resto que a universidade tem a sua disposição (Entrevista 4).

“O ensino da medicina é marcadamente hospitalocêntrico, como dissemos. Apesar de haver outros cenários de ensino médico, a predominância quase absoluta é do ambiente do hospital, que é o espaço de aprendizado hegemônico e privilegiado pela escola médica” (Buchabqui, 2010, p. 55).

Então aquela força hospitalocêntrica, lá das primeiras reformas do século passado, flexneriana como as pessoas costumam dizer, ainda é uma coisa muito forte no nosso currículo. (...) A nossa faculdade sem dúvidas tem aquela força flexneriana que puxa pra dentro do hospital e aquele tipo de segmentação em especialidades: “A eu sou cardiologista, eu sou o cirurgião vascular, então tem que ensinar para os alunos isso aqui, infarto agudo do miocárdio” (Entrevista 3).

Além disso, questões de cunho ideológico que envolvem a alegada “tradição” da universidade muitas vezes são trazidas nos discursos como elementos para justificar a dificuldade de modificar não somente a estrutura do currículo, como também as próprias metodologias das aulas.

A nossa já tem mais de 100 anos, 120 anos já, mas a minha ideia é que as faculdades mais tradicionais acabam sendo mais emperradas. Primeiro porque são grandes. O nosso corpo docente é muito numeroso. Nós temos mais de 300 professores. Acho que é a unidade maior da UFRGS. Só as engenharias que são tão variadas assim. Eles são variados, a medicina não é tão variada, ela é mais homogênea, mas ela tem um grupo grande de professores. A minha ideia é que este tipo de escola por ter um trabalho mais longo, de mais tempo, mais estável e com muita gente acaba tendo dificuldade de assumir novas metodologias de ensino e novos olhares, pelo tipo de formação que se dá no médico como as diretrizes curriculares, começando pela de 2001 que foi bem revolucionária. Essa segunda só adequou algumas diretrizes. Eu tenho essa percepção de que este tipo de escola como a nossa acaba sendo muito pesada por um lado e por outro acaba prevalecendo aquela noção que tu já deve ter ouvido de que “Ah, nós funcionamos bem, nossa faculdade é boa, nós a 100 anos formamos médicos competentes, lideranças da medicina no estado, no país e até fora do país emanam da nossa escola, então porque a gente vai mudar?” então se nota muito conservadorismo, muita dificuldade de mover aqueles hábitos do dia a dia, de se fixar nas aulas expositivas, passar conteúdo para os alunos, invés de tentar trabalhar efetivamente as competências, que é uma coisa que realmente está aparecendo cada vez mais, pelo menos nos últimos 20 anos. Então, assim, eu diria que essa é uma explicação parcial para nosso curso aqui da UFRGS ser tão conservador, sabe? (Entrevista 3).

Por fim, salientou-se que uma das grandes dificuldades de avanço é a integração dos ciclos básico e clínico. A própria estrutura da Universidade contribui para isso, uma vez que grande parte das disciplinas do ciclo clínico não é administrada pela FAMED, somente as disciplinas de integração. As demais são do Instituto de Biociências (IB) e o Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS) da UFRGS. A mudança curricular de 2005 abriu o diálogo entre as unidades da Universidade, permitindo modificações na estrutura do ciclo básico. No entanto, apesar dos esforços do Núcleo Docente Estruturante (também criado por demanda do MEC como parte das reformas na estrutura do ensino superior nos anos 2000), de realizar reuniões, conversas e formações, ainda assim “o ciclo básico todo é o mais resistente, é onde tem as aulas mais tradicionais.” (BUCHABQUI, 2010, p. 149).

Desde o fim dos recursos do Promed, o curso de medicina da UFRGS passou a participar de outros programas, que tiveram menor impacto em termos de mudança curricular na graduação. Por exemplo, através do Aprender-SUS, ainda em 2004, a FAMED desenvolveu o “Projeto de

Pós-Graduação em Educação e Saúde”. Esse projeto posteriormente contou com recursos do Pró-Saúde e se concretizou, em 2012, no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, realizado em parceria entre a FAMED e a Faculdade de Educação da UFRGS (MOSCA, 2005).

O curso também contou com recursos do PET-Saúde por um tempo, entre os vários editais lançados pelo programa. No entanto, essas iniciativas não chegaram a se concretizar como algo “sistêmico”. Problemas com o “serviço” (UBS), de burocracia (as bolsas demoravam a chegar e às vezes os responsáveis não acabavam recendo a bolsa) e cortes no financiamento acabaram por minar a continuidade das iniciativas. O próprio fato de o curso de medicina estar menos integrado aos serviços de saúde da atenção básica fez com que outros cursos aproveitassem melhor os recursos do Programa.

Durante um tempo teve os editais do PET saúde que tinha bolsa pra quem era orientador no serviço. Aquilo foi uma estratégia muito inteligente do MS e do MEC na época porque também no serviço o pessoal dizia assim: o que eu ganho a mais orientando estes alunos? Pro professor que tá lá na faculdade de medicina, eu to aqui carregando o piano no serviço e ainda orientando os alunos lá da UFRGS. Então no momento que veio o PET-SAUDE. E teve o PET Saúde da Família, teve vários PETs, inclusive de Vigilância em Saúde, ali se tornou alguma coisa interessante. Teve alguns projetos. Mas não era algo sistêmico. Era experiências isoladas, mas que mantinha acessa essa ideia. E no PET-SAUDE a vantagem era essa. Num primeiro momento, mesmo quem não tinha nível superior pode receber bolsa. Então a gente tinha até agente comunitário recebendo a bolsa. E aí teve um outro problema que era a briga no serviço né, quem é que ia receber a bolsa? (...) Então deu alguns desentendimentos no serviço. Porque como era uma bolsa, não incidia em imposto de renda, não incidia em acúmulo de cargo, então foi uma estratégia muito interessante do governo federal por causa disso, tu driblava todos estes problemas. As iniciativas anteriores visavam todas transferir dinheiro para o município, para o município transferir para o funcionário. E isso esbarrava, no IR, contribuição previdenciária, e a bolsa não, porque ia tudo pelo projeto da universidade. Mas aí às vezes a própria tramitação era demorada e aí a lista das pessoas que tavam contempladas com a bolsa, quando chegava pra implementar já era outro plantel de pessoas, de profissionais que tava lá. Então deu alguns choques do tipo em que o profissional que estava supervisionando não recebia a bolsa, e quem não tava mais, como tava na lista original lá, tava ganhando. Teve alguns problemas e daí não durou muito o negócio do PET saúde. Do ponto de vista de bolsa pra preceptor. E continuou, mas depois começou a não ter mais recurso pra este tipo de remuneração. Começou a ser só pra custeio dos projetos e não mais de bolsa pra preceptor. (...) Teve algum impacto aqui na medicina, mas em outros cursos teve um impacto maior porque estavam mais integrados, né?! (Entrevista 2).

Por fim, com relação ao Programa Mais Médicos (2013), no que tange ao ensino de graduação, o foco era a ampliação de vagas nos cursos de medicina existentes e a criação de novos cursos de graduação no interior. Sendo assim, ele teve pouco impacto no sentido de incitar

modificações curriculares no curso de medicina da UFRGS. O PMM enfrentou resistências internas, mais no plano ideológico do que com outra coisa.

Os mais médicos, teve uma questão ideológica importante, de aumentar a quantidade de médicos numa, digamos, premissa que eu não sei se é verdadeira ou não. Eu sou muito crítico da falta de médicos, na verdade o grande problema médico é falta de distribuição de médicos (Entrevista 4).

7.5 Considerações sobre o processo de mudanças curriculares na UFRGS

Vimos neste capítulo que a Reforma Universitária de 1968, que estabeleceu o currículo mínimo, não teve impacto imediato no currículo da medicina da UFRGS. A principal modificação ocorrida foi organizacional, com a abolição do sistema de cátedras, a criação do sistema departamental e da comissão de carreira. As decisões sobre como seriam o curso e as disciplinas passaram a ser colegiadas, não estando mais apenas nas mãos dos catedráticos. Isso abriu espaço para uma renovação no corpo docente da Instituição ao longo do tempo e para uma alteração nas suas hierarquias de poder. Temos aí uma mudança na estrutura de oportunidades (SABATIER & WEIBLE, 2007), com maior abertura política para a participação e, conseqüentemente, diminuição no grau de consenso da comunidade.

Além das mudanças no que tange à organização, também foram fundamentais as modificações em outras esferas, a das ideias, do conhecimento técnico, das crenças e dos valores. Estas se deram em nível macro, socioeconômico, alterando o que Sabatier e Weible (2007) chamam de parâmetros relativamente estáveis (*relatively stable parameters*) do sistema. As modificações no modo de conceitualizar saúde e doença, oriundas da medicina preventiva, da medicina integral e da medicina comunitária e assumidas pela OMS, trouxeram consigo novos modos de pensar a educação médica nesse período.

Essas perspectivas inovadoras que emergiam no cenário internacional foram trazidas para o cenário da UFRGS por docentes que estudaram nos EUA, justamente na Escola de Saúde Pública da *Johns Hopkins University*, financiados pela *Rockefeller Foundation*. Esse local é particularmente interessante, pois apesar de ser o “caso modelo” do ensino proposto no Relatório Flexner, é também um dos locais onde a medicina comunitária se desenvolveu na década de 1940, influenciando o movimento sanitário brasileiro. Por outro lado, muitos professores e

professoras que entraram na FAMED da UFRGS nos anos 1970 e 1980 tinham em sua formação cursos de metodologias de ensino, trazendo consigo as inovações da área da educação.

Ou seja, as mudanças externas à instituição, ocorridas no plano das ideias nos cenários nacional e internacional, tiveram nesse momento uma forte influência na Instituição. Ainda que não houvesse políticas públicas específicas para esse subsistema, que procurassem realizar modificações na formação médica, ocorreram mudanças incrementais com o surgimento deste grupo que emergia dentro da UFRGS nos 1970, trazendo ideias inovadoras.

Foram realizadas formações pedagógicas em alguns departamentos, a criação de seminários em algumas disciplinas ao invés de aulas expositivas e surgiu a primeira residência médica em saúde pública no Projeto Murialdo. O núcleo das crenças dessa coalizão que se formava era que a formação médica precisava ser modificada, com foco na atenção básica, nas ações comunitárias, com a adoção de metodologias que colocassem estudantes na centralidade do processo educativo e na formação de profissionais de medicina generalistas.

Tais mudanças incrementais possibilitaram a emergência de novas lideranças que assumiram cargos de chefia. Nesse sentido, no final da década de 1970, consolidaram-se dois grupos mais ou menos coesos que disputavam o poder dentro do curso de graduação em medicina da UFRGS, cada uma com um projeto político. Elas se diferenciam pelas suas crenças e, conseqüentemente, projetos com relação a como deve ser a formação médica, uma buscando a implementação de um currículo inovador e outra, a manutenção de um currículo tradicional.

Como o grupo que defendia ideias inovadoras era maioria na Comissão de Carreira já no final da década de 1970, produziram as alterações no currículo em 1980, com a criação do currículo 142.00 e a gradual ampliação da formação médica ligada à atenção básica, ainda que com sofrendo forte resistência do grupo que defendia um currículo mais tradicional e a manutenção do sistema de ensino flexneriano estabelecido pelo currículo mínimo.

Em meados dos anos 1980, no contexto do processo de abertura democrática no país, a Direção da FAMED passou a ser escolhida através de uma consulta à comunidade acadêmica e não apenas por representantes dos departamentos no colegiado. Isso permitiu que o grupo que representava as ideias da coalizão inovadora assumisse a direção da Faculdade em 1985, liderada pelo professor Waldomiro Manfroi, e passasse a realizar uma série de modificações no ensino de graduação da medicina da UFRGS, fazendo com que ao final da década de 1980 o curso, ainda

que mantivesse uma estrutura tradicional flexneriana, caminhasse na direção da inovação na formação médica, aproximando-se dos cursos que na época eram vanguarda na inovação no Brasil e dos ideais da reforma sanitária.

No entanto, ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990 - justamente no momento em que algumas faculdades do Brasil receberam recursos da OPAS/OMS através do programa UNI e que o movimento sanitarista consolidou a criação do SUS sob os pressupostos da saúde coletiva – o grupo de oposição, que via negativamente essas modificações nos currículos, defendendo uma formação mais tradicional, tecnológica, hospitalocêntrica e centrada nas especialidades médicas, ganhou força. E chegou aos cargos de poder da FAMED após a saída da liderança do grupo que defendia as ideias inovadoras, que assumiu um cargo de direção na Reitoria da UFRGS. Essa nova direção freou os avanços até então existentes e realizou uma reforma tradicional no currículo, implementando o Currículo 242.00. Ainda que essa reforma tenha mantido algumas disciplinas com base na atenção integral (especialmente por conta da resistência de docentes na Comgrad, que mantinha representantes da outra coalizão), progressivamente ao longo dos anos 1990 ocorreu um movimento de retorno à formação hospitalocêntrica e especializada.

Importante salientar a influência dos fatores contextuais nesse momento. Em termos de políticas públicas, os anos 1990 foram marcados, por um lado, pelo subfinanciamento do SUS e, por outro, pelos movimentos de municipalização da saúde. Assim, não bastassem questões ideológicas do grupo que defendia uma formação tradicional que assumiu o poder da Direção da FAMED, houve dificuldade em manter as parcerias com a rede de atenção básica constituídas na década de 1980, especialmente devido à desarticulação com a SMS de Porto Alegre e à falta de clareza no município de quem iria assumir a gestão das unidades de saúde e quais universidades seriam responsáveis por quais serviços, o que poderia minar inclusive as parcerias remanescentes, em especial no departamento de pediatria.

Somado a isso, apesar dos esforços da CINAEM no plano nacional, a formação de profissionais de graduação em medicina, que emergiu no contexto de criação do SUS, saiu da agenda política da época. O programa Uma Nova Política Para o Ensino Superior, além de visar muito mais as instituições privadas de ensino, estava centrado mais na acreditação institucional e o exame de certificação profissional para recém-formados/as do que no currículo em si. Outro fator para essa lacuna na coordenação de como deveriam ser os currículos médicos foi a já

referida falta de articulação entre o MEC e o MS sobre quem deveria ser responsável pela formação de profissionais da saúde.

A formação médica só entrou novamente na pauta política na segunda metade da década de 1990, com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, estabelecendo que os cursos de graduação não deveriam mais obedecer ao currículo mínimo e sim à Diretrizes Curriculares Nacionais. Sua formulação exigiu um esforço interinstitucional entre o MEC e o MS, movimento que se iniciou no Conselho Nacional de Educação, na época presidido por um médico. Sua ligação com os movimentos do setor mais aberto à inovação na medicina, juntamente com a visibilidade do projeto CINAEM, fez com que a orientação das diretrizes tivesse esse caráter.

Instituídas em 2001, as Diretrizes para o curso de medicina orientavam para uma formação médica generalista e voltada para a atenção básica, entre outros. Na teoria, sua implementação nas escolas médicas deveria acarretar mudança paradigmática, da formação médica centrada nos pressupostos do modelo biomédico e fortemente calcada no flexnerianismo para uma medicina baseada nos princípios da saúde coletiva e, portanto, inovadora. No entanto, as DCN não especificavam necessariamente como isso deveria ocorrer. Os cursos possuíam relativa autonomia para realizar as mudanças, que deveriam ser gerenciadas pelos respectivos colegiados.

Justamente nesse período, após mais de 10 anos longe do poder, houve a retomada do poder de pessoas ligadas à coalizão que visava a inovação nas instâncias de poder da medicina da UFRGS, especialmente na Direção da FAMED e na Coordenação da Comgrad. Podemos atribuir a substituição do grupo tradicional pela inovadora à crise do curso no final dos anos 2000 (com boicote de alunos e alunas ao Provão e as avaliações realizadas pelo MEC na década de 1990 apontando para os problemas no curso) e a necessidade de se adequar às reformas curriculares induzidas pelas DCN. Os choques internos (SABATIER & WEIBLE, 2007) minaram a credibilidade do grupo que dominou a FAMED durante os anos 1990, abrindo novamente espaço para o desafiante chegar ao poder.

Apesar das DCN serem uma legislação com adesão obrigatória, por outro lado, a adesão ao Promed pela UFRGS demandou um grande esforço de mobilização para submeter o projeto e fazer com que ele fosse selecionado. O papel de liderança de empreendedores, como o professor Waldomiro Manfroi, que cria uma Comissão para montar o projeto em um curto prazo, foi

fundamental para o sucesso desse movimento. O fortalecimento do grupo ligado à coalizão inovadora no período foi beneficiado pela adesão ao Promed, o que significava que uma quantia considerável de recursos seria recebida pelo curso, no caso R\$ 1,250.000,00, e garantiu a adesão até de certos setores que defendiam um currículo tradicional a participar, com um certo grau de coordenação, da gestão no período.

Ou seja, apesar das crenças terem um papel fundamental no fortalecimento deste grupo, os fatores de ordem material foram decisivos nesse momento e impulsionaram o início de um processo de reforma curricular que se direcionava para uma mudança paradigmática. Isso só foi possível porque ocorreu a abertura de uma janela de oportunidades (ZAHARIADIS, 2007), pela integração dos diferentes fluxos nesse campo específico, com os problemas no curso sendo evidenciados (*problem stream*), o surgimento de modelos alternativos de formação materializados nas DCN e no Promed (*policy stream*) e um contexto político favorável na instituição com a perspectiva de recursos financeiros (*politics stream*). Essa confluência, catalisada pelo empreendedorismo do diretor da FAMED, fez com que o curso garantisse a adesão ao Promed e o acesso aos recursos financeiros.

Claro que as modificações do currículo, quando se aproximaram demais de sua efetivação, passaram a mobilizar mais resistência. A mudança de paradigma evidenciada nos seminários organizados para a formação de docentes e reformulação do currículo entraram em choque com o sistema de crenças do grupo mais tradicional, que passou a se reorganizar para assumir o poder e frear a reforma. Com isso, ocorreu a vitória do grupo que defendia um currículo mais tradicional nas eleições para a direção da faculdade no ano de 2005. No mesmo ano foi finalmente aprovado o novo currículo pelas instâncias internas da instituição.

Assim, as mudanças planejadas foram aprovadas apenas parcialmente. Manteve-se a formação tradicional como dominante. Isso, de certa forma, satisfaz em parte ambos os grupos, dado que foram garantidas algumas conquistas para os que defendiam maior dedicação à atenção básica e à saúde coletiva no curso, ao mesmo tempo em que se garantiu o status de um curso inovador, em especial com as disciplinas integradoras, conseguindo manter o seu viés tradicional da centralidade hospitalar e da formação de especialistas.

Nesse sentido, a criação da UBS Santa Cecília, construída quase como um anexo do hospital, foi fundamental para que ambos os lados estivessem de algum modo satisfeitos, ainda

que de maneira subordinada. Foi possível realizar atividades na atenção básica em alguns departamentos e manter a lógica hospitalocêntrica. O recurso restante do Promed não foi mais destinado às assessorias e aos seminários com especialistas na formação de docentes para uma mudança de paradigma na proposta curricular, sendo investidos em laboratórios e equipamentos.

Com a conclusão das modificações resultantes da reforma curricular de 2005, diminuiu-se a tensão entre os dois grupos. A pauta da mudança curricular (e, portanto, de paradigma de formação médica) saiu da agenda política da FAMED. Se, por um lado, a reforma teve um caráter tradicional, ao mesmo tempo, a construção da UBS Santa Cecília de certa maneira satisfaz as necessidades de formação voltada para a atenção básica, demandadas tanto pelas DCN, quanto pela coalizão inovadora e pelos grupos que defendiam estas ideias. Assim, aos poucos, os grupos que disputavam o poder se aproximaram, muito em função da modificação com relação a algumas crenças menores, em um processo de aprendizado orientado-pela-política (SABATIER & WEIBLE, 2007).

Ou seja, ocorreram modificações no modo de pensar e de agir, resultado da experiência no processo de formação atrelado ao Promed. Tais alterações desencadearam uma revisão nos objetivos políticos dos agentes. Com isso foi possível a construção de um caminho alternativo, um acordo negociado (SABATIER & WEIBLE, 2007) entre os grupos. O modelo de formação tradicional se consolidou como o dominante, caminhando ao lado de pequenas mudanças incrementais, em especial no que tange ao processo pedagógico.

Ao mesmo tempo, temos uma modificação na concepção do que é um ensino tradicional e um ensino inovador que ocorre ao longo do tempo e permite essa aproximação dos grupos, fruto de um processo histórico, de racionalização e modernização do ensino da medicina. Se um dia as cátedras de *hygiene* foram consideradas inovadoras no Brasil imperial, obviamente que hoje elas sequer são consideradas na hora de se montar um currículo médico e nem mais são vistas como uma abordagem tradicional.

Hoje, o modelo tradicional é uma variante do modelo flexneriano de ensino. É ainda disciplinar, inclui uma divisão entre os ciclos básicos e clínicos, um ensino predominantemente hospitalocêntrico, visando formar especialistas. No entanto, esse modelo não exclui inovações pontuais, até mesmo com a inclusão de metodologias ativas e a criação de disciplinas de integração dos ciclos básico-clínico, de maneira subordinada à formação tradicional, pois a pedra

de toque que o sustenta não é somente o formato, mas sua vinculação com os pressupostos do modelo biomédico.

Por outro lado, o que se considera um modelo inovador inclui um currículo construído em cima de metodologias ativas, sem a divisão disciplinar e entre os ciclos básico e clínico e com foco na atenção básica, na formação de médicos e médicas generalistas. Sua primazia, quando falamos de Brasil, é sua relação com os pressupostos da saúde coletiva. Isso afetou diretamente a dinâmica dos grupos na UFRGS. Especialmente essa concepção do que é um currículo tradicional, admitindo inovações pontuais, abriu espaço para que o grupo que defendia inovações pudesse ter suas demandas em parte satisfeitas.

Um fator que foi fundamental na modificação dessa estrutura destes grupos foi a saída da liderança do grupo que era ligado à coalizão inovadora, o professor Waldomiro Manfroi. Em 1988, seu afastamento da direção da FAMED para assumir um cargo na Reitoria da UFRGS coincidiu com a retomada da Direção da Faculdade para o grupo ligado à coalizão que defendia um currículo mais tradicional. No ano de 2005, após perder as eleições para a direção da FAMED, ele se aposentou, deixando um vazio na liderança do grupo que defendia ideias inovadoras dentro da instituição. Isso foi um vetor determinante para o acordo negociado entre os grupos, com os setores que desejavam mudanças curriculares mais inovadoras abrindo mão de suas posições. Não que não houvesse outras lideranças, mas houve um problema na sucessão, comum às lideranças carismáticas (WEBER, 1979), com a troca da candidatura no cargo de vice durante o processo eleitoral.

Ao mesmo tempo, de outro lado, há um processo de renovação e continuidade de novas lideranças no grupo mais tradicional, liderado pelo professor Mauro Antonio Czepielewski. Este já tinha uma trajetória na direção, tendo sido Diretor *Pró-Tempore* em 1997, ocupava o cargo de vice-diretor na gestão de Manfroi e foi eleito diretor nas duas gestões subsequentes, sendo que o seu vice (dessa vez um aliado, o professor José Geraldo Ramos) foi seu sucessor no cargo posteriormente. Como parte do acordo negociado, o mesmo aconteceu na sucessão de José Geraldo pela professora Maria Lucia Kliemann, que tinha sido sua vice e atualmente ainda é a diretora.

Isso apareceu particularmente quando houve as demandas relativas às DCN de 2014, com a respectiva mudança no Internato, quando o conflito foi menor. O que estava em pauta não era

uma modificação curricular profunda, mas mudanças pontuais no modo como eram operacionalizadas as modificações no Internato. Os setores que mais defendiam um currículo inovador puderam conservar suas atividades na atenção básica, bem como os setores que defendiam o currículo tradicional puderam resistir às mudanças mais profundas. Com isso, o grande grupo formado no processo de acordo negociado e unida estrategicamente conseguiu se manter coesa, sem que o grupo mais ligado a ideias inovadoras precisasse abrir mão de suas crenças profundas e conseguindo realizar algumas modificações pontuais, em especial no que tange às inovações pedagógicas do curso.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reformulação dos cursos de medicina no Brasil proposta com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 pressupunha a transformação nas escolas médicas brasileiras: de uma formação atrelada ao modelo biomédico, sob uma perspectiva curativa, predominando uma formação hospitalocêntrica e centrada nas especialidades médicas, para uma formação baseada nas ideias de saúde coletiva, trazendo consigo uma compreensão integral do ser humano para prevenção de doenças e promoção de saúde e visando formar médicos e médicas generalistas para atuar em serviços de atenção primária.

Ao longo dos capítulos três, quatro e cinco desta Tese, observamos numa perspectiva histórica e comparativa as transformações do ensino de medicina e das políticas públicas no Brasil para a formação médica. Vimos, assim, como as DCN e as respectivas políticas públicas a ela atreladas, especialmente o Promed, tinham como pano de fundo o estabelecimento de um modelo de formação médica inovador no país, em substituição à formação tradicional.

Nesse sentido, no capítulo três foi demonstrado que o modelo tradicional está vinculado à estrutura curricular flexneriana, tendo como características a divisão em dois ciclos, um básico de formação laboratorial e um clínico de formação em especialidades, organizado de maneira disciplinar e com ênfase nos aspectos biológicos da doença, para a formação de especialistas para atuação em hospitais. Já o capítulo quatro trouxe que a formação inovadora tem como base a organização curricular na aprendizagem baseada em problemas e suas variações, com o rompimento do ensino por ciclos e disciplinas, dando ênfase na integração das áreas do conhecimento. Seu foco é na prevenção de doenças, na promoção de saúde e na visão integral do ser humano, visando a formação de generalistas para atuação na atenção primária, perspectiva sintetizada no Brasil pelo conceito de saúde coletiva. Ou seja, esses dois modelos de formação médica são calcados não somente no formato, mas em diferentes concepções de saúde e doença, de qual deve ser o papel e o local de atuação de profissionais de medicina.

O capítulo cinco mostrou como a criação das DCN esteve diretamente ligada ao modelo de formação inovadora e à saúde coletiva. Assim, as DCN não exigiam apenas mudança técnica nos currículos, mas uma alteração que envolve tanto pressupostos teóricos, quanto crenças e valores. No entanto, apesar da adesão às DCN não ser facultativa, ela pressupunha que os colegiados dos cursos deveriam indicar como seria a organização dos currículos. Além disso, os

cursos de medicina das universidades federais brasileiras possuem um alto grau de autonomia, com a existência de colegiados, cargos diretivos e conselhos, com poder de decisão sobre como essas mudanças ocorrem. Assim, as políticas públicas se particularizam dentro desses contextos institucionais, traduzindo-se em mudanças mais significativas ou mais incrementais, promovendo movimentos de adesão ou de resistência, de acordo com a configuração interna dessas instâncias.

A comparação dos modelos de formação médica nos cursos de graduação em medicina da UFRGS e da UFPE, presente no capítulo seis, vai trazer como estão estruturados os currículos que são considerados tradicionais e inovadores no Brasil, após as mudanças induzidas pelas DCN.

De um lado, observamos uma estrutura de formação tradicional na UFRGS, com a clássica divisão flexneriana em disciplinas de um ciclo básico e de um ciclo clínico, além de um ciclo final de Internato, com a presença de algumas disciplinas para integração entre os ciclos, etc. Trata-se de uma formação que é predominantemente hospitalar e centrada nas especialidades médicas, calcada na visão biomédica do ser humano, com a inserção de algumas atividades na atenção básica, adoção de metodologias ativas e conteúdo de saúde coletiva, com vistas a atender à legislação, de maneira residual.

De outro lado, a formação inovadora no caso da UFPE, um curso que possui uma estrutura modular, rompendo com o modelo disciplinar e com a ideia de ciclos básico e clínico do modelo flexneriano, ainda que com a manutenção de um ciclo final de Internato em comum com a UFRGS. Ele adota uma nova perspectiva sobre a saúde e a educação médica ao focar na saúde coletiva, na visão integral do ser humano, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, visando a formação de generalistas, não sendo mais o hospital o lócus do aprendizado e sim os serviços de atenção primária.

Já a análise do processo de reforma curricular que levou à atual estrutura no currículo do curso de medicina da UFRGS em um contexto de introdução das DCN (e as subsequentes políticas que vieram para colocá-las em prática), realizada no capítulo sete, ajuda-nos a compreender a relação entre as crenças dominantes dos implementadores e a efetividade da implementação de uma política pública pelo governo que exige o envolvimento daqueles que a operacionalizam.

Quando falamos do curso de graduação em medicina da UFRGS, a direção da FAMED, a Comissão de Graduação (antes, Comissão de Carreira), o Conselho da Unidade, as chefias dos Departamentos, os demais docentes da Instituição e até mesmo representantes discentes formam um grupo de pessoas que compartilham um projeto em comum, responsável pela elaboração do currículo, ainda que algumas instâncias tenham responsabilidades mais administrativas e outras mais consultivas. No entanto, esta instância é permeada pelas idéias de distintas coalizões (SABATIER & WEIBLE, 2007) do subsistema de políticas públicas que disputam o poder, organizadas de acordo com as respectivas crenças de como deveria ser a formação médica.

Concluimos que a manutenção da estrutura curricular tradicional no caso do curso de graduação em medicina da UFRGS se deu em função das dificuldades de uma mudança paradigmática induzida pelo Governo Federal em uma comunidade relativamente autônoma para tomar suas decisões e cujo sistema de crenças dominante não estava em sintonia com as determinações governamentais. O envolvimento do curso com a adesão ao Promed se deu dentro de uma janela de oportunidades que estava mais relacionada ao empreendedorismo de uma liderança do grupo ligado à coalizão inovadora e aos benefícios materiais que o Programa traria do que à adesão “ideológica”, em nível de crenças de como deveria ser a formação médica, da comunidade às mudanças propostas na sua integralidade.

Logo após a aprovação do recebimento dos recursos interrompeu-se janela de oportunidades, com o grupo que defendia a manutenção de uma formação tradicional ganhando as eleições para a direção da FAMED e a saída da principal liderança do grupo que defendia a transformação do currículo para uma formação inovadora, abrindo espaço para a articulação de um acordo negociado com as lideranças remanescentes para realização de uma reforma curricular. As mudanças realizadas desde a implementação das DCN, desse modo, não alteraram a sua estrutura tradicional, sua ligação com os fundamentos do modelo biomédico, sua divisão em ciclos, sua propensão à formação de médicos e médicas especialistas, seu caráter hospitalocêntrico, apesar das mudanças incrementais, com a inclusão de disciplinas integradoras, Internatos na área da saúde coletiva e a criação de uma UBS para realização de atividades de atenção básica.

As transformações ocorridas no curso de graduação em medicina da UFRGS não fizeram com que ele se tornasse um curso com um formato tradicional que está incrementalmente

adquirindo um caráter inovador ao longo do tempo, justamente porque há uma divisão epistêmica entre cursos tradicionais e inovadores. Ele é um curso tradicional que se adaptou à legislação vigente e está se modernizando, incorporando assim elementos inovadores pontuais que são aceitos pela comunidade política local como legítimos, entretanto ainda dentro de uma lógica de formação médica tradicional. Ou seja, um curso tradicional pode se modernizar sem deixar de ser um curso tradicional.

Por fim, uma política pública que vise transformar cursos que possuem um modelo de formação médica tradicional em cursos com um modelo de formação médica inovadora, que visem romper com a lógica hospitalocêntrica e especializada, para a formação médica generalista e na atenção básica, tem que levar em consideração que é preciso romper com a dominância estrutural que a formação tradicional possui sobre a formação inovadora. Isso pode ser muito difícil de realizar, visto que as concepções do modelo biomédico de saúde estão arraigadas nas crenças das pessoas que fazem parte das comunidades que implementam as políticas (colegiados dos cursos), e que estas mudanças afetam as relações de poder na área da medicina, acarretando rearranjo de benefícios materiais e simbólicos nos campos específicos que giram em torno dos cursos de graduação em medicina brasileiros.

A estratégia de realização de mudanças incrementais em cursos como a UFRGS leva à modernização dos cursos, com a inserção de elementos de formação inovadora de maneira subordinada ao modelo de formação tradicional. No entanto, sem o rompimento com o modelo de formação tradicional, os avanços conquistados no sentido de expansão da atenção básica e da formação de médicos e médicas generalistas (como os ocorridos na década de 1980 no caso do curso de medicina da UFRGS) estão sempre sujeitos aos efeitos da burocratização e da sujeição à lógica do paradigma biomédico constitutivo da formação tradicional, flexneriana.

REFERÊNCIAS

ABOURD, Ana Cláudia Vesquez. **Perspectiva histórica dos fenômenos da vida e da morte: mecanicismo e vitalismo.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1999.

ADLER, Maristela Schiabel; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 388-396, set. 2014.

ALMEIDA, Cybele Crossetti de. Do mosteiro à universidade: Considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. **AEDOS - Revista eletrônica do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS**, v. 2, n. 2, p. 36-55, Jun. 2009. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/9830/5643>> Acesso em: 11 maio 2019.

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

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Bases Históricas da Epidemiologia.. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Brasil, v. 2, n.(3), p. 334-348, 1986.

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.

ALMEIDA FILHO, Naomar de et al. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mar. 2021.

AMARAL, Ana Regina Do. **Formação interprofissional nos cursos de graduação em saúde em São Paulo.** Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. São Paulo: USP, 2016.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

AROUCA, Sérgio. **Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: Editora UNESP, 2003.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: MELO, Carlos Ranulfo; SÁES, Manuel Alcântara. (Orgs.), **A Democracia Brasileira.** Balanço e perspectivas para o século XXI. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007, p. 405-420.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 7, p. 1301-1311, July 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). **Interface (Botucatu)**, Mar 2011, vol.15, no.36, p.199-212

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,

BOBBIO, Norberto. **Direita e esquerda: Razões e significados de uma distinção política**. São Paulo: Editora UNESP, 1995.

BOHRER, I. N. [et. al]. A história das universidades: o despertar do conhecimento. *In*: **Anais da 14ª Jornada Nacional de Educação: a educação na sociedade dos meios virtuais**, Santa Maria, v. 1, n.1, p. 1-10, 2008.

BORGES MC et al. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)** v. 47, n. 3, 2014.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde** /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, T.T.R.; CUNHA, A.M.O. Revisitando a história da universidade no Brasil: política de criação, autonomia e docência. **Aprender – Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação**. Ano 7 – n. 12. Jan./Jun. 2009. Vitória da Conquista, BA: Ed. UNESB, 2009.

BUCHABQUI, Jorge Alberto. **O Discurso Docente sobre o Ensino da Cardiologia na Graduação Médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1995.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt; BRASIL, Felipe Gonçalves. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O PAPEL DOS SUBSISTEMAS, COMUNIDADES E REDES. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 101, p. 57-76, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002015000100057&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.

CARVALHO, J. F.. A VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 269-270, 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671980000300269&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jan. 2020.

CIAVATTA, Maria and RAMOS, Marise. A "era das diretrizes": a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Rev. Bras. Educ.** [online], vol.17, n.49, pp.11-37, 2012.

CORADINI, Odaci Luiz. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, nº 35, janeiro-junho de 2005.

CORREIA, Luciana Cristina. Instituto de Higiene (1918-1929) no estado de São Paulo - a atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza e Mário da Costa Galvão. **Cad. hist. ciênc.**, São Paulo, v. 7, n. 1, jun. 2011. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342011000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2020.

COSTA, Everton de Brito Oliveira; RAUBER, Pedro. História da educação: surgimento e tendências atuais da universidade no Brasil. **Revista Jurídica UNIGRAN**. Dourados, MS | v. 11 | n. 21 | Jan./Jun.2009.

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.

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. med.** [online], vol.30, n.1, pp.60-72, 2006.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, Maria Cecília F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70, *In*: BUSS, Paulo Marchiori. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**; volume 2. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, abr. 1983. p.19-35.

DUFFY, T. P. The Flexner Report—100 years later. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 84, 269–276, 2011.

DUMONT, Louis. **Homo hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: Edusp, 1997.

EDLER, Flávio Coelho. **As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884**. Mestrado em História Social. USP. 1992.

EDLER, Flávio Coelho. A natureza contra o hábito – A ciência médica no Império. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 22, no 1, p. 153-166, jan/jun 2009.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo; 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE. *In*: DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em [dia, mês, ano]. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/facmedrec.htm>

FÁVERO, M. L. A. **A Universidade no Brasil**: das origens à Reforma Universitária de 1968. *Educar*, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR.

FAVIEIRO, Ceres Pizzato. **Conselhos profissionais de saúde e suas transformações, a partir da nova constituição**: um estudo comparado entre os conselhos de farmácia, de enfermagem e de medicina. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado em Educação) — Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, M.A.L; MOURA, A.A.G. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde**. Recife: Fiocruz, 2006. Disponível em http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/politica_rh_analise_cns.pdf - acesso em 28/01/2020

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FLIGSTEIN, Neil, e McADAM, Doug. **A Theory of Fields**. New York: Oxford University Press. 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, jun., 2000. Disponível em : <http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp21/Parte5.pdf>. Acesso em: 10.ago.2019.

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

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, p. 557-566, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>.

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.

GOUVEIA, Bruno Márcio. **Escritos e práticas na trajetória do médico Octávio de Freitas no Recife**. Dissertação (Mestrado em História) – Programas de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. **Os Catedráticos de Clínica Médica e as propostas de Reforma do Ensino Médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960**. 234 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M. Policy Subsystem Configurations and Policy Change: Operationalizing the Postpositivist Analysis of the Politics of the Policy process. **Policy Studies Journal**, Vol. 26, No. 3, 1998.

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.

KALATZIS; A. C. **Aprendizagem Baseada em Problemas em uma Plataforma de Ensino a distância com o apoio dos estilos de aprendizagem: uma análise do aproveitamento dos estudantes de engenharia**. Programa de Pós Graduação em Transporte EES/USP. 2008.

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; BICUDO, AM. (Orgs.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

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.

LEORATO, Samara. DALLACOSTA, Fabiana M. **Saúde coletiva: um desafio interdisciplinar e intersetorial**. 2016 Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-SAMARA-LEORATO.pdf>, Acesso em 27 de agosto de 2018.

LIMA, Manoela Edna de. **Quando a Museologia encontra o Museu : um patrimônio da Medicina em Pernambuco**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 1037-1051, Dec. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2020.

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.

LOPES, Octacílio de Carvalho. **A medicina no tempo**. São Paulo: Melhoramentos, 1970.

MACHADO, Maria Helena. A formação profissional. **In: MACHADO, MH., coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

MAGNAGO, Carinne et al . Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1521-1530, May 2017 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Apr. 2021.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 5, n. 1, p. 115-137, Mar. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

MARTINS, Milton de Arruda. Editorial. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 5-6, Mar. 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Jan. 2020.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 43, n. 2, p. 67-78, June 2019 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Oct. 2020.

MIOTTO, M. M. B. ; BARCELLOS, L. A. . Contribuição das Ciências Sociais na pratica de Saude Publica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** , v. 11, p. 43-48, 2009.

MONTAGNER, Maria Inez. MONTAGNER, Miguel Ângelo. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**.v. 5, p. 255-273, 2011.

Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11764/1/ARTIGO_TeoriaGeralCampos.PDF , Acesso em 27 de agosto de 2018.

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.

MOREIRA NETO, R. ; PANDIKOW, M. H. A. ; BARBOSA, J. V. ; SILVA, J. O. ; BORDIN, R. . **Perfil do acadêmico da Faculdade de Medicina**. In: VI Salão de Iniciação Científica, 1994, Porto Alegre. VI Salão de Iniciação Científica, 1994.

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.

MOSCA, Paulo Roberto Ferrari. **Relatório Anual de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina Da UFRGS**. Porto Alegre: RAAI-FAMED/UFRGS, 2005.

MOTA, André et al. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NETO, Pedro Miguel dos Santos. **Salomão Kelner – Um Marco na Medicina Pernambucana**. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em saúde pública. Rio de Janeiro, 1993.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. 2006.

_____. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.13, n.3, pp.909-916, 2008.

_____. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 139-144, Jan. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Jan. 2020.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al . Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, e0018317, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Mar. 2020.

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.scielosp.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.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 July 2019.

PEREIRA, Geraldo – A Medicina e os Médicos de Pernambuco: O Pioneirismo da Ciência e a Procrastinação do Ensino. *Clio – Revista de Pesquisa História*. nº 24, v. 2, 2006.

PIERANTONI, Célia Regina et al . Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.

PITA, João Rui. Medicina, cirurgia e arte farmacêutica na reforma pombalina da Universidade de Coimbra. **O Marquês de Pombal e a Universidade**. Coimbra, 2000. Disponível em: <<https://digitalis.uc.pt/handle/10316.2/32755>> Acesso em 26 set. 2020.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacinação. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 55, n. 1, p. 53-54, Jan. 2003 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jan. 2020.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de

Janeiro , v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Oct. 2019.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Rev. bras. educ. med.** [online], vol.32, n.4, pp.482-491, 2008.

ROCHA, Vinicius Ximenes Muricy da. AKERMAN, Marco. Algumas tendências no debate da determinação social da saúde: para recuperar contribuições do pensamento latino-americano e anglo-saxão. *In*: MELO, Elza Machado de; SILVA, Jandira Maciel da; AKERMAN, Marco; BELISÁRIO, Soraya Almeida (Org.). **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Bol Saude**. v. 8, n; 1, 2004.

SABATIER, Paul A. Introduction: The need for better theories. *In*: SABATIER, Paul A. (Ed.) **Theories of the policy process**. Westview Press. Cambridge, MA, 2007.

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.

SANCHES, Antônio Ribeiro. **Método para aprender e estudar a medicina**. Covilhã-Portugal: Universidade de Beira Interior, 2003.

SANTANA, A.C. **Metodologia para a Aplicação da Aprendizagem Orientada por Projetos (AOPj), nos Cursos de Engenharia, com Foco nas Competências Transversais**. Brasília, 163 p., 2009. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília.

SILVA, Mara Níbia da. **O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina: contradições num contexto de mudanças da FAMED/UFRGS**. Dissertação de mestrado, 2005.

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.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ANDRADE, Henrique Sater de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2670-2671, Sept. 2016 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902670&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Mar. 2020.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601403&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600022>.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mar. 2021.

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.

TRINDADE, Helgio. Universidade em perspectiva: sociedade, conhecimento e poder. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 5-15, 1999.

_____. Saber e poder: os dilemas da universidade brasileira. **Estud. av.**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 122-133, Dec. 2000.

_____. Disciplinarização- e construção institucional da sociologia nos países fundadores e sua reprodução na América Latina. **SOCIOLOGIAS (UFRGS. IMPRESSO)**, v. 20, p. 210-256, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife: UFPE, 2003. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Regimento do Internato do Curso de Medicina**. Recife: UFPE, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina Campus Recife**. Recife: UFPE, 2019. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/02/2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Eixos e Módulos**. Recife: UFPE, 2021a. Disponível em: <https://www.ufpe.br/medicina-bacharelado-ccs/organizacao-curricular> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Atribuição dos Coordenadores**. Recife: UFPE, 2021b. Retirado de: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Histórico**. Recife: UFPE, 2021c. Retirado de: <https://www.ufpe.br/deppat/museu> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Organização Curricular**. Recife: UFPE, 2021d. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Núcleo Docente Estruturante**. Recife: UFPE, 2021e. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Grade Semestral**. Recife: UFPE, 2021f. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. Recife: UFPE, 2021g. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Docentes**. Recife: UFPE, 2021h. Disponível em: <https://www.ufpe.br> Acesso em: 19/09/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano de Ação 1985 - 1988**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 1985.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório Parcial do NAU-FAMED**. Faculdade de Medicina. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2005^a

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório da Direção da Faculdade de Medicina no Período de 25 de abril de 2001 a 24 de abril de 2005**. Faculdade de Medicina. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2005b

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico De Curso. Faculdade de Medicina**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Perfil do Curso de Medicina**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2018a. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/famed/index.php/component/content/category/109-informacoes-gerais-medicina> Acesso em: 15 de setembro, 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico De Curso. Faculdade de Medicina**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2018b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Dados Biográficos da Profa. Eliana de Andrade Trotta**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/famed/images/Profa%20%20Eliana%20de%20Andrade%20Trotta..pdf>
Acesso em: 22 de março, 2021

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.

WANDERLEY, Hector Yuri Conti. **O Ensino Médico no Brasil e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Dissertação (mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Rural)**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, 2019.

WEBER, Max. **Sociologia**. Coleção grandes cientistas sociais, n. 13. São Paulo: Ática, 1979.

ZAHARIADIS, Nikolaus. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. *In*: SABATIER, Paul A. (Ed.) **Theories of the policy process**. Westview Press. Cambridge, MA, 2007.

ZANOLLI, et al. “Internato Médico” – Diretrizes Nacionais da Abem para o Internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais. **In**: LAMPERT, J.B, BICUDO, A.M. (Orgs.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.