

Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas

Two Centuries of Brazilian Medical Schools and the Assessment Medical Education in the Present and Future View

Jadete Barbosa Lampert

Universidade Federal de Santa Maria, CCS; Santa Maria, RS, Brazil

Para tratar da avaliação do ensino médico, busca-se de forma sucinta e pontual mencionar fatos na perspectiva histórica de dois séculos, que se seguiram a criação da primeira escola médica no Brasil. Pretende-se assim mostrar os desafios contemporâneos de construir mudanças na busca de saúde como qualidade de vida, no que se refere às escolas responsáveis pela formação do profissional médico. Nessa perspectiva tem-se a avaliação do ensino médico como um processo que tem dado passos na construção participativa, crítica e contextualizada.

Palavras-chave: escolas médicas, ensino médico, avaliação do ensino.

To discuss about the assessment of medical education, it seek for a brief and punctual way to mention the facts in the historical perspective of two centuries, which had followed to creation of the first medical school in Brazil. It intends with it, to show the contemporaneous challenges of making changes in seeking for health as quality of life, as it refers to responsible schools for the graduation of the medical professional. In this perspective there is the assessment of medical education as a process that has been taken steps to its participatory, critical and context construction.

Key words: Medical school, medical education, education assessment.

Dois séculos de passaram desde que Dom João VI aportou em Salvador, na Bahia, e criou a primeira escola médica no Brasil. Desde então relevantes transformações ocorreram no mundo, o Brasil cresceu, a população se multiplicou e as necessidades sanitárias permanentes se somaram a uma série de demandas em saúde, identificadas na produção de conhecimentos e no desenvolvimento sem precedentes da ciência e da tecnologia, especialmente, nos últimos quarenta anos. Avanços que estão contextualizados no mundo do trabalho, onde as escolas médicas se situam e se comprometem a formar profissionais capazes de prestar cuidados de qualidade às necessidades de saúde da população brasileira. Tratando-se de sistema complexo é bom situar fatos, trabalhos e as idéias em uma perspectiva histórica para melhor entender os desafios contemporâneos de mudanças e as probabilidades na formação do profissional médico. Decorrente, fica mais claro o correspondente papel das escolas médicas na educação e na assistência a saúde, necessitando construir o processo avaliativo institucional para a auto-avaliação e acompanhamento do processo de formação de maneira participativa, construtiva e formativa.

Século XIX

No século XIX, depois da medicina dos físicos e cirurgiões, curiosos e feiticeiros, é iniciada no Brasil a denominada

Recebido em 20/12/2007

Aceito em 25/01/2008

Endereço para correspondência: Dra. Jadete Barbosa Lampert, Rua Dr. Pantaleão, 233 (apto. 602). 97010-180. Santa Maria, RS, Brasil. Tel. 55 55 3221-7097. Fax: 55 55 3222-5858. Endereço eletrônico: jadete@uol.com.br

medicina pré-científica. Esta inicia com a criação das duas primeiras escolas médicas, a de Salvador, em fevereiro, e a do Rio de Janeiro, em abril de 1808, com a chegada de Dom João VI com sua família e corte. O Brasil passa a categoria de Reino em 1815, e logo, rompe com Portugal, em 1822, inclusive os laços culturais e científicos. Começam a desaparecer os físicos e cirurgiões de formação ibérica e dá-se início ao surgimento dos doutores das escolas nacionais com influência da escola francesa (SANTOS FILHO, 1991).

A medicina brasileira denominada de pré-científica, usando textos e conhecimentos vindos de fora, ao iniciar a produção própria de estudos e pesquisas, ao redor de 1866, dá início à medicina científica propriamente dita. Iniciam-se os estudos dos pesquisadores da Bahia e a adoção de métodos experimentais de investigação. Surgem os institutos de pesquisa Manguinhos, Bacteriológico e Butantã e sobressaem-se pesquisadores como Osvaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Vidal Brasil, Pirajá da Silva, que trazem contribuições relevantes para a saúde pública nacional. Iniciam-se o saneamento básico das cidades, o ensino especializado, a assistência hospitalar, a indústria farmacêutica de alto padrão e a prática médico-cirúrgica. As escolas médicas denominadas faculdade de medicina, na reforma de 1832, continuam sendo em número de duas até o final do século, quando se cria a terceira escola médica, em 1897, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Século XX

Se o século XIX deu início ao ensino superior com a criação das escolas de medicina e o início da produção científica no nosso país, foi no século XX que as transformações se

mostram em crescente aceleração – entre outras, vai da descoberta do raio-X à ressonância magnética – impulsionando mudanças significativas no entorno. Com o avanço e desenvolvimento científico e tecnológico, dentro da tendência mundial, as áreas do conhecimento se ampliaram e as especialidades se multiplicaram e novas profissões surgiram na área da saúde, assim como as denominadas medicina alternativas.

A relação do Estado com a sociedade brasileira no início do século era contemplativa e campanhista, quando se limitava a implementar campanhas de combate às doenças em situações de epidemias ou de calamidades já instaladas sob a orientação dos profissionais médicos da época. Na evolução e ao final, o Estado reconhece e assume com a homologação da Constituição Brasileira, em 1988, que a saúde e a educação são direito do cidadão e dever do Estado, com o compromisso de organizar um sistema único de saúde com acesso universal e igualitário, dando a este, além de outras atribuições, a de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

As escolas, que eram três até a primeira década do século XX, na segunda década somam mais cinco escolas, o que faz com que a criação de escolas médicas seja um dos temas de debate no Congresso Nacional de Práticos, em 1922, no Rio de Janeiro, primeiro congresso de âmbito nacional que trata e se preocupa com a educação médica (PEREIRA NETO, 2001). Na década de sessenta, com a industrialização no país e o foco na saúde do trabalhador, desencadeia-se a criação atabalhoada de novas escolas. Em apenas cinco anos, criaram-se 35 escolas, chegando ao final do século com 113 escolas médicas. Neste cenário, para contextualizar, deve-se mencionar o crescimento da população brasileira que, segundo o IBGE, perfazia no início do século, em números arredondados, 17 milhões, e ao final já eram 170 milhões de habitantes. Assim como, também, é importante perceber que se adquire melhor entendimento do processo saúde-doença, a partir do Informe Lalonde, em 1974, e maior conhecimento sobre os fatores determinantes de saúde e de doença, o que amplia o campo de atuação de medicina no que se refere às possibilidades de promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde, ainda muito limitada aos aspectos das doenças com ações diagnósticas e curativas.

O profissional médico no mercado de trabalho era notadamente liberal e autônomo até a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, e o aparecimento de Associações Voluntárias e Beneficentes, quando passa a ser assalariado e a receber honorários. Mas, é na segunda metade do século XX, com o surgimento das cooperativas e seguradoras de saúde, que o médico começa a assumir múltiplas atividades e a perder a autonomia na relação com o seu cliente, à medida que a assistência que presta está intermediada por instituições que vendem e compram seus serviços. Ao final, assume múltiplas atividades (MACHADO, 1996) em um sistema de saúde brasileiro constituído por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços inter-

relacionados, complementares e competitivos que formam um complicado *mix* de serviços públicos e privados (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A Corporação Médica

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, primeira associação profissional, criada em 1829, passou a chamar-se de Academia Imperial de Medicina, em 1835, e depois Academia Nacional de Medicina, em 1885. Ainda no século XIX, em 1887, foi fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia. Na primeira metade do século XX, em 1927, foi criado o Sindicato Médico Brasileiro, movimento pioneiro da consciência de classe, inspirado nas ideologias corporativistas da época. É logo no início da segunda metade do século XX que a corporação se fortalece mais com a criação da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951, e do Conselho Federal de Medicina (CFM) com seus conselhos regionais, em 1957. Em 1962, foi criada, em Minas Gerais, a Associação Brasileira de Escolas Médicas que, em 1975, passou a denominar-se de Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), já instalada no Rio de Janeiro. Foi criada, ainda, em 1967, a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e, em 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por meio de um decreto presidencial, em resposta a movimento reivindicatório dos médicos-residentes. O código de ética criado pelo CFM, em 1965, foi alterado em 1984. Em 1986, foi criada a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Segundo Wilensky (1997, apud Machado, 1995), no processo de profissionalização a classe médica conta com escolas com um conjunto de idéias, valores e critérios padronizados de prática e treinamento por pares experientes. Para dar conta de ações que respondessem à divulgação de erros médicos pela mídia e à proposta de instituir-se um exame de ordem, em 1991, por iniciativa da ABEM e CFM, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) formada por onze entidades de relevância médica e educacional no país para avaliação das escolas médicas. Esse movimento inédito na representação de soma de poder para avaliar e implementar mudanças se desfez no início da entrada do novo milênio, deixando um espaço de desafio para a construção histórica das transformações que a contemporaneidade requer.

O Perfil de Doenças

A população brasileira na miscigenação de raças compôs um perfil nosológico. O sarampo e a varíola trazidos pelos colonizadores dizimaram milhares de índios. Com os negros vindos da África para o trabalho escravo vieram a filariose, a febre amarela, a ancilostomíase e as verminoses. No início do século XX eram recorrentes as epidemias de doenças infecciosas, as pestes, as endemias como a tuberculose, hanseníase, dengue, febre amarela (SANTOS FILHO, 1991). A penicilina descoberta por Fleming, em 1928, começa a ser

utilizada na clínica em 1940. Com as medidas de saneamento básico, as vacinações e a farmacologia que se desenvolveram, as doenças infecciosas são prevenidas e facilmente identificadas e curadas, e a população brasileira fica mais longa e começam a aparecer as doenças crônicas: arteriosclerose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, stress, depressão etc. Na década de 80, surgem os primeiros casos de AIDS (síndrome de imunodeficiência adquirida). A dramaticidade dos casos de AIDS e o fato de atingir todas as classes sociais mobilizam o poder público e contribui para dois eventos: o reaparecimento de doenças infecciosas, como a tuberculose; e a necessidade da pessoa portadora da síndrome ser vista como um todo no seu contexto, não só biológico, mas sócio-cultural, ambiental, econômico, exigindo um atendimento em equipe multidisciplinar. Este fato reforça a mobilização crescente desencadeada no Brasil com o Movimento da Reforma Sanitária, de construir um novo modelo de assistência em saúde, que é contemplada na Constituição Brasileira de 1988. A consciência da necessidade de investir na promoção e preservação da saúde vem se instalando à medida que não se dá conta do custo-benefício ao limitar o investimento no diagnóstico e tratamento das patologias instaladas.

Os Paradigmas na Educação Médica e a Avaliação das Escolas Médicas

Se no final do século XIX já havia uma tendência às especializações, após o Relatório Flexner, em 1910, o avanço científico proporcionou o surgimento de novas especialidades. Mas, por outro lado, a fragmentação do conhecimento em especialidades dificultou de forma marcante o cuidado do ser humano na sua integralidade e a impossibilidade de conhecimento do conhecimento (MORIN, s/d). Nos currículos dos cursos de graduação das escolas médicas este desenvolvimento da ciência se traduziu na multiplicação de disciplinas agrupadas em ciclo básico e ciclo profissionalizante, atendendo a um currículo mínimo (MEC, Lei 5.540/68 e Resolução nº. 8/69), com grande dificuldade de interagir e desenvolver atividades integradas.

A CINAEM, ao ser formada, na década de 90, promove um amplo movimento de avaliação do ensino médico que levantou o diagnóstico das escolas médicas brasileiras através de três estudos: estudo transversal do perfil do corpo docente; estudo longitudinal para estudar o médico formado na graduação e um estudo do modelo pedagógico. Neste mesmo período, por iniciativa do governo, se realiza o Exame Nacional de Curso, o "Provão", que embora altamente questionado nos critérios adotados de avaliação e classificações, fortalece a perspectiva da avaliação ser construída no dia-a-dia das instituições de ensino superior. Ainda na última década do século XX, iniciam-se as discussões para a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da medicina, homologadas em 07 de novembro de 2001 (Brasil, res. nº. 4, CNE/MEC, 2001), tendo como atores atuantes os Projetos

UNI, a ABEM e a CINAEM. As DCNs afirmam que o profissional médico tem que ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e com princípios éticos deve promover a saúde integral do ser humano.

Já nos últimos vinte anos do século XX, eventos mundiais e internacionais sinalizam com políticas para ações que garantam mudanças na formação dos profissionais da saúde, com vistas aos desafios postos para oferecer uma assistência de qualidade e de acesso universal e igualitário. Após a Declaração de Alma-Ata, "Saúde para Todos no ano 2000", conclamaram-se todas as nações para empenhar-se em garantir a atenção primária em saúde a todos os povos. Entende-se com clareza que o paradigma vigente não mais consegue explicações satisfatórias para os fenômenos, mostrando disfunção essencial entre as realidades e os modelos propostos, situação caracterizada como de crise. O novo paradigma que vem sendo construído deve preencher, segundo Kuhn (1996), duas condições: 1) resolver problemas detectados que o paradigma anterior não tenha conseguido resolver; e 2) preservar uma parte substantiva do que foi construído pelo paradigma velho. Estudos aprofundados e reflexões quanto à relevância técnica e responsabilidade social de governos e sociedades para a construção de sistemas de saúde e educação, de âmbito internacional, vêm se somando a uma série de documentos que subsistem, em que um não supera o outro (Carta de Otawa/1986; Conferência de Adelaide/1988; Conferência de Sundsvall/1991; Conferência de Jacarta/1997; Declaração de Bogotá/1992; três Conferências Mundiais de Educação Médica de Edimburgo /1988/1993/2000). A promoção da saúde passa para a agenda das políticas públicas indicando que são necessárias ações de âmbito inter-setorial. Na prática, encontram-se dois grupos de interpretação: um com enfoque no comportamento dos indivíduos e em seus estilos de vida, situando-os na família e no âmbito cultural de sua comunidade, concentra-se no comportamento do indivíduo passível de mudança e sob controle da própria pessoa; o outro reúne conceitos que caracterizam a ênfase no papel protagonista dos determinantes gerais, saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo padrões de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, condições de trabalho, oportunidade de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e adequados cuidados com a saúde. Este último, segundo Buss (2000), está voltado para o coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do esforço dos indivíduos e das comunidades. O novo paradigma da integralidade busca interligar setores que se complementem e se potencializem no entendimento e nas ações que preencham os espaços deixados pela abordagem restrita a partes do corpo do paciente, não considerando o conjunto e o contexto onde o indivíduo se insere. O reconhecido avanço da ciência biológica com resolução de problemas insondáveis relativo

aos diagnósticos e às terapêuticas nas diversas especialidades, distanciou o profissional da abordagem integral do ser humano no contexto social, econômico, político e ambiental. E uma forma de atuar sobre o corpo moldou o perfil da profissão médica moderna, muito mais impessoal e técnica, desumanizando o ato médico. Segundo Santos (1995), este “*utilizou a visão mecanicista do objeto profissional, fazendo crer que o corpo fosse divisível em partes, à semelhança de uma máquina*”.

As Escolas Médicas e Perspectivas no Século XXI

O crescimento do número de escolas médicas no Brasil, no século XX, ocorre de forma acentuada na década de 60, e após desaceleração pelos alertas da grande deterioração da qualidade do ensino nas décadas seguintes, novamente, na década de 90, é desencadeada nova leva de criação de novas escolas que adentra ao novo século. A questão das condições devidas para que seja oferecido um ensino de qualidade continuam a preocupar as instituições e estudiosos da área. A preocupação em especial se volta para a qualificação do corpo docente para orientar, acompanhar e avaliar o processo ensino-aprendizagem na formação do futuro profissional. Preocupação que se estende a todas as escolas existentes que estão implementando as DCNs, pois, para sua efetivação, devem estar em condições de desenvolver novas metodologias de ensino-aprendizagem que superem a predominância da transmissão de conhecimentos em aulas teóricas para grandes grupos de estudantes em disciplinas que não interagem, como acontece no modelo tradicional. Para a mudança de modelo de assistência, além da reestruturação do sistema de serviços, as escolas devem estar formando o profissional adequado para nele atuar. Com esta responsabilidade social, a escola deve dar conta de condições básicas para formar um profissional com conhecimento, habilidades e atitudes capazes de atender com qualidade as necessidades e demandas da população brasileira. Surge aí o ponto crucial de se dispor de docentes, na grande maioria, formados no modelo anterior, tradicional, flexneriano, modelo ainda hegemônico na assistência, e com muito pouco tempo para refletir sobre sua inserção e responsabilidade enquanto docente, que deve orientar e facilitar o processo ensino-aprendizagem, carromestre das transformações que estão em construção. Vejamos os diferentes enfoques e características predominantes em um e outro modelo paradigmático no Quadro 1.

Nesse caminho de mudança na perspectiva de futuro, vale ressaltar duas iniciativas de apoio ao processo de mudança na educação médica do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e a OPS: o lançamento do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico – PROMED (BRASIL, 2002) – e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005). Esses programas têm como uma das metas aproximar a formação profissional e científica das necessidades reais do SUS, sobretudo na estruturação da

atenção básica, que deve ser a porta de entrada do sistema. Isso significa que os profissionais podem melhorar as ações desenvolvidas no Programa Saúde da Família (PSF/MS, 1994), que se propõe resolver adequadamente a maioria de demandas nos serviços de saúde.

As avaliações do ensino médico aparecem de forma substancial a partir da década de 90 do século passado. Na entrada do século XXI, com a aprovação, em 2004, do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) criou-se a expectativa de estar em andamento a construção de uma cultura de avaliação como processo participativo e construtivo da auto-avaliação. Nesta linha, a partir de 2006, está em andamento um projeto de avaliação das escolas médicas brasileiras, coordenado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) da ABEM, que tem como objetivos: promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender às DCNs com perspectivas à consolidação do SUS e incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (auto-avaliação, avaliação externa, meta-avaliação) em cada escola médica no atendimento aos princípios do SINAES. Os estudos já realizados mostram que as escolas médicas aderiram e estão em movimento de implementação das DCNs (BRASIL, 2006; ABEM/CAEM, 2007). O resultado parcial da avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas brasileiras, no desenvolvimento do primeiro momento do projeto da CAEM/ABEM, realizada e analisada com 28 escolas, em 2006, foram apresentados no 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Embora o processo proposto no projeto careça do segundo e do terceiro momentos previstos, já foi possível estabelecer a tipologia de tendências de mudanças dessas escolas, mostrando o perfil do momento das escolas no processo de mudanças. O estudo mostra que predominantemente as escolas alteraram e/ou construíram projetos pedagógicos coerentes com as DCNs. A busca por outros locais de práticas de ensino fora do hospital está bem marcada. A abordagem pedagógica tem dificuldades na implementação de metodologias ativas, que notadamente é coerente com as poucas ações para criar e implementar políticas de desenvolvimento docente. Os estudos mostram o processo de mudanças desencadeado com avanços significativos em algumas escolas. No entanto, a debilidade das mudanças neste início do processo está pautada fortemente nos aspectos de formação pedagógica e capacitação gerencial dos docentes, concomitante ao movimento de reestruturação da rede de serviços dentro da proposta do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA/COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS. Projeto de Avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras. ABEM, 2006 www.abem-educmed.org.br.
2. ALMEIDA, M.J. *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v.31, mai./ago.2007.

Quadro 1. Características predominantes dos cursos de graduação da escola de medicina, na construção do paradigma da integralidade para atender as DCNs e do paradigma flexneriano (tradicional, conservador) mostradas em cinco eixos de relevância na formação profissional.

MUNDO DO TRABALHO

Integralidade - DCN

- Para a construção do projeto pedagógico, considera primordialmente a carência de profissionais médicos relacionada à atenção básica de saúde e às oportunidades de emprego;
- Reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada e a influência na formação do médico e promove a análise crítica com orientação sobre os aspectos econômicos e humanísticos na prestação de serviços de saúde e suas implicações éticas;
- Aborda a relação institucional mediadora, seguradoras de saúde e similares, entre prestadores e usuários dos serviços de saúde com análise crítica desta relação e reflexos na relação médico-paciente e proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar com orientação de aspectos éticos e humanísticos.

Tradicional - Flexneriano

- Para a construção do projeto pedagógico, não considera as oportunidades de emprego nem a carência de profissionais médicos para a atenção básica de saúde;
- O mercado de trabalho é referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, onde pode cobrar honorários sem intervenção de terceiros;
- Não faz parte do projeto pedagógico abordar aspectos do mundo do trabalho como a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc., entre prestadores e usuários de serviços de saúde e a repercussão na relação médico-paciente, nem o trabalho em equipe multidisciplinar.

PROJETO PEDAGÓGICO

Integralidade - DCN

- Orienta o curso para causas biomédicas, epidemiológico-sociais e ambientais na determinação da saúde, abordando conhecimento de forma integrada com metodologias interativas, e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação;
- Analisa de forma crítica a necessidade do uso da tecnologia pesada e de alto custo, enfatizando o custo-benefício da sua aplicação e a atenção básica de saúde;
- Na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde com base demográfica, epidemiológica e sócio-econômica, no campo da atenção básica, na gestão do sistema de saúde, na interação escola-serviço-comunidade e no processo ensino-aprendizagem, e estimula a participação de discentes, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência em saúde;
- Oferece cursos de pós-graduação em campos gerais e especializados na seqüência da graduação relacionados com as necessidades de atendimento a saúde da população articulados com os gestores do Sistema de Saúde e franqueia a educação permanente relacionada a doenças prevalentes em interação com aos profissionais dos serviços.

Tradicional - Flexneriano

- Orienta o curso para causas biomédicas na determinação da doença, tratando do diagnóstico, tratamento e recuperação do doente, enfocando a doença apresenta o conhecimento fragmentado em disciplinas/especialidades;
- Enfatiza a alta tecnologia na área clínica e cirúrgica e as indicações sem a análise crítica do custo-benefício;
- Na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações diagnósticas e curativas;
- Oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia sem compromisso com a educação permanente.

ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Integralidade - DCN

- Tem estrutura curricular que proporciona atividades em grande parte integradas, áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc.;
- O processo ensino-aprendizagem centrado no estudante com métodos de aprendizagem ativa com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multi e interdisciplinar em pequenos grupos tendo o professor como orientador e facilitador e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimentos, habilidades e atitudes com estímulo a avaliação interativa e a auto-avaliação;

- Proporciona condições adequadas dos espaços físicos e de materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais.

Tradicional - Flexneriano

- Estrutura curricular fracionada em ciclos básico e profissionalizante bem separados e organizados com disciplinas fragmentadas;
- O processo ensino-aprendizagem centrado no professor que enfatiza as aulas teóricas expositivas em disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor com avaliações escritas predominantemente de memorização;
- Sem a devida preocupação em proporcionar condições físicas e de materiais de apoio para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e em oferecer tutoria.

CENÁRIOS DA PRÁTICA**Integralidade - DCN**

- Os locais de ensino da prática contam com as unidades de atenção a saúde do sistema em diferentes graus de complexidade tecnológica (primária, secundária e terciária) no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência voltado para às necessidades de saúde prevalentes dentro de uma visão intersectorial com enfoque na saúde;
- Proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática;
- oferece práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral (medicina integral do adulto, medicina do trabalho, saúde da mulher, emergências/urgências, etc.).

Tradicional - Flexneriano

- Locais de prática no hospital secundário e terciário com enfoque fortemente voltado para as doenças crônicas e graves;
- Proporciona ao discente observação de práticas demonstrativas com oportunidade a atividades selecionadas;
- Oferece práticas ligadas aos departamentos (clínica médica, cirúrgica, etc.) e às disciplinas (cardio, pneumo, nefro, gastro, dermat, etc.) que quando oportunizadas ao discente se restringe ao âmbito das especialidades – visão segmentada do paciente.

DESENVOLVIMENTO DOCENTE**Integralidade - DCN**

- oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes com acompanhamento e desenvolvimento no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas (apoio institucionalizado) dispondo de núcleo de apoio didático-pedagógico;
- promove de forma sistemática e exige a atualização e aprimoramento técnico-científico dos professores em especial relativo às exigências de necessidades/demandas vigentes em saúde com incorporação crítica de novos conhecimentos e tecnologias;
- estimula os docentes e apóia sua participação no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência, analisando os modelos de prática e desenvolvendo processo formativo ligado as necessidades regional e local em saúde e tem serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde e os médicos dos serviços têm participação na docência;
- promove capacitação gerencial e possuem docentes que assumem cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativa, liderando programas, buscando assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionando participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.

Tradicional - Flexneriano

- sem a preocupação não oferece e nem promove (ou raramente o faz) a capacitação didático-pedagógica do corpo docente;
- não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz), deixando por conta do próprio docente, embora esta seja a principal exigência para a docência neste modelo;
- não estimula o corpo docente que por sua vez não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os médicos dos serviços não participam na docência;
- docentes assumem cargos gerenciais (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital universitário, etc.) de forma empírica e fundada em experiência própria. Não há a preocupação institucional em capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005 [citado 2007 Fev 5]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília, Ministério da Saúde, 2006, 162p:Il. (*Série F. Comunicação e Educação em Saúde*).
5. BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
6. BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, 5(1):163-77, 2000.
7. EDLER, F.; FONSECA, M.R.F. Seleção de artigos da Série "História da Educação Médica no Brasil", primeira parte. *Cadernos da ABEM*, v.2, jun./2006.
8. KUHN, T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 4ª edição, 1996.
9. LAMPERT, J.B. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Editora Hucitec, Rio de Janeiro, *ABEM*, 2002.
10. _____. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. *Cadernos da ABEM*, v.2, jun./2006.
11. MACHADO, M.H. Os Médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro, [Tese de doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro], 1996.
12. SANTOS FILHO, L.C. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo, Hucitec, *Editora USP*, v.1, 1991.
13. SANTOS, P.M.L. Profissão médica no Brasil. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica, M.H. Machado (org.), pp.97-115, Rio de Janeiro: *Editora Fiocruz*, 1995.
14. TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco, RJ, 5(1):133-49, 2000.