

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARMEN LUCIA SOUQUE SOARES

EDUCAÇÃO MÉDICA – UMA REVISÃO DE LITERATURA

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 3316.3849 - Fax: (51) 3316.3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Porto Alegre

2004

Sys: 432959
GS 2004/122

CARMEN LUCIA SOUQUE SOARES

EDUCAÇÃO MÉDICA – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia de conclusão do curso de Especialização em
Gerenciamento de Serviços de Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de administração

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2004

Folha de aprovação

- a) Nome do Autor: Carmen Lucia Souque Soares
- b) Título: Educação Médica – Uma revisão de literatura.
- c) Natureza do trabalho: monografia.
- d) Objetivo do trabalho: revisar a literatura a respeito de educação médica, diretrizes curriculares e novos cenários de ensino.
- e) Nome da instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

À minha família, Renan, Paola, Laura e Mariana.

Pelo incentivo, pelo apoio e pelas horas ausentes.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Dr^a Maria Ceci por ter plantado em mim a "semente da dúvida", a Prof^a Vânia pela dedicação e esforço no decorrer do curso e pelas palavras de incentivo e apoio sempre que precisamos. Ao meu orientador, Dr. Ronaldo, por ter sido realmente um condutor e pela presteza com que sempre me atendeu.

*"É preciso ousar para dizer cientificamente que
estudamos,
aprendemos,
ensinamos,
conhecemos nosso corpo inteiro.*

*com sentimentos,
com as emoções,
com os medos,
com a paixão e também com a razão crítica.*

Jamais com estas apenas.

*É preciso ousar para jamais dicotomizar
o cognitivo do emocional".*

Paulo Freire

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre educação médica realizada na Revista Brasileira de Educação Médica nos últimos dez anos. Através desta revisão ficou claro que é necessário formar um novo profissional médico, com perfil para atender as necessidades básicas de saúde da população. Algumas tentativas vêm sendo feitas neste sentido como as Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina e o Programa de Incentivo às Reformas Curriculares. Novos cenários de ensino estão sendo criados em algumas escolas através de internato rural e em Programa de Saúde da Família. Novos métodos de ensino estão sendo colocados em prática com o Aprendizado Baseado em Problemas.

Descritor: educação médica.

ABSTRACT

This work presents a literature revision on carried through medical education in the Brazilian Magazine of Medical Education in last ten years. Through this revision it was clearly that it is necessary to form a new medical professional, with profile to take care of the basic necessities of health of the population. Some attempts come being done in this direction as the New Curricular Lines of direction for the courses of medicine and the Program of Incentive to the Curricular Reforms. New scenes of education are being created in some schools through the agricultural boarding school and in Program of Health of the Family. New methods are being placed in practical as the Learning Based on Problems.

Describer: medical education.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 09 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 Objetivo Geral | 17 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 17 |
| 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 18 |
| 5. REVISÃO TEÓRICA GERAL | 19 |
| 6. UMA BREVE REVISÃO SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA | 19 |
| 6.1 A Influência do Relatório Flexner | 27 |
| 6.2 Algumas Tentativas de Mudança | 28 |
| 6.3 Currículo e Diretrizes Curriculares | 31 |
| 6.4 O Aprendizado Baseado em Problemas | 35 |
| 6.5 O Importante Papel Docente na Educação | 37 |
| 6.6 A Difícil Tarefa de Avaliar | 40 |

| | |
|---|----|
| 6.7 Novos Cenários, a Atenção Básica, o SUS e o PSF | 41 |
| 7. IMPRESSÕES PESSOAIS | 48 |
| 8. CONCLUSÃO | 54 |
| 9. REFERÊNCIAS | 57 |
| 10. OBRAS CONSULTADAS | 62 |

Introdução

A formação profissional tem gerado, nos últimos tempos, uma discussão importante envolvendo escolas médicas e órgãos governamentais como Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME). Discussão esta que já existia na época da Reforma Sanitária dentro do próprio Movimento Sanitário, onde predominava a visão de que o mercado de trabalho condicionaria e determinaria as diretrizes do ensino. “Hoje, predomina a visão de que entre o mercado de trabalho, a prática profissional, a estrutura dos cursos de formação e a prática educativa se formam inter-relações dinâmicas, obrigando que as mudanças sejam feitas simultaneamente” (NORONHA, 2002, p. 14).

Formação profissional, as perguntas são muitas e as respostas complexas devido às diversas facetas que compõem a questão e às infinitas opiniões que a discussão suscita. O Ministério da Educação e Cultura (MEC), criou as novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina as quais dão ênfase à formação de um médico generalista, apto a atuar em equipe multi-profissional e treinado para resolver os problemas de saúde mais frequentes das comunidades. Capacitado a entender a doença com seus determinantes sociais e o seu paciente inserido neste meio social.

Esta preocupação com a formação dos profissionais da área da saúde não é só da educação é também uma preocupação do MS, uma vez que ele mesmo, através da Portaria Nº 198, instituiu, em fevereiro deste ano, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como condutor locorregional um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Estes polos terão a finalidade de trabalhar a educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde, com o objetivo de humanizar e qualificar a atenção. Além de ter lançado o Promed, um programa de incentivo às reformas curriculares.

A formação dos profissionais médicos gera preocupação pela constatação de que, para o SUS, onde muitos egressos irão trabalhar, não estão sendo formados profissionais habilitados a trabalhar nele. Como podemos observar nos seguintes exemplos a respeito de profissionais para o Programa de Saúde da Família (PSF) – programa desenvolvido dentro do SUS: “[...] cuja maior dificuldade de ampliação e consolidação está na escassez de profissionais formados com o perfil necessário” (NORONHA e MACHADO, 2002, p. 12).

Encontra-se no artigo de Noronha (2003, p. 8) intitulado “Centros Urbanos Recebem Apoio do Ministério para Ampliar PSF”, um depoimento de Luciana Borges (Coordenadora de Saúde Comunitária do município do Rio de Janeiro): “[...] enfrentamos uma grande dificuldade para encontrar profissionais de saúde com perfil adequado ao trabalho e tem ainda a questão da violência nas comunidades controladas pelo tráfico de drogas”.

Observa-se que há uma deficiência de profissionais capacitados para atuar nesta área e que a formação destes profissionais é uma necessidade para a expansão dos PSF. Se o mercado influencia de alguma forma a formação profissional, esta necessidade é uma constatação desta influência. Invariavelmente, alguns egressos de cursos médicos trabalharão nesta área.

Sendo que, para suprir esta necessidade (de profissionais médicos para o PSF), foram criados os Polos de Capacitação em Saúde da Família, os quais estariam cumprindo um papel que deveria ser das universidades. Estes polos têm o objetivo de capacitar profissionais para atuarem nos programas de saúde da família e incentivar as mudanças necessárias na graduação universitária.

[...] Os Pólos [Pólos de Capacitação em Saúde da Família], que têm como tarefa principal a reconversão dos profissionais que já estão atuando no mercado, estariam servindo também como porta para uma ação estratégica junto às escolas, no sentido de incentivar as necessárias mudanças na graduação universitária (NORONHA E MACHADO, 2002, p. 12).

Considera-se que a preocupação dos educadores de profissionais médicos não seja o mercado de trabalho e sim é a de formar um profissional que possa ser um agente modificador das condições de saúde de uma população. E que, para modificá-las, necessita exercitar conhecimentos técnicos, teóricos e, principalmente, humanos além de também conhecer o sistema de saúde no qual estará inserido após a formatura.

Importante considerar que a necessidade hoje é de um profissional multiquificado, complexo, autônomo e capaz de trabalhar em equipe. Com qualidades para observar, problematizar, diagnosticar, propor soluções e intervir em cada uma das situações que surgem no seu cotidiano profissional. Estas características dificilmente podem ser desenvolvidas no âmbito de uma formação baseada na pedagogia da transmissão.

Constata-se que em medicina geral comunitária (área de especialização em medicina que forma profissionais capacitados para atuarem no sistema), também existe deficiência conforme comentário de Oliveira (1996, p. 23):

Mesmo assim, os programas de residência médica nesta especialidade [medicina geral comunitária] colocam no mercado de trabalho um volume muito pequeno de profissionais a cada ano, particularmente se comparados a ramos tradicionais, como clínica médica, ginecologia, pediatria ou cirurgia.

O médico sanitarista Gilson Carvalho (2004, p. 21) em sua palestra no Vigésimo Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pondera: “É necessária a reformulação completa do atendimento ao usuário, defendeu, reintegrando e re-humanizando a relação entre médicos e pacientes”. Esta reformulação da relação médico-paciente está intrinsecamente relacionada com a qualidade da formação médica.

Deste congresso, derivou um documento intitulado Carta de Natal, no qual também consta a preocupação com a qualidade dos profissionais que estão sendo colocados no mercado. Entre outras deliberações, neste documento consta que é necessário definir um conjunto de estratégias e implementar políticas voltadas ao processo de formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

Levando em consideração a preocupação com a formação dos profissionais de saúde é que fica a pergunta: o que a literatura a respeito do assunto nos diz?

Justificativa

Levando em consideração a preocupação com a formação profissional, a reforma curricular é um ponto inicial importante. O projeto das Diretrizes Curriculares surgido do XXXVIII Congresso de Educação Médica como resultado de um consenso entre Comissão de Especialistas do MEC, da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), tem como objetivo delinear o perfil dos profissionais médicos, suas habilidades e competências ao final do curso, bem como conteúdos essenciais dos cursos e currículos adaptados às necessidades da população.

O que podemos ver explicitado em seu artigo terceiro parágrafos I e III:

Art.3º - O ensino de graduação em medicina tem por objetivo a formação, em uma única habilitação, de médicos com:

- III. Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para que possa atuar como médico com formação geral, apto a promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar a incapacidade.

[...]

III. Preparo para compreender os indivíduos e as comunidades, e intervir sobre as necessidades de saúde, em situação social específica, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a autonomia social.

Em relação aos conteúdos, o artigo mais claro é o de número seis:

Art.6º - O eixo do desenvolvimento curricular deve estar baseado nas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde.

A reforma curricular é uma mudança muito necessária porém, é preciso fazê-la de forma abrangente modificando a estrutura do sistema educativo e não apenas a questão pedagógica e metodológica. Neste sentido, foi criado um programa de incentivo às mudanças curriculares (Promed) para o qual algumas escolas foram selecionadas. Pires (2003, p. 15) explica: “[...] o novo enfoque da formação do profissional de saúde é o de atuar na transformação da realidade em benefício da sociedade, identificando as dimensões bio-psicossociais e seus determinantes”.

Entende-se, desta forma, que os cursos devam ter disciplinas básicas mais ou menos comuns a todos, disciplinas profissionalizantes e práticas sempre adaptadas às necessidades de cada população. Sendo que, para isso, o aluno deverá estar “do lado de fora dos muros das universidades” inserido no sistema. Atualmente, alguns dos cursos de medicina, apesar das novas diretrizes, não contemplam a inserção do aluno nas comunidades e nem o conhecimento necessário a respeito do sistema. Mas, de qualquer forma, é neste sistema que os egressos dos cursos de medicina estarão se inserindo.

Algumas universidades já contemplavam a inserção dos alunos nas comunidades bem antes dos movimentos pela reforma curricular e das discussões a respeito da formação profissional. Em 1970, o Departamento de Saúde Pública (DSP) da Faculdade de Ciências

Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) – Universidade Estadual Paulista (UNESP) já entendia a necessidade de colocação do aluno nas comunidades:

[...] outro não poderia ser o caminho trilhado pelo DSP, o da atuação além dos muros da universidade, devido à convicção que se tinha de que a formação de profissionais para a nossa realidade de saúde não deveria se dar, exclusivamente, no âmbito restrito do hospital universitário (HU) [...] para que se pudesse conhecer o contexto onde doença e doentes são produzidos e circulam, antes de chegar ao HU, [...] (CYRINO, 2002, p. 5).

Ainda, a criação de internatos rurais nos cursos de medicina também pode contribuir de forma positiva para a formação médica, possibilitando ao aluno o contato com situações muito diversas das encontradas nos hospitais universitários. Além de oportunizar o conhecimento do “verdadeiro médico de família” que, por ser o único profissional na localidade, atende a todos os pacientes e a todos os casos e também participa ativamente das necessidades das pessoas.

Podemos observar neste relatório de um aluno do curso de medicina que participou do internato rural:

Ficou claro, também, que o médico responsável era bastante solicitado para resolver muitos problemas, não apenas médicos, e envolvia-se com aspectos sociais da comunidade, com a qual mantinha um bom relacionamento, até para convencer as pessoas relutantes para cumprir o tratamento indicado (MAGALDI E OLIVEIRA, 2002, p.158).

Também podemos observar algumas iniciativas dos próprios alunos em se colocar nas comunidades e de com elas iniciar algum trabalho. Possivelmente já com a consciência da necessidade de melhorarem sua própria formação. Nos relatórios do Prêmio Saúde Brasil promovido pelo grupo Ache, encontramos inúmeros trabalhos inscritos e premiados e que são iniciativas pessoais dos alunos. Podemos citar como exemplo o trabalho “Sexualidades”, da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), premiado na primeira edição, que foi iniciativa pessoal do aluno Fábio Pedro, hoje residente de pediatria na referida universidade.

Neste trabalho, busca-se saber o que a literatura a respeito do assunto trás de contribuição para a área de formação dos profissionais da saúde. A finalidade desta busca é identificar quais mudanças estão sendo feitas e se existe alguma relação entre estas mudanças e a influência possivelmente gerada pelo mercado de trabalho.

Objetivos

Objetivo Geral

Revisar artigos da Revista Brasileira de Educação Médicas nos últimos dez anos, buscando explicitar a existência ou não de um movimento que busque aliar a necessidade de mudanças curriculares no processo de ensino de graduação às necessidades do sistema de saúde.

Objetivos Específicos

- Sistematizar experiências descritas em textos identificando o objetivo dos relatos.
- Sistematizar experiências descritas em textos identificando em quais instituições estão ocorrendo mudanças na estrutura curricular.
- Sistematizar experiências descritas em textos identificando movimento por novos cenários de ensino.

Procedimentos metodológicos

A metodologia será um estudo de revisão bibliográfica em artigos apresentados nas revistas que trazem o assunto sobre formação profissional. A revista escolhida foi a Revista Brasileira de Educação Médica, a pesquisa foi feita nos exemplares de janeiro de 1995 a dezembro de 2003. Esta revista foi escolhida pelo seu conteúdo altamente relevante em relação ao assunto a ser tratado.

O mês de maio foi gasto com a realização do projeto. No mês de junho, foi feita a revisão nos exemplares e no mês de julho a organização e confecção da monografia. O método de pesquisa foi à leitura sistemática dos exemplares seguida de ficha de leitura com anotação dos dados relevantes. A revisão de literatura foi escrita obedecendo a uma certa cronologia de tempo encontrada nos relatos.

Revisão Teórica Geral

A formação profissional é uma discussão surgida já na época da reforma sanitária, época em que surgiram também as bases para o atual sistema de saúde. O nosso sistema de saúde, legado desta Reforma Sanitária, foi construído baseado na saúde como um direito de todo o cidadão. Justamente porque, nos anos 70, só tinha direito à saúde aquele trabalhador com carteira assinada o qual “descontava o INPS”. Sendo que esta discussão se prolonga até os nossos dias. Observada nesta declaração publicada no jornal do Conselho Federal de Medicina :

Paiva destacou que, enquanto é discutida a qualidade no atendimento, deve-se considerar os que prestam esse trabalho. ‘Já denunciemos diversas vezes que o aparelho formador médico é inadequado. Pedimos ao governo federal que tenha compromisso com o parlamento e com a sociedade e reveja a formação médica existente no país. Estamos preocupados em prestar um serviço adequado. (2003, p. 6).

A medicina praticada nos anos 70 era totalmente hospitalocêntrica com detrimento da prevenção em favorecimento da medicalização. Havia uma distinção muito nítida, inclusive, entre profissionais que trabalhavam “nos dois extremos da saúde”.

Esta medicina hospitalocêntrica, individualista e meramente curativa é fruto de influência exercida pelo Relatório Flexner, publicado no início do século XX, após avaliação do

ensino em escolas médicas americanas. Desta influência, surgiu o Paradigma Flexneriano na educação, caracterizado, segundo Lampert (2002), por:

- a) predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas;
- b) o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas;
- c) prática desenvolvida predominantemente no hospital;
- d) capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e
- e) mercado de trabalho referido apenas pelo consultório, onde o médico cobra seu honorário sem influência de terceiros, enfatizando o caráter liberal da profissão.

Sabe-se que a maioria dos egressos de cursos médicos acabam exercendo sua profissão ligados, de alguma forma, ao sistema de saúde, embora tenham sido formados dentro do Paradigma Flexneriano. Sem saber, muitas vezes, que a saúde é um direito assegurado pela constituição. Considerando a saúde como um direito do cidadão e a importância deste conceito na formação médica, Lopes (1999, p. 23) comenta em seu artigo intitulado “Reflexões sobre o Ensino Médico”, a importância de o ensino contemplar o contato do aluno com as comunidades (com os cidadãos):

[...] para termos um ensino médico na graduação mais eficiente, que contemple o saber emergente, valorize a relação médico-paciente e o caráter humanístico da medicina, fornecendo ao aluno uma formação holística e, garantindo, assim, o compromisso ético e social da escola médica com os alunos, docentes e comunidade.

Deve-se considerar que o profissional médico é formado segundo o Paradigma Flexneriano, o qual enfatiza o caráter liberal da profissão. No Brasil, a década de 60 e 70 marcou importante crescimento industrial e na área da saúde o crescimento da corporação médica, com a

intensificação da medicina privada. Criando-se, dessa forma, duas linhas de ação muito claras: a medicina liberal dos consultórios e o modelo hospitalocêntrico, tendo o Estado como financiador e organizador. (LAMPERT, 2002, p.59).

Criando-se, dessa forma, duas ações distintas entre os docentes médicos: aquela exercida em seu consultório e aquela exercida enquanto docente dentro dos hospitais universitários. Influenciando sobremaneira a formação dos futuros médicos como se pode observar nestas declarações.

Em visitas aos hospitais universitários do nosso estado, detectamos com preocupação que alguns docentes demonstram inobservância na compatibilidade entre o ensino e a efetiva prática médica através do SUS. Isso, além de não ser o que se espera do profissional, pode se constituir em mau exemplo para o futuro profissional da saúde, que está sendo formado. (Jornal do Conselho Federal de Medicina, 2003, p. 4).

A área de saúde da universidade brasileira, principalmente os cursos médicos, qualquer que seja a estrutura curricular que formalmente se proponha, organiza a formação de seus alunos de modo tradicional e, frequentemente, em desacordo com as necessidades da sociedade. Em geral, os cursos médicos (e das outras profissões da área da saúde) se efetivam em hospitais universitários voltados para si mesmos, ignorando a comunidade. (PIMENTEL, 2003, p.12).

A preocupação gerada é com a qualidade do profissional que se forma, distanciado que fica da comunidade e dos problemas de saúde prevalentes nas populações.

Para Ramos, citada por Noronha (2002, p.14) no artigo “Formação Profissional em Saúde”, o profissional deve estar capacitado para atender as necessidades básicas de saúde da população independente do mercado de trabalho que se apresente. A formação profissional, segundo ela:

[...]deve seguir princípios científicos modernos e universalmente desenvolvidos pela humanidade, podendo ter como referência as tecnologias mais avançadas [...] deve desenvolver plenamente as capacidades humanas, potencializando a apropriação pelos trabalhadores dos saberes construídos pela humanidade e, portanto, a reapropriação de seus próprios saberes em benefício da sociedade.

O que é mercado de trabalho médico? É considerado como a relação entre oferta e a necessidade de profissionais qualificados para o exercício da Medicina. Reforçando que nem sempre o recurso humano formado se adapta às necessidades dos serviços.(LAMPERT, 2002, p.52).

Sabe-se que 90% dos problemas apresentados pelos pacientes podem ser resolvidos em sua unidade básica e que “90% da população atualmente procura o SUS” (Ministro da Saúde Humberto Costa em discurso no 5º congresso da Rede Unida, maio de 2003) e que em 1999 uma pesquisa da Assistência Médico Sanitária (AMS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou um total de 73% de profissionais da saúde num montante de 1.472.517. Com certeza, muitos destes profissionais da saúde são médicos e, provavelmente não conhecem a realidade onde estão inseridos.

Seria conveniente, portanto, considerar um contato mais direto do futuro médico com seus futuros pacientes e o meio onde poderá vir a exercer sua profissão.

Os sujeitos da ação, representados por aqueles que discutem, planejam e implantam os programas. E, como não há ‘sujeito’ sem ‘objeto’, poderíamos supor os profissionais aos quais os programas se destinam como o tal objeto. Acontece que tais profissionais, ao exercerem suas práticas de trabalho, são também sujeitos em relação a outro objeto, a população atendida por eles. Esse público, por sua vez, a partir mesmo de uma prática de trabalho baseada na construção compartilhada do conhecimento, torna-se sujeito de suas próprias transformações sociais. Finalmente, tais mudanças demandam novas discussões, novo planejamento e implantação de novas ações voltadas para uma formação contextualizada por elas. Está assim fechado um grande círculo que constantemente se auto-alimenta e se regenera (NORONHA,2002, p. 15).

Em uma experiência realizada pela Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) – Universidade Estadual Paulista (UNESP) fica claro que esta inserção é possível, que gera frutos e que é muito importante tanto para as comunidades quanto para os alunos. São trinta anos de uma experiência muito positiva relatada no livro “Saúde e Comunidade – 30 anos de experiência em extensão universitária em Saúde Coletiva”.

Ainda, como experiência positiva, a participação da academia dentro da comunidade também gerou conhecimento e possibilitou auxílio na sua própria transformação. “[...] não apenas voltar-se para a sociedade para falar, ensinar técnicas ou normas, mas, também, para ouvi-la e atuar em cooperação, participando de sua transformação e aprendendo” (OLIVEIRA, 2002, p. 238).

A criação dos internatos rurais dentro dos cursos de medicina também são exemplos positivos de melhoria na formação do profissional médico:

Buscou-se mostrar que todo o estudante de medicina, ao final do curso, devia estar capacitado a identificar e se conduzir frente a problemas pediátricos, obstétricos, clínicos, cirúrgicos e de saúde pública [...] o profissional necessitava saber diagnosticar e se conduzir diante de: doenças respiratórias agudas, doenças transmissíveis, diarreias, verminoses, desnutrição, desidratação, dermatoses, acidentes e envenenamentos, partos, alterações ginecológicas comuns, alterações digestivas, hipertensão, bronquites, crises convulsivas e infecções urinárias [...] (MAGALDI e OLIVEIRA, 2002, p. 166).

Além do que, aquela população obteve melhoria nas condições de saúde e atendimento universal e integral: “[...] produziu-se uma substancial melhoria no padrão de saúde da população, expressa em assistência universal e integral, melhoria de indicadores de saúde e instalação dos meios de exercício do preceito legal do controle social.”(OLIVEIRA, 2002, p. 233).

Outro exemplo de internato rural é o da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que, em decorrência do novo currículo médico implantado, os serviços públicos de saúde passaram a ser reconhecidos como parceiros da Universidade na educação médica. Esta experiência já dura 25 anos.

O PSF poderá ser uma boa estratégia para a formação do profissional desde que, segundo Arouca (2002, p. 20), seja adequado às necessidades da população, um programa no

qual uma equipe dará atendimento personalizado às famílias segundo o conceito de desenvolvimento local, integral e sustentável.

Em março de 2003, o MS, através de portaria, convoca os municípios a ingressarem no PROESF (Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), que visa à modernização institucional, a adequação da rede de serviços, o fortalecimento de sistemas de avaliação e informação e o desenvolvimento de recursos humanos, o qual poderá trazer uma melhoria na qualificação dos profissionais que vierem a receber treinamento dentro destes programas.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, por entender o quanto é importante na formação do profissional médico o contato com os serviços de saúde e com a população, criou o internato em um Programa de Saúde da Família (PSF). Segundo Ciampo e Ricco (2003, p. 510), desta forma a formação passa a valorizar mais as questões sociais, econômicas e culturais da população. Destacando-se o ensino voltado aos aspectos da saúde comunitária, com a prevenção das doenças diretamente relacionadas com a realidade social das comunidades.

Concluí-se, pelos diversos exemplos citados, que algumas iniciativas estão sendo tomadas para melhorarem a formação dos profissionais médicos pelas escolas. Dentro destas iniciativas, não podemos deixar de citar uma das primeiras, ainda na época do movimento sanitário, que seria a criação dos departamentos de medicina preventiva. Através destes departamentos foram criados os “postinhos” na periferia das cidades, os quais possibilitavam o contato dos alunos com a população, fora dos hospitais universitários.

“No Brasil, o modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e no movimento da Reforma Sanitária seus dois marcos históricos fundamentais”.(LAMPERT, 2002, p. 66).

O projeto Integração Docente Assistencial veio, logo após, com a intenção de substituir o, assim chamado, laboratório exercido pelas disciplinas ligadas aos departamentos de medicina preventiva. Sendo seguido pelo projeto financiado pela fundação Kellogg, Uma Nova Iniciativa em Educação (UNI). Ambos com propostas de integrar a academia às comunidades e aos serviços de saúde tentando aproximar a formação do profissional à realidade sanitária de nosso país.

Na estratégia de articular ensino e serviço, destacam-se o Programa de Integração Docente Assistencial (Marsiglia, 1995) e os Projetos UNI (Uma Nova Iniciativa em educação dos profissionais de saúde) que inter-relacionam, no processo de formação, a universidade, os serviços e a comunidade". (LAMPERT, 2002, p. 118).

Sabe-se que, na criação do SUS, ficou definido que este deveria ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. No entanto, na prática, o ME continua com o controle da formação do pessoal de saúde. As contradições apontadas só terão encaminhamento quando o MS assumir seu papel plenamente.

O encontro mais importante e oficial entre o MS e ME deu-se em dezembro de 2001, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). O objetivo deste encontro foi apresentar, discutir e apreciar as novas Diretrizes Curriculares (ME) para o curso de graduação em Medicina e lançar o Programa de Incentivo às mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) (MS).

Resta não perder de vista o futuro. As diretrizes estão aí postas para serem oficialmente adotadas, implementadas e acompanhadas por avaliações. Pó três programas: de saúde da família, de Interiorização Profissional do Trabalho Médico em Saúde e o incentivo às Mudanças Curriculares podem, com ações integradas entre ministérios (MS e ME) e instituições de ensino superior, adquirir um potencial interativo. (LAMPERT, 2002, p. 95).

Importante citar o papel da ABEM, a qual apoiou o encontro entre MS e ME, tanto quanto a luta exercida pela CINAEM. A CINAEM teve o seu projeto iniciado em 1991.

“Trata-se de um projeto de avaliação do ensino médico em âmbito nacional, que vem construindo um movimento de discussão do ensino e da profissão médica com representantes docentes e discentes das escolas médicas e da sociedade, em todas as regiões do país”. (FRANCO et al., 2000, p. 32).

Uma breve revisão sobre educação médica.

I – A Influência do Relatório Flexner.

O Relatório Flexner é um documento lançado no início do século XX, em 1910, após uma avaliação de escolas médicas americanas. Nele, Abraham Flexner fez críticas ao ensino e a prática médica por estarem totalmente dissociadas do pensar e fazer ciência (RONZANI e RIBEIRO, 2003 p.231).

As características eram a ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, proveniente da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, reforçando assim, como aponta Almeida Filho, “a separação entre individual e coletivo, público e privado, biológico e social, curativo e preventivo”.(RONZANE e RIBEIRO, 2003, p.231).

Destas características, derivam o ensino que temos ainda hoje em algumas escolas médicas do nosso país. Um ensino segmentado, baseado no biológico e na pedagogia da transmissão, centrado no professor detentor do conhecimento, tendo o aluno como receptor da informação. Resultando num profissional com amplo embasamento tecnológico acerca do homem biológico, com capacidades técnicas apuradas, sem ênfase no humano e social à volta do seu paciente. Tendo no hospital escola seu único e principal campo de aprendizado. Segundo Yasbeck et al. (2000, p. 27) o erro reside no fato de, ainda hoje, algumas escolas adotarem este tipo de ensino como parâmetro educacional.

Flexner ainda propôs a divisão do curso em disciplinas básicas e clínicas e a criação de departamentos. Sendo que, no Brasil, a partir da reforma universitária de 1968, as cátedras foram abolidas e criados os departamentos e o sistema de créditos também por influência do modelo norte americano. (BRIANI, 2001, p.75).

Embora, segundo Lampert (2002, p. 65), este relatório também tenha exortado ao humanismo, a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações.

“Nos dias atuais, este paradigma ainda é dominante, sendo fonte de referência para a formação de identidades profissionais”. (RONZANI e RIBEIRO, 2003, p.232).

II – Algumas tentativas de mudança.

Estudiosos do ensino médico sempre estiveram em busca de formar um médico com capacidade de transformar e atuar positivamente para uma sociedade melhor. Um profissional mais humano, capaz de respeitar o indivíduo doente em seu meio social e não a doença do indivíduo. Com conhecimentos técnicos e habilidades capazes de mudar a situação de saúde das comunidades. Porém, com o modelo de educação vigente isto se tornava difícil de ser alcançado.

Em 1970, o Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – Universidade Estadual Paulista, por entender que a formação dos médicos para nossa realidade não deveria se dar exclusivamente dentro dos hospitais universitários, passou a inserir seus alunos do primeiro ano em postos de saúde. Esta inserção gerou frutos: segundo o diretor do programa, a taxa de cesariana foi reduzida em 19% e a mortalidade materna reduzida para zero. (LUZ, 1999, p.07).

O modelo flexneriano ainda vigente causou uma crise dentro das escolas médicas. Crise esta que gerou, em 1974, a primeira referência oficial sobre Integração Docente Assistencial (IDA) contida no Documento número dois da Comissão de Ensino Médico do

Ministério da Educação (ME). Nele recomendava-se a integração entre serviço e ensino na formação do médico.(PEIXOTO e SILVA, 2000, p.41).

Antes da referência ao projeto IDA, na década de 60, surgiram (dentro das faculdades de medicina) os departamentos de medicina preventiva, os quais tiveram as primeiras iniciativas de levar a academia até as comunidades. Esta iniciativa faz parte dos movimentos pela reforma sanitária que aconteciam nesta época.

A estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), conforme assinalam vários autores, apareceu durante os anos 70 como proposta substitutiva aos "laboratórios de comunidade" referidos a pequenos grupos populacionais, utilizados pela maioria dos departamentos de medicina preventiva como áreas de demonstração. (ALMEIDA, 2001, p.46).

O projeto IDA visava à inter-relação entre todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. Apresentava propostas de uma medicina integral e fez parte de movimentos que sinalizavam a necessidade de reforma na educação médica. Porém, a medicina integral se manteve em nível de retórica e permaneceram os modelos hegemônicos de formação e de prática. (LAMPERT, 2002, p.125).

As décadas de 70/80 foram repletas de acontecimentos no terreno da educação médica dentre os quais a redefinição do objeto do estudo, ou seja: doença, atendimento individual e predominantemente curativo; por processos formados em torno de conhecimentos referidos à saúde da população, marcando uma concepção de processo saúde-doença. Na década de 90, o terreno estava preparado para novas propostas de mudança na educação médica latino-americana. (ALMEIDA, 2001, p.48).

Em 1991, a coordenação do Programa para a América Latina e o Caribe, apoiado pela Fundação Kellogg, comunica e convida as universidades com cursos de graduação em medicina e enfermagem, a participar de Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI). Este programa visa à interação ensino/serviço e

comunidade. A idéia era desenvolver uma proposta entre universidades, serviços públicos de saúde nos municípios e a comunidade.

Este projeto visava reestruturar a forma de atuar no binômio saúde-doença, privilegiando a atenção primária em saúde. Esta nova forma de tratar o binômio saúde-doença nos remete a um novo paradigma da educação, ou seja, o paradigma da integralidade. Segundo Lampert (2002, p. 68), este novo paradigma enfatiza mais a saúde e as medidas preventivas do que a doença e também tem como objetivo a mudança na educação tendo um ensino centrado no aluno, vinculado ao sistema de saúde, voltado para as necessidades básicas em saúde de uma população.

O UNI foi implantado na Venezuela, no Chile, na Colômbia e no Brasil. Sendo que em nosso país, por recomendação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), as escolas deveriam buscar alternativas metodológicas dentro de seus programas pedagógicos pois, não estão cumprindo com o objetivo de formar profissionais comprometidos com a realidade da população que irão assistir. O programa foi implantado em várias localidades como Botucatu, Niterói e na Bahia.

Registra-se o fato deste programa trazer algumas dificuldades de execução, uma vez que une três esferas diferentes entre si, ou seja, federal, municipal e comunidades. Cada uma delas falando uma linguagem diferente, além do que a inserção dos alunos nos serviços não foi isenta de tropeços, pois a presença deles era considerada pelos funcionários como inconveniente.

“A linguagem de cada participante é diferente: o UNI assume a linguagem da universidade, o que provoca resistência nos outros dois. Já a universidade, detentora da aura da verdade, do saber científico, também resiste à linguagem dos outros parceiros”. (GONÇALVES e MORAES, 2003, p. 88).

Lampert (2002) considera os projetos UNI e IDA, implantados em seis escolas brasileiras (Londrina, Botucatu, Londrina, Marília Brasília, Salvador e Natal), como importantes movimentos de inovação curricular devido a sua aliança entre serviços, comunidade e ensino.

III – Currículo e diretrizes.

Antes de se comentar a respeito de novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina, se faz necessário tecer algum comentário sobre o que é o currículo e as influências que ele exerce na formação dos profissionais médicos.

Sabe-se que a formação está intimamente ligada aos currículos e às estratégias de ensino aprendizagem adotadas pelas escolas médicas; as quais, através de seu próprio perfil, delineiam o perfil do seu egresso. Estas escolas, influenciadas por Flexner, implantaram metodologias baseadas no científico apoiado pela tecnologia agilizando, assim, os processos diagnósticos. Porém, muito distanciados das necessidades básicas de saúde de cada população, não produziram mudanças significativas no perfil de saúde das comunidades.

O que seria o currículo? Derivado do grego *currículum*, designava os temas ensinados por Platão e Aristóteles no período clássico da civilização grega. Na década de 40, passou a substituir a expressão “planos de estudo”; na de 70, reconhece-se nele o caráter histórico, político e ideológico da prática pedagógica. (LAMPERT, 2001, p.8).

Na escola médica, refere-se aos documentos com base nos quais os professores definem seus programas anuais ou semestrais. Segundo Koifman (1998, p. 48), se considerado somente como documento escrito, as reformas podem limitar-se a reformar estes textos ou reorganizar cargas horárias. Não esquecendo de que, segundo esta mesma autora, “o currículo é uma área contestada, é uma arena política”.

Lampert (2001, p. 9) classifica o currículo como paralelo e oculto. Sendo que o currículo paralelo seria aquele desenvolvido através de atividades extracurriculares, na busca de experiências clínicas através do acompanhamento de serviços e profissionais. O oculto, aquele apreendido no convívio com os instrutores e pares, com os pacientes e membros da equipe de saúde, no qual adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento.

Alguns autores consideram como importante sinal de necessidade de mudanças nas grades curriculares, o número excessivo de alunos dos cursos de medicina que procuram por estágios extracurriculares. Lembrando sempre do caráter, por vezes, informal que caracteriza tais atividades, sendo que a maioria delas não tem acompanhamento nem orientação formal de preceptores ligados à docência e às universidades.

Ainda podemos encontrar o conceito de currículo nuclear que contém o conhecimento essencial a ser adquirido por todo o graduado em medicina, nele está incluído o currículo mínimo legalmente exigido. (Borges e Stella, 1999, p.112). Porém, segundo Stella (2001), este currículo mínimo, fundamentado no conhecimento biomédico, exercido no interior de hospitais universitários torna-se ultrapassado com o avanço do conhecimento técnico-científico e conduz à busca da especialização através dos programas de residência médica.

A crítica aos currículos de medicina datam da década de 50 onde já se pregava a necessidade de aproximação entre a academia e a comunidade. Sendo que, na década de 80, através de um relatório oriundo de uma Comissão do Ministério da Educação e Cultura (MEC), recomendava-se à inclusão de disciplinas das ciências sociais, com a finalidade de melhorar a formação do profissional. E já nesta época, enfrentava-se resistência às modificações, oriundas principalmente do corpo docente o qual se recusava a mudar seus métodos e atitudes.

“Para os docentes, é sempre difícil modificar seus métodos e atitudes. Continuam a ensinar da maneira que sabem, alheios às modificações da prática do ensino da medicina, pois,

segundo eles, as propostas de reforma curricular acabam sem resultados positivos”.(KOIFMAN, 1988, p.44).

Nesta época, já se defendia um currículo centrado no paciente em seu ambiente social, com inserção precoce do aprendiz na rede assistencial, proporcionando participação ativa do aluno no processo de construção do conhecimento. Acredita-se que a interação do aluno com a comunidade traz a realidade para dentro da prática médica, determinando que o ensino deve ocorrer onde está a realidade.

“Nesse processo o estudante toma contato com a realidade concreta de saúde do país, aprende a identificar o normal, o saudável, e a preservar o saudável, ao mesmo tempo em que se torna capaz de diagnosticar e tratar as doenças mais freqüentes”. (KOIFMAN, 1998, p.45).

Yasbeck et al. (2000), comenta em artigo intitulado “Novos Rumos para a Educação Médica”, a urgente necessidade de reformas curriculares que visem ao novo perfil de médico desejado, ou seja, com forte formação geral e humanística, capacitado a atender necessidades básicas de saúde. Para tal aponta estratégias como:

- _ interação interdisciplinar, horizontal e vertical;
- _ aprendizado baseado em problemas;
- _ diversificação de ambientes centrados na prática;
- _ aprendizado nuclear com opções de aprofundamento.

Belaciano apud Luna (2001, p. 37) assegura que “[...] existe uma inadequação entre o modelo de formação profissional e o espectro de necessidades no país. [...] É necessário formar um profissional com perfil adequado às necessidades sociais”.

A conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edinburgo em 1988 lançou a declaração de Edinburgo, a qual afirma que o estudante deve ter um aprendizado contínuo, o currículo deve conter um sistema de avaliação que assegure tanto competência

profissional como reconhecimento de valores sociais, devendo-se facilitar e estimular a cooperação entre a escola médica e os serviços comunitários de saúde.(LUNA, 2001, p.37).

O que se verificou a seguir foi uma seqüência de reformulações que apenas complementaram o modelo hegemônico sem modificações efetivas no perfil do profissional formado, caracterizando uma reforma sem mudança. Sendo que a instituição acadêmica e seus membros foram apontados como os principais responsáveis pela resistência às mudanças.

No bojo das tentativas de melhorar a formação do profissional médico, merece destaque o projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), iniciado em 1991. Na discussão do ensino médico provocada pela Cinaem, estão incluídos o seguimento docente e discente das escolas médicas e a sociedade em todas as regiões do país.

“Consideramos que o atual sistema de ensino médico não é adequado à realidade brasileira, necessitando de uma reformulação, que, aliás, vem sendo apontada com muita propriedade pela Cinaem”. (LUNA, 2001, p.37).

O projeto da Cinaem está centrado em três eixos: avaliação docente, modelo pedagógico e avaliação discente. O material produzido nesta avaliação possibilitou a formulação de diversas propostas para a transformação e organização do ensino médico em nosso meio. Apesar de ainda ser uma proposta, o modelo de transformação proposto pela Cinaem aponta caminhos que permitem identificar pontos que deverão sofrer intervenção a curto, médio e longo prazo; modificando o modelo pedagógico atualmente institucionalizado. (FRANCO et al., 2000, p.32).

Após o edital lançado pelo Ministério de educação em 1997, a Cinaem reúne-se a outras entidades como a Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem) e a Rede Unida,

atendendo ao chamado feito pelas Instituições de Ensino Superior (IES), a fim de apresentarem propostas para novas diretrizes curriculares para os diversos cursos de graduação.

Neste edital, consta o modelo de escola que o governo deseja: inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a assistência básica e a promoção da saúde, utilizando como método de ensino o ensino centrado no aluno e comprometido com uma educação permanente. (REGO, 2002, p. 80).

Desta luta, resultou a aprovação e homologação das novas diretrizes curriculares, pelo MEC em novembro de 2001. Segundo Lampert (2002, p. 97), as novas diretrizes

trazem claramente um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades da população brasileira [...] Conferindo flexibilidade, o conjunto das novas diretrizes respeita a singularidade de cada escola médica [...] Delineia o perfil do profissional médico ao concluir a graduação, com formação geral, humanista, crítica e reflexiva. [...] enfatiza a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe. Avança, também, ao estabelecer, na estrutura do curso de graduação, a integração ensino-serviço, vinculando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Segundo esta mesma autora as estratégias para implementação das diretrizes curriculares dos cursos de medicina ainda estão por ser construídas.

Neste contexto aparece o Promed como um programa de incentivo à implantação das reformas curriculares, instituído em 26 de março de 2002. Propõe incentivo às instituições que se prontificam a adequar a formação profissional às necessidades do SUS. O Principal objetivo do programa é adequar a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro, já que os currículos das escolas médicas praticamente não foram alterados nos últimos 30 anos. (MS, 2002, p.2).

IV – O aprendizado baseado em problemas (PBL).

Uma das alternativas de mudança na metodologia de aprendizado que merece destaque por estar sendo implantada com algum grau de sucesso em algumas escolas brasileiras é o PBL. Remonta à década de 60, na Universidade de McMaster (Canadá), quando mais ou menos vinte docentes desenvolviam um novo programa para o curso de medicina.

“Nesta metodologia, o foco do processo educativo está centrado no estudante, estimulando-se nele a capacidade de autoformação, fomentando a busca de informação e o desenvolvimento do raciocínio crítico”. (ANGELI e LOUREIRO, 2001, p.33).

O método baseia-se no aprendizado em pequenos grupos de alunos, no qual o professor passa a ser o facilitador do aprendizado e o problema é utilizado como estímulo a aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que nenhuma exposição formal prévia seja obrigatoriamente oferecida.

Segundo Araújo et al. (2001, p. 55) a proposta de ensino por meio do PBL

fundamenta-se no princípio de que a aprendizagem na educação de adultos será tanto maior quanto mais forem trabalhados os conteúdos que puderem ser envolvidos em problemas e situações que o aprendiz tenha previamente experimentado ou cujo emprego na prática cotidiana possa ser utilizado.

Falamos de um lado da educação continuada, mas particularmente na habilidade que o profissional de hoje precisa possuir, que é a do aprendizado autônomo. Ou seja, ele deve assumir o papel de gerente da sua própria aprendizagem. Para isso, é necessário que ele aprenda a aprender. (PEIXOTO e SILVA, 2000, p.42).

O PBL busca formar profissionais capazes de serem responsáveis por seu aprendizado contínuo, capazes de reconhecer a sua própria necessidade educacional. O aluno precisa aprender a aprender. Esta metodologia promove um dos objetivos fundamentais da aprendizagem na graduação segundo Campos et al. (2001, p. 57), o de aprender a aprender, ou seja: o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e

informações disponibilizados em livros, periódicos, etc... além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo a advinda da própria experiência profissional.

Peça importante e fundamental neste processo é o professor-tutor, sendo que, são funções do tutor:

ser um bom facilitador; estimular os estudantes; guiar o grupo sem forçá-lo ou dirigi-lo; prover o pensamento crítico e de auto-avaliação, apoiando o grupo no processo de sua própria avaliação; ajudar os estudantes no desenvolvimento do pensamento científico, ser o responsável pela avaliação de cada um dos estudantes durante as sessões de tutoria, com precisão, tato e de forma construtiva; identificar as qualidades e problemas dos estudantes. (KOMATSU, 1999, p.35).

Um dos maiores desafios da implantação do PBL é a mudança cultural, do processo centrado no professor e em disciplinas e departamentos, para passar a ser centrado no aluno. Os docentes necessitam ser capacitados para tal e nem sempre estão dispostos a tal capacitação e nem, tão pouco, abrir mão de seu “poder” dentro da disciplina. Sendo que o número menor de alunos em cada turma exige também um maior número de professores para atendê-los.

O professor fica, dessa forma encarregado de participar do processo como um questionador mútuo, ao invés de somente transmitir seu próprio conhecimento e avaliá-lo em seguida. [...] dentre as principais dificuldades em sua aplicação encontram-se aquelas usualmente relacionadas à insegurança por parte dos professores. (ARAUJO et al., 2001, p.45).

Apesar das dificuldades apresentadas o método vem tendo sucesso em algumas escolas brasileiras por estar implantando uma abordagem nova no ensino. Centrando o ensino no aluno e transformando-o em agente e participante de sua própria formação com capacidade de aprender a aprender.

V – O importante papel docente na educação.

“Considerando-se a realidade acima descrita, o desafio de formar o professor de Medicina figura como nuclear no processo de transformação da escola médica brasileira”. (BATISTA e DA SILVA, 1998, p.34).

Impossível negar a importância do papel docente no ensino médico e principalmente dentro da nova modalidade de ensino que se desenha atualmente. E, principalmente, no novo papel que o docente deve assumir na relação aos seus alunos. Segundo Gonçalves (1998, p. 16), educar é

um processo que permite ao homem chegar a ser sujeito de sua própria ação, em harmonia com si mesmo e não apenas o objeto de outros sujeitos; um meio para que o homem possa construir como pessoa, em termos de sendo e não de tendo; uma iniciação à crítica, interpretação e transformação do mundo. [...] Tudo isso exige e supõe a presença de um novo professor e de uma nova relação professor-aluno.

Atualmente, sabe-se que a formação dos docentes e sua inserção na docência de maneira secundária, em relação à atuação profissional, tendem a estimular a manutenção do modelo hegemônico. (SAYD et al., 2003, p.106).

Alguns autores defendem a tese da dedicação exclusiva à docência. Não deixando de lembrar o fato da desvalorização da docência em relação à pesquisa. Campos (1999, p. 17) considera esta desvalorização como um desafio a ser vencido quando se trata de abrir caminhos para a transformação do ensino médico no Brasil. Sendo que, mais recentemente, da Cruz (2003, p. 130) enfatiza este fato: “É preciso, porém, proporcionar estímulo, formação e retaguarda ao docente. O trabalho do professor junto ao aluno tem que ser valorizado na mesma medida em que o são suas publicações”.

Considerando que a maioria dos professores não é preparada para este exercício. Não temos professores médicos; temos médicos que exercem alguma atividade de ensino dedicando, assim, pouco tempo para a docência. O professor ministra suas aulas de forma

intuitiva e empírica, construindo a sua própria didática baseada no que aprendeu quando aluno e no bom senso que o ajudam a filtrar os procedimentos que funcionam. Dessa forma, o “jeito” de organizar o ensino não chega a ser tomado como reflexão nem pelo professor nem pelo grupo de professores do curso.

Levando em consideração que na contratação de professores para o curso de medicina o critério usado para seleção é apenas a qualidade de seu desempenho como profissional e pesquisador. E a sua progressão dentro da instituição continua sem do valorizada pela pesquisa e não pela docência.

O projeto Cinaem também tem se envolvido com a avaliação dos professores dentro dos cursos de medicina. Sendo que, ao traçar o perfil destes docentes que atuam na formação de médicos, concluiu que a maioria não é preparada para o ensino nem para as atividades administrativas que exercem. (CARVALHO, 2000, p.75). Sendo que a questão da formação docente é vista como um fator limitante à mudança e à melhoria da qualidade de ensino.

É sabido que os alunos aprendem muito com o exemplo, com o modelo que observam em atuação. Especialmente em medicina isto se torna um fator relevante pois, pode influenciar em suas escolhas futuras e em sua formação como ser ético. Desta afirmação, nasce a importante tarefa do docente, o qual deverá transformar-se em educador, com funções semelhantes à de um pai.

A pessoa-aluno, interagindo com a pessoa-professor, cria um molde que pode sustentá-lo quando, na carreira desgastante, por vez cruenta, que escolheu, vai se relacionar com a pessoa-paciente, as pessoas família, enfermeiro [...] Faz-se um aluno comprometido se o professor o é. (DA CRUZ, 2002, p.130).

“Cabe ao educador, responsável que é por ajudar o jovem a descobrir-se a si mesmo, sujeito possuidor de capacidade de avanço, ajudá-lo a construir-se através da atividade, desenvolvendo seus conhecimentos, habilidades sentimentos e valores”. (MORETTO e MANSUR, 2000, p.6).

Complementando

Cabe ao docente médico a tarefa maior de todas: ensinar que a medicina está sempre a serviço do homem e que tudo quanto à ciência e a tecnologia puderam acrescentar não poderá por em questionamento esta afirmação. [...] Tal como repete a lição de Osler: “tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem é conhecer o homem que tem a doença”. (GONÇALVES, 2001, p. 25).

Não podemos esquecer que ainda por influência flexneriana na educação os professores que atualmente ensinam são fruto desta influência e, portanto, em sua maioria, especialistas, com atividades liberais. Desviando assim, a atenção do aluno para esta atividade que, na maioria das vezes não é a que vai ser exercida pelo recém formado.

Na verdade, os “bons docentes”, na visão dos alunos, são aqueles que possuem nítido interesse em ensinar, estabelecem boas relações com seus alunos, sabem selecionar o conteúdo de ensino relevante para a formação de graduação; em contraste com os “bons docentes” na visão dos próprios professores os quais se espelham em seus antigos docentes considerados por eles como bons.

VI – A difícil tarefa de avaliar

O ensino baseado no modelo Flexneriano de transmissão do conhecimento, com um professor detentor de todo o conhecimento, nos legou um tipo de avaliação baseado na teoria da memorização. O método de avaliação que ainda predomina em várias escolas brasileiras não

avalia as habilidades e atitudes do aluno frente aos pacientes, avalia somente aquele conteúdo que é ministrado em aula e anotado em caderno e pelo qual o aluno estuda.

Os alunos elogiam as avaliações que são baseadas em conteúdos ministrados em aulas teóricas, pois favorecem a memorização e permitem uma nota mais alta. Estudos demonstram que o interesse do aluno em relação à avaliação se restringe à nota para passar. Os alunos ainda não raciocinam em relação à necessidade de conhecimentos que permitam o exercício de sua profissão no futuro.

Na mesma linha de raciocínio, o professor ainda não se sente confortável em avaliar habilidades e atitudes de seus alunos e, quando solicitado, refere dificuldade em preencher fichas de avaliação destes itens.

Vê-se, portanto, que algumas modificações são necessárias na forma de avaliar o aluno. Enquanto instrumentos de qualificação de desempenho, os métodos avaliativos podem não estar se prestando bem para tal função, seja por não retratarem fielmente a eficiência do processo ensino-aprendizagem ou por não enfatizarem os aspectos de real importância para a formação do aluno, [...] Por este ângulo, a avaliação deve ser encarada como instrumento de influência indiscutível na formação do profissional e de importância decisiva na determinação do tipo de médico que se forma na instituição, e por isso urge sua adequação. (OLIVEIRA et al., 2001, p.32).

VII - Novos cenários, a atenção básica o SUS e o PSF.

A consolidação do modelo 'assistencialista e hospitalocêntrico" na década de 70 no Brasil, associada à reforma do ensino, fortaleceu a formação do profissional de medicina voltada à especialização, [...] O esgotamento deste modelo hegemônico, expresso pela não melhoria dos níveis de saúde da população e, principalmente, por seu alto custo, fundamentou a construção de propostas alternativas, formalizadas, em seus princípios, por meio da implantação do Sistema Único de Saúde. [...] torna-se evidente a necessidade de redefinir o perfil profissional a ser formado, para atender às exigências dos serviços de saúde. (MARINS, 2003, p. 3).

Fica bem claro, na exposição que o médico que vem sendo formado pelas escolas brasileiras não possui características para o exercício da profissão junto aos serviços de saúde, dentro do Sistema de Saúde; definindo sistema de saúde como “aquele que inclui todas as atividades cujo objetivo seja o de promover, restaurar ou manter a saúde”. (FALEIROS, 2003, p.56). Fruto que é de uma universidade onde não lhe foi ensinado como e onde realmente deveria atuar depois de formado.

“[...] as escolas médicas têm atuado apenas como locais de instrução. A consequência, em face da referida dominância e aprisionamento a um cientificismo ideológico orgânico-tecnicista, é a formação prevalente de médicos organicistas-tecnocratas”.(SÁ, 2000, p.47).

O contato do aluno com serviços de saúde se torna condição necessária para que conheça a realidade sanitária da população. Em um país como o nosso Brasil, com a predominância de classes sociais mais baixas, a maioria da população acaba por depender do sistema de saúde vigente. Considerando que as ações básicas de saúde, uma vez implantadas, resolveriam 80% dos problemas de saúde da população, de forma mais efetiva e mais barata.

Este contato tem se dado através de atividades extracurriculares e em forma de programas de extensão. Desenvolvidas no já referido currículo paralelo. Mesmo assim, os alunos apontam como positivo este contato, os quais consideram que estas atividades proporcionam aquisições nos planos cognitivos, de habilidades e atitudes, uma vez que:

proporcionou o primeiro contato com a população durante o curso, inexistente nesta etapa do ciclo básico; permitiu extrapolar os limites dos livros e participar de um processo de articulação saúde/sociedade, até então abordado apenas teoricamente; abriu as portas para um horizonte pouco explorado até então – o caráter preventivo das práticas de saúde; forneceu uma noção mais real sobre a organização dos serviços públicos de saúde, revelando sua precariedade e baixa efetividade, reforçando a necessidade da efetivação de um sistema público de qualidade, [...]” (FORMIGLI et al., 1999, p.41).

Um exemplo que pode ser citado como positivo pelos alunos é o projeto da Universidade Estadual de Maringá, com a inserção dos alunos do primeiro ano do curso de medicina na comunidade. Como podemos observar nos seguintes relatos:

Posso dizer que esse projeto cumpre com seus objetivos, na medida em que, ao mesmo tempo em que me mostra a realidade da profissão que escolhi para seguir, cria em mim um entusiasmo ainda maior pelo curso.

O projeto tornou possível o contato com os pacientes e com o Sistema de Saúde de forma antecipada; isto é importante porque, através dele, conseguimos sentir a realidade em que vive o médico, alguns problemas que enfrenta na profissão. [...] muitas vezes, quando se entra num curso de medicina, pensa-se em salvar vidas, imagina-se um hospital organizado, onde tudo é bonito; porém a realidade, principalmente da saúde pública, é muito diferente. No posto tive noção da realidade das pessoas que procuram atendimento médico. (REBEM, 2003, p. 84-85).

Outro exemplo a ser citado é o da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo (FMRPUSP), a qual proporciona o internato em um PSF.

O internato do Curso de Medicina na área de atuação do Programa de Saúde da Família, na FMRPUSP, encontra terreno fértil para, através das atividades desenvolvidas durante o estágio, contemplar os objetivos gerais na formação médica e os objetivos específicos ligados à formação em Medicina da Família e o Programa de saúde da Família. (CIAMPO e RICCO, 2003, p.53).

Nestes projetos, levantam-se questões importantes como baixa resolutividade dos postos de saúde e descrédito da população em relação a estes postos. Sendo que a população manifesta também o desejo de ver a universidade envolvida na discussão das políticas de saúde junto aos usuários. Segundo Paim, citado por Formigli et al. (1999, p. 43), a expansão dos campos de práticas e a constituição de espaços dialógicos de aprendizagem podem sustentar as críticas ao modelo médico hegemônico e aos próprios modelos de SUS ainda vigentes.

Por outro lado, a inserção precoce dos alunos na rede contribui para que percebam, desde cedo, a grande diferença existente entre o trabalho realizado na unidade sanitária e o

médico altamente especializado que a universidade forma. Inegável a importância da aproximação da escola com a comunidade na formação deste médico que possa atender às necessidades da população. Tendo em vista que, conforme relatório final do CENUTE (não é uma sigla, é um modo de seus participantes se referirem ao encontro de quatro escolas médicas do Sudeste brasileiro interessadas no aprimoramento do ensino médico), publicado na Revista Brasileira de Educação Médica (2000, p.73-74): os participantes reiteram e enfatizam a importância estratégica de instaurar mecanismos efetivos de integração Universidade-Serviço-Comunidade no âmbito das escolas formadoras de profissionais de saúde, tendo em vista os seguintes fatores:

- A necessidade de repensar a universidade seu papel e sua missão em nível interno e externo.
- A necessidade de aproximação efetiva entre a escola, a realidade dos serviços e as transformações do mundo do trabalho.
- A necessidade de educar o profissional para uma ampla formação geral, com capacitação técnica, humana científica e ética.
- A importância de resgatar cada vez mais, a idéia de que à universidade compete formar recursos humanos e de produzir serviços,
- A ênfase em diferentes espaços de formação além do Hospital Universitário.
- A importância de um conhecimento mais efetivo do processo saúde-doença. Nesse sentido, considerou-se que a integração Universidade-Serviço-Comunidade deve ser vista como uma das estratégias que vai além do propiciar espaços para o ensino da atenção primária à saúde. Ela deve visar ao movimento de aproximação desta realidade e à reflexão sobre o profissional a ser formado pelas escolas neste momento de transformações sociais.

A constituição de 1988 define que o SUS deveria cumprir o papel de ordenar a formação dos recursos humanos em saúde, porém a desarticulação entre MS e MEC tem contribuído para o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do próprio SUS.

A saúde, [...] tem recursos estratégicos para intervir ativamente no cenário da formação profissional. Assim, é extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Isso vai possibilitar que se dê direcionalidade ao processo de mudança das escolas, facilitando que a formação profissional se aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade. (CAMPOS et al., 2001, p. 54).

Luna (2001, p. 40) defende que a formação de médicos comunitários é o ideal para atender as necessidades da população, por ser mais completo e estar preparado para acompanhar o indivíduo desde a infância, promovendo a saúde e controlando fatores de risco. Considerando que devemos corrigir o currículo, estabelecendo o que ele deve ensinar para combater 80% das doenças mais comuns, através de procedimentos simples e baratos, fazendo com que a graduação seja terminal para a finalidade do curso médico em si, que é exercer uma medicina comunitária.

Porém, segundo Lampert (2001, p. 13), a formação do médico generalista é condição necessária, mas não suficiente, para alterar a estrutura da produção dos serviços de saúde, sendo que a formação do profissional médico depende das pressões originadas do mercado de trabalho médico e a política de privilegiar o trabalho dos especialistas desfavorece a formação do médico generalista.

Esta mesma autora defende que o equilíbrio será alcançado quando 50% dos médicos forem generalistas e 50 % especialistas. Sem esquecer que ainda hoje os nossos egressos são formados por especialistas, além do que, o Conselho Federal de Medicina ainda não

reconhece o médico comunitário como especialidade e nem, tão pouco, existe esta figura reconhecida e respeitada pela população.

Além disso, devem-se reforçar os movimentos que procuram redefinir as práticas dos profissionais de saúde e rediscutir o significado do cuidado em saúde e o sentido do processo de cura, de formar e ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Também é necessária a adequação de políticas de valorização profissional, para levar em conta as práticas que se correlacionam mais direta e objetivamente às mudanças pretendidas. (RONZANI e RIBEIRO, 2003, p. 233).

Os modelos pedagógicos modernos orientam no sentido da utilização do SUS como campo de aprendizado, porém devemos capacitar os alunos para atuar como médicos generalistas no SUS do nosso país, num sentido mais amplo, envolvendo o público e o privado. Defendendo que o PSF que dispomos se presta de forma adequada para a inserção dos alunos em formação.(SILVA, 2002, p.125-126). Para Feuerwerke e Padilha (1999, p. 34) as políticas públicas assumem papel importante na formação sendo que estão movimentando o modelo de atenção à saúde, destacando os conceitos de PSF e Promed.

Segundo Costa Neto e Santos et al. apud Ronzani e Ribeiro (2003, p. 232), o nosso modelo assistência ainda se caracteriza pela prática predominantemente biológica, individualista e hospitalar, apresentando baixa cobertura e elevado custo, havendo dificuldade de desenvolver ações em âmbito coletivo.

“Sendo assim, é fundamental discutir e questionar as práticas em saúde, levando em consideração a necessidade de uma mudança de paradigmas profissionais e de práticas em saúde coletiva”. (RONZANI e RIBEIRO, 2003, p.233).

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem ganhando terreno nos dias atuais, pois um sistema de saúde baseado em especialidades se torna oneroso e fere a equidade. Os médicos da APS são os únicos capazes de manejar cerca de 90 % de todos os pacientes com asma,

depressão, hiperlipidemia, hipertensão, hipotireoidismo, problemas emocionais agudos e infecções de ouvido, garganta, pulmões, intestinos, pele, vagina e trato urinário. (FALEIROS, 2003, p.61).

Impressões pessoais

Ao concluir este trabalho, gostaria de deixar registrado o quanto me foi útil fazê-lo. Acredito que, a partir dele, exercerei a docência e, porque não dizer, a medicina com outros olhos. Admito que ao começar não tinha uma idéia bem certa do assunto com o qual deveria trabalhar. Meu primeiro impulso era o de trabalhar com formação profissional médica e mercado de trabalho, porém, por recomendação do orientador, acabei trabalhando com educação médica. Tenho de admitir, com um certo alívio, que a orientação foi muito oportuna; pois, como poderia falar sobre um assunto do qual não sabia quase nada?

Através da revisão de literatura, fica claro porque os profissionais médicos são formados da maneira que são e porque não servem ao mercado de trabalho que se apresenta hoje. Apesar de ainda não concordar com a idéia de formar para um mercado, a realidade é que ele [o mercado] existe e os profissionais não têm perfil para atuar nele.

“O currículo médico não deve, necessariamente, se adequar ao mercado de trabalho, considerando, inclusive, seu caráter mutável. Deve, no entanto, proporcionar a reflexão crítica sobre a constituição e tendências desse mercado”. (Relatório final do Cenut, 2000).

Os artigos estudados, em sua maioria, concordam que o profissional formado hoje, tanto quanto aquele formado há dez anos atrás, não tem uma orientação consistente para atuar como agente modificador das condições de saúde de uma população. Observa-se, pelos relatos,

que, em algumas situações, existe uma certa confusão entre a formação para atender as necessidades básicas de saúde de uma população e a necessidade de formar para o mercado de trabalho que se apresenta. Enfim, será que a medicina em si mudou? O objetivo não é sempre cuidar da saúde das pessoas; sejam elas atendidas no posto, no consultório ou no hospital?

As escolas de medicina, de modelo curricular flexneriano, apresentam-se divididas em departamentos e disciplinas estanques, que mostram apenas o que se refere a sua especialidade. Impede-se que o aluno perceba os possíveis elos existentes entre as diversas formas de manifestações de uma mesma doença e as eventuais repercussões que existem de uma patologia sobre as demais. Não há dúvida que este aspecto precisa ser revertido. (SKARE, 1997, p. 29).

Há pelo menos 30 anos, nos momentos de discussão sobre a educação médica que a ABEM tem propiciado, acumulam-se os argumentos sobre a necessidade de mudar a educação médica. [...] Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. (FEUERWERK, 1999, p. 21).

O que seria o mercado hoje? Entende-se que mercado é a oferta de trabalho que existe na área, atualmente esta oferta se limita ao PSF e/ou postos de saúde. Quem ocupa este mercado merece ser tratado com dignidade, dignidade de cidadão brasileiro com direito à saúde assegurado pela constituição.

Médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes." (FEUERWERK, 1999, p. 22).

Entendo toda a luta que vem sendo travada em prol de mudanças nos cursos de graduação em medicina, tentando melhorar a forma como este ensino é conduzido e a formação dos futuros médicos. As novas diretrizes curriculares do ME associada ao Promed do MS tem todo um potencial de reforma nas suas iniciativas. Porém, o que posso concluir, depois do estudo, é que a reforma poderia ter sido começada pela reciclagem do corpo docente.

Como pretender formar médicos com sólida formação generalista, com capacidade de trabalhar em equipe, conhecedor do sistema e das condições de saúde das populações? Como formar um profissional com este perfil se ele é ensinado por um médico que, ao seu tempo, foi formado sob influência do Relatório Flexner? O qual é um médico liberal, especialista, que não conhece o SUS e que tem a docência como um “apêndice” em sua carreira? Sabemos que a docência, por si só, não é valorizada e que o trabalho do professor só é valorizado pelo número de artigos que escreve e pelas pesquisas que realiza.

A formação dos docentes bem como sua inserção na docência de maneira secundária, em relação à atuação profissional da escola tendem a, por inércia, estimular a manutenção do modelo hegemônico (...) a concepção biologicista de abordagem do processo saúde/doença se mantém estruturalmente e se reproduz através do modelo flexneriano de ensino médico”. (CINAEM apud BATISTA e da SILVA, 1998, p.33).

Preocupa-me o fato de que o aluno aprende pelo exemplo e que busca nos professores as qualidades de médico que ele quer ter. Ser médico, profissão diferenciada, não pelo status, mas porque lida com vidas humanas fragilizadas pela doença. O que mudou tanto nesta profissão se o objetivo sempre foi cuidar da saúde das pessoas? Será que o mecanicismo fez com que perdessem aquilo de humano que nunca deveriam ter perdido? Afinal, são pessoas tratando pessoas.

“[...] por estudos, por práticas e pelo exemplo de seus mestres durante o currículo de graduação. Não esqueçamos do papel importante do professor como modelo de identificação para o aluno”. (CHAVES, 1997, p.09).

Inegável a importância do contato dos alunos com os serviços de saúde e com a população. É muito importante que saibam que 80% dos problemas de saúde de uma população são simples de resolver e que não necessitam de tecnologia de ponta para isso. Dedução simples

se tira desta afirmativa, se os problemas podem ser resolvidos de forma simples e eles somam 80 %, só sobram 20% que necessitam de algum tipo de tecnologia para serem resolvidos. Considerando que a alta tecnologia não é o principal problema do sistema de saúde, aonde a maioria dos profissionais altamente especializados que saem das escolas vai atuar? É claro que parcela muito menor da população pode pagar por estes serviços.

Nesse ponto, é importante esclarecer que a formação do profissional médico deve estar ligada às necessidades básicas de saúde da população; não porque o mercado de trabalho determina e sim porque estas pessoas necessitam de profissionais que cuidem da sua saúde e que cuidem, também, para que não fiquem doentes e preservem a saúde que têm.

Precisamos, portanto, de educadores que formem estes profissionais. Precisamos de educadores que amem a sua profissão, que tratem com respeito os seus pacientes, que tenham a paixão pela docência. E, na minha opinião, este docente DEVE ser médico também. Por que se assim não for, como vai passar para o aluno a sua experiência? Principalmente nas disciplinas básicas é que esta necessidade se faz sentir de forma mais incisiva, a fim de correlacionar com a profissão futura dos conteúdos ali estudados.

Estas considerações são feitas porque os departamentos básicos estão, sempre admitindo graduados oriundos dos bacharelados e cursos de pós-graduação em áreas de ciências biológicas e outras, que não têm experiência clínica e nem juízo de valor sobre os objetivos da escola médica. (AMORIM, 1997, p.21).

Queremos um docente que ensine com paixão, porque ensinar e aprender são movidos pelo desejo e pela paixão, paixão pela escola. [...] Paixão pela profissão. Paixão pelos alunos, porque nos trazem diariamente a certeza de que a vida se renova. A paixão tece a teia que une todos os atores da educação. (MORETTO, 1999, p. 42).

Melhorar a formação dos profissionais através da criação de novos cenários de ensino, já é iniciativa de algumas escolas médicas em nosso país como é o exemplo da Universidade Estadual de Maringá, a qual tem alunos do primeiro ano do curso inseridos na

comunidade e também da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Sendo que ambas apontam esta aproximação entre academia e serviços como muito positiva para alunos e comunidades. Pode-se observar neste trecho do trabalho “Atuação Comunitária Integrada ao Ensino Médico”, uma parceria entre Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre:

O intercâmbio Universidade-Prefeitura, representado por este convênio da parceria FAMED-PUCRS-SMSSS, permite-nos um salto qualitativo na relação de ensino-produção de conhecimento colocado a serviço da sociedade além de contribuir para a formação de recursos humanos com enfoque mais social e dirigido às reais necessidades da comunidade. (SCHWARTZMANN et al., 1996, p.62).

Um caminho interessante para ajudar a superar essa dificuldade é a diversificação de cenários. [...] Sair dos muros da universidade e agir no cenário real, considerando que nesse outro mundo existem outros atores, com demandas e necessidades próprias, que precisam ser consideradas e trabalhadas de maneira articulada. (FEUERWERK, 1999, p. 24).

Finalizando, lembro de ter sido advertida, no início do trabalho, pelo meu orientador a não colocar no projeto a minha opinião, mas acredito que agora já possa fazer isso. Penso que os alunos dos cursos de medicina não devem ser formados para o mercado de trabalho, devem ser formados para atender as necessidades de saúde de uma população, na sua grande maioria, carente. Penso que os alunos que são formados ainda hoje em nossas escolas são fruto da educação e do exemplo que recebem no decorrer do seu curso. Acredito que não conseguiremos formar médicos generalistas, sendo educados por especialistas que não encaram a docência como uma missão importante a ser cumprida.

Penso que devemos resgatar o contato com os pacientes, que devemos exercitar a comunicação, a conversa, o exame clínico como ferramenta principal do nosso diagnóstico. Fortalecer nos alunos a necessidade de não perder o lado humano. Afinal, o cerne desta profissão não mudou, ainda somos pessoas, uma buscando ajuda e a outra com potencial para ajudar.

É importante ressaltar que a figura do médico é para, o paciente, permeada de idealizações, mitos e expectativas, caracterizando-se, assim, como uma relação de intensa carga emocional que deveria ser cuidadosamente entendida e valorizada, pois é um instrumento de grande valor (se bem utilizado), com repercussões no tratamento e restabelecimento do paciente. (BRESCHIA e QUAYLE, 1997, p. 42).

E, mais importante, acredito que médicos e educadores já nascem com este dom e que isso não é uma coisa que se ensine. A tarefa do docente é moldar e orientar as características que os futuros médicos já possuem. E me atrevo a dizer que as reformas deveriam ter começado dentro das escolas, com programas de reciclagem e treinamento de docentes e com uma luta por mudar a forma como eles são selecionados.

Tenha-se presente que se o domínio relativo de parcela de conhecimento de maior ou menor complexidade permitiu-lhe aquela titulação, ela não o qualifica como professor de escola médica. [...] É a necessidade para pensar, observar, assimilar, integrar e formular idéias que toma tempo e qualifica. (AMORIM, 1997, p. 21).

E assim, como docente eu gostaria de, um dia, responder à pergunta: “A senhora é professora? Desta maneira: Assim meus alunos me reconhecem!” (Professor Vitorino Modesto dos Santos).

“A matrícula em um curso de medicina pode ser fruto de um cálculo, de um sonho, de um palpito e talvez de positiva vocação; mas o verdadeiro amor à medicina só nasce e cresce do lado dos doentes, quando a piedade pelo sofrimento nos invade o coração e dele se apodera; quando a luta entre a ciência e a moléstia nos empolga e toda a nossa alma vibra ante essa luta. Aquele que for fechado a essas paixões, renuncie logo ao exercício de uma arte em que há de ser um supérfluo, um vencido, um incrédulo e, ao final, um maldizente.” Miguel Couto.

Conclusão

Ao concluir este trabalho é importante ressaltar e registrar que mudanças são necessárias na formação dos profissionais médicos. Desde há dez anos atrás esta necessidade vem sendo assinalada por órgãos como a ABEM e a CINAEM. A preocupação gira em torno de um profissional sem perfil para ser um agente modificador das condições de saúde de uma população. Profissional este que é fruto da influência do Relatório Flexner lançado no início do século XX.

Este relatório causou as transformações coerentes para a época em que foi feito e que hoje se encontram inadequadas para o profissional que se pretende formar. Por influência deste relatório, se formam profissionais segmentados, sem conhecimento do sistema de saúde vigente, tendo no hospital universitário seu único campo de atuação prática. Sendo que, a avaliação neste cenário baseia-se em quantificar a capacidade do aluno memorizar os conteúdos que são ministrados em aula, pelo “mestre”, e cobrados de acordo com o que foi anotado em um caderno.

Algumas tentativas de mudança já despontam no cenário da educação. O lançamento das novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina pelo ME é uma delas. As novas diretrizes visam a flexibilizar os currículos, facilitando a adaptação à realidade da

população de cada localidade e também delineiam o perfil do profissional que deverá ser formado; ou seja, com forte formação generalista, habilitado a trabalhar em equipe multiprofissional, pronto a resolver os problemas prevalentes da população. Apesar de toda a luta, mudanças efetivas ainda não foram implantadas. O corpo docente das instituições foi apontado como o principal foco de resistência às mudanças.

Recentemente o MS lançou o Promed como um programa de incentivo às reformas curriculares. Juntamente com o ME cadastraram algumas escolas que estão recebendo este incentivo, com o objetivo de adequar a formação do profissional médico à realidade sanitária do país.

Existem alguns movimentos por novos cenários de ensino, na tentativa de aproximar o aluno dos serviços de saúde e dos problemas prevalentes nas populações. Entre estas iniciativas a FCMBB e a FMRPUSP, podem ser citadas como exemplos. Esta iniciativa é bem vista por alunos e por alguns docentes e também pela população. Algumas dificuldades são encontradas entre os funcionários das unidades, os quais acham que a presença dos alunos atrapalha o andamento do serviço.

Do ponto de vista de novas metodologias de ensino, está surgindo o ensino baseado em problemas. Este método está centrado no aluno como agente de seu aprendizado, tendo o professor como um tutor. A discussão se dá em pequenos grupos tutoriais. Algumas dificuldades deste método estão focalizadas na figura do docente que se sente inseguro para exercer esta nova função. Alguns dos quais são especialistas e se sentem limitados para orientar em outras áreas e também não sabem como orientar problemas de sua própria área como clínicos gerais e não como especialistas. Alguns autores alertam para o perigo de usar indiscriminadamente metodologias estrangeiras na realidade local.

Com este novo método também surgem novos métodos de avaliação, os quais enfocam a necessidade de avaliar habilidades e atitudes dos alunos perante os pacientes. Neste novo método, tendo o aluno como agente do seu aprendizado, as avaliações não mais são feitas “pelo caderno”. Este tipo de avaliação também gera insegurança em alguns docentes.

Fica muito claro, também, o papel importante do professor neste processo de mudanças, pois ele exerce uma função de modelo junto do aluno .

Referências

ALMEIDA, Marcio José de. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 44-50, maio / agosto 2001.

AMORIM, Dalmo S. Necessidades Básicas da Transição Paradigmática: O Ciclo Pré-Clínico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 17-23, janeiro / abril 1997.

ANGELI, Olga Aparecida; LOUREIRO, Sonia Regina. A Aprendizagem Baseada em Problemas e os Recursos Adaptativos de Estudantes do Curso Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 32-40, maio / agosto 2001.

ARAÚJO, Ivan de Melo; ARAÚJO, Rita de Cássia Tibério; GRÁCIO, Maria Cláudia Cabrini. Avaliação do Aproveitamento do Aluno em Nefrologia: Estudo Comparativo entre o Método Expositivo Tradicional e o Método de Aprendizado Baseado em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 44-54, setembro / dezembro 2001.

AROUCA, Sérgio. O Eterno Guru da Reforma Sanitária. **RADIS, Comunicação em Saúde, Formação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 18-21, outubro 2002.

BATISTA, Nildo; SILVA, Sílvia. Competências do Professor de Medicina. In: _____. **O Professor de Medicina**. São Paulo: s.ed. 1999.

BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza da. A Função Docente em Medicina e a Formação / Educação Permanente do Professor. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p.31-36, setembro / dezembro 1998.

BORGES, Durval Rosa; STELLA, Regina C. R. Avaliação do Ensino de Medicina na Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 11-17, janeiro / abril 1999.

BRESCIA, Silvia; QUAYLE, Julieta. A Percepção do Paciente em Relação à Visita Médica num Hospital-Escola: um Estudo Exploratório. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2/3, p. 36-42, maio / dezembro 1997.

BRIANI, Maria Cristina. O Ensino Médico no Brasil está Mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 3, p. 73-77, setembro / dezembro 2001.

CAMPOS, Francisco Eduardo de. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio / agosto 2001.

CAMPOS, João José Batista de. Como Abrir Caminhos para a Transformação do Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 11-19, maio / dezembro 1999.

CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi. Privatização dos Serviços de Saúde: Repercussão Ética sobre o Exercício Profissional e o Processo de Formação dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 72-76, janeiro / abril 2000.

CHAVES, Mario M. Avaliação da Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1-28, janeiro / abril 1997.

CIAMPO, Luiz Antônio Del; RICCO, Rubens Garcia. O Internato do Curso de Medicina e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 50-53, janeiro / abril 2003.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, XXXVIII, 1999, Brasília. **Diretrizes Curriculares**. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Médicos em Defesa do Povo**. Brasília, 2003.

CRUZ, Emirene Maria Trevisan Navarro. O Prefixo dê, a Prática e o Ensino Médicos: Humanizar é Preciso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 128-131, maio / agosto 2002.

CYRINO, Antônio Pithon; MAGALDI, Cecília. **Saúde e Comunidade: 30 anos de experiência em Saúde Coletiva**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2002. 243 p.

EDUCAÇÃO Médica e o Cenut Relatórios Finais de Cinco Oficinas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 3, p. 62-74, outubro / dezembro 2000.

FRANCO, Selma Cristina. et al. A Dinâmica Relacional na Consulta Pediátrica como Vivência Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 31-40, maio / dezembro 2000.

FALEIROS, José Justino. Profissionais para Reorientar o Modelo Assistencial. Quantos e Quais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 55-63, janeiro / abril 2003.

FEUERWERKE, Laura Camargo Macruz. Cinco Caminhos para não Abrir Espaços de Transformação do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 21-26, maio / dezembro 1999.

FORMIGLI, Vera Lucia Almeida; SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento; PEREIRA, Zildete dos Santos. Vigilância à Saúde: uma Experiência de Integração Ensino / Comunidade / Serviço de Saúde para o Controle da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 38-45, janeiro / abril 1999.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Os Objetivos da Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 9-20, setembro / dezembro 1998.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 20-26, janeiro / abril 2001.

GONÇALVES, Maria Bernadete; MORAES, Ana Maria Silveira Machado de. Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 83-89, maio / agosto 2003.

KOIFMAN, Lílian. A Teoria de Currículo e a Discussão do Currículo Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 37-44, setembro / dezembro 1998.

KOMATSU, Ricardo Shoiti. Aprendizagem Baseada em Problemas: um Caminho para a Transformação Curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 32-36, maio / dezembro 1999.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-17, janeiro / abril 2001.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Formação Médica. In: _____. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Paradigmas da Educação Médica. In: _____. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Propostas de Mudanças na Formação Médica. In: _____. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LOPES, Renato Delascio. Reflexões sobre o Ensino Médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, Santo Amaro, nov. 1999.

LUNA, Rafael Leite. Um Novo Paradigma de Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 36-41, janeiro / abril 2001.

LUZ, Thales Pontes. Medicina no Século XXI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p.10, maio / dezembro 1999.

MAGALDI, Cecília; GIAROLA, Luiz Carlos; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. O ensino da Saúde Pública na Graduação. In: CYRINO, Antônio Pithon; MAGALDI, Cecília. **Saúde e Comunidade – 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002.

MARINS, João José Neves. A Formação Médica e o Processo de Trabalho – Convite à Construção de Novas Propostas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, n. 1, p.3-4, janeiro / abril 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Políticas de Saúde. **Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde – Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 26 de julho de 2004.

MORETTO, Renato Alves. Como Abrir Caminhos para a Transformação do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 38-45, maio / dezembro 1999.

MORETTO, Renato; MANSUR, Odila Carvalho. Ser Professor: As Múltiplas Dimensões da Docência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 5-8, maio / setembro 2000.

NORONHA, Ana Beatriz de. Centro Urbano Recebe Apoio do Ministério para Ampliar PSF. **RADIS, Comunicação em Saúde**, EXTRA! EXTRA! Convocada 12ª CNS com o tema “Um novo Ciclo para o Desenvolvimento do SUS”, Rio de Janeiro, n. 9, p. 8, maio 2003.

NORONHA, Ana Beatriz de; MACHADO, Kátia. Formação Profissional em Saúde. **RADIS, Comunicação em Saúde**, Formação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, n. 3, p. 11-17, outubro 2002.

NORONHA, Ana Beatriz; XAVIER, Caco. A Melhor Estratégia é a Parceria entre Serviços, Universidades e Comunidades. **RADIS, Comunicação em Saúde**, Olimpíada da Saúde e Meio Ambiente, Rio de Janeiro, n. 11, p. 12-14, julho 2003.

OLIVEIRA, Juliana Palma de; et al. Avaliação Quali-Quantitativa das Disciplinas Curriculares: a Experiência da Universidade de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 27-35, janeiro / abril 2001.

OLIVEIRA, Luiz Roberto. Universidade Extensão e Política: a experiência do Departamento de Saúde Pública. In: CYRINO, Antônio Pithon; MAGALDI, Cecília. **Saúde e Comunidade**

– 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002.

OLIVEIRA, Francisco; CURRA, Leda; STEIN, Airton. Quando o médico Vira Paciente: educação médica, a vivência do “outro” e a consolidação do Sistema Único de Saúde. **Boletim da ABEM**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 8-9, janeiro/fevereiro 2001.

PEIXOTO, Maurício Abreu Pinto; SILVA, Rosana M. N. Bitencourt. Aprendizagem: Contribuições para Pensar a Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.41-47, maio / setembro 2002.

PIRES, Laerte A. **Breve História das Políticas de Saúde deste Século no Brasil**. Disponível em: < <http://www.hospivirt.org.br/enfermagem/part/polsaude.html> > Acesso em 30 de julho de 2003.

REGO, Sérgio. Tempo de Ação para a Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p.79-80, maio / agosto 2002.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Identidade Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 229-235, setembro / dezembro 2003.

SÁ, Manoel R. Castro. A Modernidade Desencantada, a Crise da Medicina e o Imaginário Institucional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 46-51, outubro / dezembro 2000.

SADY, Jane Dutra; SILVA, Daniele de Andrade e; RIBEIRO, Maria Pia Diniz. O Aprendizado de Semiologia em um Currículo Tradicional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 104-113, maio / agosto 2003.

SCHWARSMANN, L. C. B.; NUSSBAUMER, L.; SEGER, R. C. Atuação Comunitária Integrada ao Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.20, p. 62, 1996.

SILVA, Gilson Edmar Gonçalves e. A Educação Médica e o Sistema de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 125-126, maio / agosto 2002.
SKARE, Thelma Laroca. Diagnóstico Clínico: Dificuldades no Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2/3, p.17-21, maio / dezembro 1997.

STELLA, Regina Celes da Rosa. Conquistas e Desafios. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 5-6, setembro / dezembro 2001.

YASBECK, Dalva Carolina de Menezes; et al. Novos Rumos Para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 26-29, maio / setembro 2000.

Obras Consultadas

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001. p.317.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Treinel Produções Culturais e Editoriais, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Treinel Produções Culturais e Editoriais, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Folium Comunicação Ltda, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica e Editora, 2003.

BORDIN, Ronaldo; et al. **Práticas de Gestão em Saúde**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 1996. 144 p.

CYRINO, Antônio Pithon; MAGALDI, Cecília. **Saúde e Comunidade – 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002. 243 p.

DAL POZ, Mário Roberto; VIANNA, Ana Luiza. **O Programa de saúde da Família como Estratégia da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil**. Instituto de Medicina Social – Rio de Janeiro, 1999.

DANIELS, Marlen. Os Médicos que Rompem as Barreiras do Mundo. **Conselho Federal de Medicina**, Brasília, n. 11, novembro 1999.

FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **O SUS e a Privatização do Sistema de Saúde**. Recife 1999.

FERREIRA, Nina Rosa; VASCONCELOS, Manuel Francisco. **As Políticas de Saúde, os Movimentos Sociais e a Construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_políticas_de_s.htm > Acesso em 30 de julho de 2003.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico**. 12.ed, Porto Alegre: [s. ed.], 2003.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação Federal e Estadual**. Porto Alegre, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **III Conferência Regional de Saúde**. Santa Maria, 2000.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas**. São Paulo: Hucitec, 2002. 283 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O CNS e a Construção do SUS**. Brasília, 2003.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O Campo de Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Tese de Doutorado, Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

RADIS, Comunicação em Saúde. **Maternidades do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 2, 2002.

RADIS, Comunicação em Saúde. **A Pós Graduação e o Recente Mestrado Profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 7, 2003.



SABi



05438569

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Sistema de Bibliotecas da UFRGS

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luís, 835
Fone: (51) 3316.3340 - Fax: (51) 3316.3891
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

ADM
ME
GS 2004/122

05438569

[000432959] Soares, Carmen Lucia Souque.
Educação médica : uma revisão de literatura.
2004. 63 f.