

PATRÍCIA ALVES DE SOUZA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS
CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED) NAS
ESCOLAS MÉDICAS**

CAMPINAS

2010

PATRÍCIA ALVES DE SOUZA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS
CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED) NAS
ESCOLAS MÉDICAS**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Área II Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ANGÉLICA MARIA BICUDO ZEFERINO

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. MARCO AURÉLIO DA ROS

CAMPINAS

UNICAMP

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

So89r	<p>Souza, Patrícia Alves de Repercussões do Programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED) nas escolas médicas / Patrícia Alves de Souza. Campinas, SP : [s.n.], 2010.</p> <p>Orientadores : Angélica Maria Bicudo Zeferino, Marco Aurélio Da Ros Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Currículos - Mudança. 2. Médicos – formação profissional. 3. Escolas de medicina. 4. Curso de medicina. I. Zeferino, Angélica Maria Bicudo. II. Ros, Marco Aurélio Da. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.</p>
-------	--

Título em inglês : Repercussions from the Program for the Promotion of Changes in medical school curricula (PROMED) in medical school

Keywords: • Curriculum change
• Doctors, training
• School, medical
• Medical, course

Titulação: Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Angélica Maria Bicudo Zeferino

Prof. Dr. Antônio de Azevedo Barros Filho

Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Ricelto Ronchin Passeri

Prof. Dr. José Espin Neto

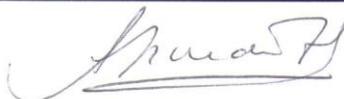
Prof^a. Dr^a. Jane Maria de Souza Philippi

Data da defesa: 26-02-2010

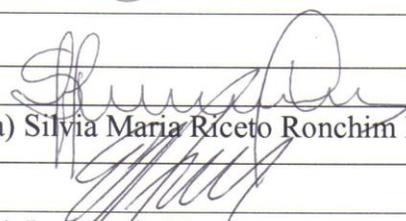
Banca Examinadora de Tese de Doutorado

Aluno(a) Patricia Alves de Souza

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Angélica Maria Bicudo Zeferino



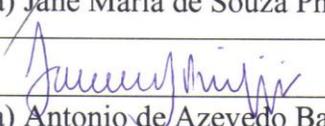
Membros:



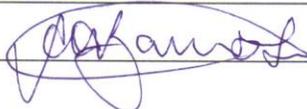
Professor (a) Doutor (a) Sílvia Maria Riceto Ronchim Passeri

Professor (a) Doutor (a) José Espin Neto

Professor (a) Doutor (a) Jane Maria de Souza Philippi



Professor (a) Doutor (a) Antônio de Azevedo Barros Filho



Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/02/2010

Para meus pais Anete e José.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as boas possibilidades, amor, alegrias e às pessoas maravilhosas que fizeram e fazem parte da minha história.

Aos meus pais Anete Izabel de Souza e José Alves de Souza pelo amor, alegrias e companheirismo.

A minha orientadora e amiga Prof^a Dr^a Angélica Maria Bicudo Zeferino por toda orientação, confiança e dedicação.

Ao meu co-orientador e amigo Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros (Marcão), pela longa trajetória de orientação e confiança.

Ao Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima pelo apoio e incentivo dentro do curso de Medicina.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Justus (Paraná) pelo convite, confiança e apoio em trabalhar na Reforma Curricular do Curso de Medicina da UFSC.

Ao Prof. Dr. Antônio Barros e ao Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco pelo incentivo e apoio dentro do curso de doutorado.

A Simone Cristina Ferreira e Tathiane Krahenbuhl pelo auxílio e atenção ao longo do curso.

Aos Colegas e Amigos do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, Prof^a. Dr^a. Jane Maria de Souza Philippi, Prof^a. Dr^a. Eliane Marfisa Braga Machado Trevisan e a Prof^a. Dr^a. Elza Salema Berger Coelho.

A Prof^a Clair Castilhos Coelho pelo incentivo, apoio e companheirismo.

Aos professores coordenadores do PROMED que participaram desta pesquisa.

Às pessoas que acreditaram e acreditam em mim.

*“Sinto-me nascido a cada momento
para a eterna novidade do mundo”.*

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ABP- Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS - Atenção Básica de Saúde
AMB - Associação Médica Brasileira
APS - Atenção Primária de Saúde
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CFM - Conselho Federal de Medicina
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CONASEMS - Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselhos de Secretários Estaduais de Saúde
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU - Diário Oficial da União
EM – Escolas Médicas
ESF - Equipe Saúde da Família
FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília
FCM - Faculdade de Ciências Médicas
FESO - Fundação Educacional Serra dos Órgãos
FIOCRUZ -Fundação Oswaldo Cruz
GM/MS - Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC- Interação Comunitária
IES- Instituição Ensino Superior
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC - Ministério da Educação
MRS - Movimento da Reforma Sanitária
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
PUC / RS- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul
PUC / SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RBEM - Revista Brasileira de Educação Médica
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC - Universidade Federal do Ceará
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFG - Universidade Federal de Goiás
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRR - Universidade Federal de Roraima
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto
UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a comunidade
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
UNIMONTES - Universidade Estadual de Montes Claros
UPE - Fundação Universidade de Pernambuco
USP - Universidade de São Paulo
WFME – Federação Mundial de Educação Médica

RESUMO

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC) do Brasil foi criado para financiar as reformas curriculares nos cursos de medicina, a fim de que o médico seja formado para atender as reais necessidades de saúde da população atendida no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta tese é avaliar as mudanças de tal programa nos cursos de medicina que receberam o financiamento, e, para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa com os coordenadores das mudanças curriculares. Foram entrevistados os 19 coordenadores de escolas médicas que receberam o PROMED e 12 destes responderam ao questionário. Foram utilizadas: a técnica da análise de conteúdo de Laurence Bardin, a base metodológica da pesquisa qualitativa de Cecília Minayo e a análise descritiva. Com os resultados pode-se observar que os cenários de práticas foram modificados e estiveram baseados na integração ao SUS e a inserção dos alunos em atividades na rede de saúde desde os primeiros anos. Percebeu-se a existência de resistências à mudança por alguns docentes e por profissionais da saúde, sendo que a estruturação de base do pensamento voltado ao processo saúde-doença não foi alterado. O PROMED facilitou as mudanças estruturais nas escolas que já possuíam alguma experiência com a comunidade e também contribuiu para demonstrar que uma mudança de fato e transformadora exige muito tempo e são necessárias novas iniciativas para que se consolidem essas novas reformas curriculares.

ABSTRACT

The Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED), created by the Brazilian Ministry of Health (MS) and the Ministry of Education (MEC), was conceived to finance curricular changes in medical courses. It is based on the National Curricular Guides which assures the physician is educated to answer the real health needs of the population that have received treatment from the Brazilian National Healthcare System (SUS). The thesis aims to evaluate such changes taking into consideration the medical courses that received this financing. To accomplish this purpose, both a qualitative and quantitative survey was carried out involving the coordinators of the curricular changes, which consisted on nineteen interviews with the coordinators of medical schools that received PROMED and questionnaires that were answered by twelve of them. Concerning the methodological apparatus, it was used Laurence Bardin content analysis technique of Cecilia Minayo's qualitative research as well as a descriptive analysis. Results point out that the medical practice scenarios actually changed, based on two reasons: the interaction with SUS as well as the insertion of students in public health network activities since the very first years of the course. It is also possible to observe the resistance for changes by some of the professors and health professionals; however, the health-disease process framework has not been altered. As a result, it is possible to state that PROMED facilitated structural changes in schools that already had some experience with the community and also contributed to demonstrate that a real and transformationalist change demands time. Therefore, new initiatives are necessary so as to consolidate these new curricular changes.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
1. INTRODUÇÃO.....	19
2.OBJETIVOS	39
3. MÉTODOS	41
3.1 Análise Qualitativa	42
3.2 Descrição dos dados quantitativos.....	47
4. ARTIGOS	49
Capítulo 4.1: Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED)...	50
Capítulo 4.2: The Public Healthcare System and its participation in Medical Training	67
Capítulo 4.3 : As Escolas Médicas que receberam o PROMED – as condições prévias e o processo de mudança.....	84
Capítulo 4.4: Currículo Integrado: entre o discurso e a prática	104
5. DISCUSSÃO.....	117
6. CONCLUSÃO	123
7. REEFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS	135
9. ANEXOS.....	147
9.1: Entrevista com as Escolas que receberam o PROMED (Pesquisa Qualitativa)	148
9.2: Questionário	150
9.3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	158
9.4: Artigo Publicado	160

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo tradicional de organização do cuidado em saúde no Brasil é centrado na saúde e na doença, com um atendimento centralizado no hospital. Além disso, são os aspectos de interesses de diferentes segmentos sociais que determinam a estrutura de atenção à saúde. É fundamental compreender a questão histórica da influência em torno das lutas de poder para definir o perfil de educação médica.

No Brasil, o ensino médico ficou na informalidade por cerca de 300 anos. E em 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa surgiram os primeiros cursos de medicina. Foi nesse período que Dom João VI autorizou a abertura desses cursos, na Bahia e depois no Rio de Janeiro, seguindo o modelo francês da prática médica (Lampert, 2006; Cutolo, 2003a). A terceira escola só surgiu 90 anos depois, em 1898 que foi a Escola Médica do Rio Grande do Sul (Marins, 2005).

Em 1910, Abraham Flexner realizou uma primeira grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos, com objetivo de criar uma base científica sólida. Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele Flexner preconizou aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas, bem como o ensino aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas. A prática era desenvolvida no hospital e a capacitação do docente desenvolvia-se na competência técnico-científica. O foco do mercado de trabalho do médico direcionava-se apenas ao consultório tradicional e às especializações (Lampert, 2002). Esse modelo é utilizado em outras partes do mundo (Duarte, 2000).

As modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina a partir de 1950 utilizam-se dos conteúdos do modelo flexneriano implementado nos Estados Unidos (Cutolo 2003a, Siqueira, 2006). Segundo Marins (2005), na década de 50 o Brasil tinha 29 escolas de medicina, sendo apenas duas filantrópicas e uma privada.

Entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 faculdades que, por orientação federal, seguiram o modelo "flexneriano" (Koifman, 2002; Cutolo, 2003a). A formação médica deveria estar centrada no ensino das disciplinas biológicas e nas práticas de laboratório, incorporando-se o método científico à prática clínica, a partir de ações com maior utilização dos recursos

diagnósticos, utilização dos medicamentos industrializados, hospitalização, recurso a especialistas e outros serviços técnicos (Bulcão, 2007).

O exercício da medicina é regulamentado através do Decreto Lei 20.931 de 11/01/1932, que atribuiu aos órgãos federais da saúde a fiscalização do exercício profissional e o exercício das profissões de médicos e odontólogos. Em 1944, é criado o Conselho Provisório de Medicina, que só é regulamentado em 1958 pelo Decreto Lei 44.045, que aprova o regulamento do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais (Brasil, 2006).

Com a Reforma Universitária, Lei nº 5.540/1968, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos e favorecendo a lógica do complexo médico-industrial (Brasil, 1968).

Na década de 1970, movimentos que se indispuseram com a lógica imposta aos cursos e com a prática estimulada na área da saúde unificaram-se e passaram a ser intitulados Movimento da Reforma Sanitária (Da Ros, 2004), mobilizando sujeitos de diversos espaços sociais e políticos incluindo a academia e movimentos populares. O desenvolvimento tecnológico intensificado na segunda metade do século XX introduziu modificações significativas no ensino médico, gerando novos perfis profissionais com elevado nível de especialização.

Toda a influência existente na educação médica está intimamente ligada às tendências econômicas e políticas em particular com a prática médica (Feuerwerker, 2002).

Sabe-se que no final do século XIX, com a descoberta dos microorganismos e a emergência da bacteriologia, as ciências naturais impuseram uma concepção diversa daquela da medicina social (Botelho, 2004). Enquanto a medicina social admite a influência das condições econômicas, políticas e sociais sobre a realidade sanitária, o que predomina na concepção imposta são as considerações sobre as causas biológicas das doenças. Assim sendo, a medicina como saúde pública, através de aparelhos do Estado, adotou ações de caráter biológico para controle de epidemias e doenças endêmicas (imunizações, erradicação/controlado de agentes transmissores) (Calder, 1970). Portanto, o governo tornou-se um importante regulador, pois criava as metas da política pública de saúde, privilegiava determinados ramos da medicina e

determinava os objetivos das faculdades de medicina como formadoras de profissionais (Bulcão, 2007).

O desenvolvimento industrial e urbano brasileiro do segundo pós-guerra acelerou o processo de fortalecimento da burguesia, do proletariado e dos setores médios (funcionários da administração pública e privada, membros das forças armadas e profissionais liberais). O rápido crescimento demográfico colocava o problema da absorção de grande número de jovens no mercado de trabalho numa sociedade em que o trabalho manual continuava a ser visto como irrelevante, sendo que a inserção na universidade era desejada pela maioria dos adolescentes. A pressão social pela abertura de maior número de vagas nas faculdades e pela criação de mais escolas do terceiro grau, aliada à política de atenção médica à população através da implantação de hospitais e postos de saúde públicos levou à formação de um mercado urbano para a medicina privada de alta qualidade, criando-se as condições propícias para as transformações das escolas médicas (EM) e de seus currículos (Bulcão, 2007).

Na década de 90, ocorreu um movimento para a reorganização e incentivo à atenção básica de saúde (ABS), com o objetivo de que tal atenção se tornasse resolutiva, atendendo com qualidade e reafirmando os princípios de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2002b).

Nas últimas décadas, o número de médicos vem apresentando significativo aumento no mercado de trabalho brasileiro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza 1 médico para cada 1 mil habitantes. A média nacional é de 1 médico para 594 habitantes. A região Norte do país apresenta desconcentração desses profissionais, tendo 1 médico para cada 1.190 habitantes, e a região Sudeste 1 médico para cada 432 habitantes, no ano de 2003. A diferença na distribuição salarial e no quantitativo de profissionais entre os estados é reflexo da grande diversidade social, cultural, econômica e geográfica (Brasil, 2006).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a Fundação Rockefeller e a fundação Kellogs influíram diretamente sobre os governos nas suas políticas educacionais na formação dos profissionais de saúde. Foram promovidos diversos encontros com o Ministério da Saúde (MS) e entidades educacionais no intuito de estimular o aumento do número de médicos. Nessa época muitas EM foram criadas (Cutolo, 2003a).

A divisão do curso de medicina em várias disciplinas dispunha de uma visão biologicista, com grande ênfase dada às especialidades e ensino excessivamente teórico. A formação pela qual passava o corpo docente contribuiu para que o médico estivesse instruído a enxergar e conceber fragmentariamente a relação saúde-doença (Koifman, 2001).

O resultado desse processo foi a melhor adequação da medicina às profundas transformações da sociedade brasileira e a incorporação, pela escola médica, de disciplinas e conteúdos referentes às novas especializações médicas. Surgia, assim, um novo profissional médico, mais especializado, mais competente e mais prestigiado. Porém, um profissional mais caro, tanto para o governo que o assalariava quanto para o paciente privado que contratava seus serviços (Bulcão, 2007).

O atendimento na área das especialidades tem um alto custo, pois induz o consumo de tecnologias e cria necessidades na área tecnológica. A imagem do indivíduo e dos seus problemas é ensinada de forma topográfica, pois o ensino especializado é repassado, sendo o indivíduo a soma das partes (Cutolo, 2003b).

É necessária a existência de especialistas na área médica, mas grande parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica.

Em 1988 foi aprovada pela nova Constituição a Lei Orgânica de Saúde, que assegurou legalmente os seguintes princípios: integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e inclusão de práticas de medicinas ditas alternativas. O Brasil é um país que tem em torno de 180 milhões de habitantes dos quais pelo menos 80% são usuários do SUS (IBGE, 2000).

O ensino médico no Brasil e no mundo vem sendo analisado e discutido pelos profissionais da área médica, pelos meios de comunicação e pela sociedade em geral. Havia um consenso quanto à insatisfação no atendimento à população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica.

As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial à atenção básica, não vem sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de medicina (Koifman, 2002).

A educação médica no Brasil por muitos anos pareceu não valorizar a realidade social da população para planejar e elaborar ações eficazes.

O processo saúde-doença de uma sociedade em um determinado momento é que determina os modelos sanitários, a prática e a educação médica existentes. Esses modelos se formam a partir das características e relações socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, bem como a administração, organização e avaliação dos serviços (Feuwerker, 2002).

As análises históricas e sociológicas do desenvolvimento da medicina moderna e da formação do médico como categoria profissional têm sido influenciadas por visões que tendem a ressaltar o caráter autônomo do processo de trabalho profissional diante da sociedade, e/ou caráter subordinado às demandas de grupos sociais (Koifman, 2002).

Segundo Koifman (2001) a institucionalização da doença pelo médico provocou uma desconfiança do sofrimento do paciente, pois este não é, nessa maneira de ver, a expressão de uma doença dos órgãos. A definição de doença válida do ponto de vista da ciência é a do médico, e não a do doente, pois muitas vezes o silêncio dos órgãos não equivale necessariamente à ausência de doença, já que os órgãos podem estar doentes sem que apareçam sintomas.

Portanto, a formação médica que torna o profissional cada vez mais distante do paciente, o dono do "corpo que está sendo tratado", muitas vezes o leva a cometer erros por se considerar "dono do saber" e não escutar a opinião do "dono do corpo". Na realidade, a introdução da tecnologia na medicina se insere em um processo mais amplo. No campo do saber médico, a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico. Esse modelo vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. Tal modelo pressupõe que o corpo que tem ou terá problemas precisa constantemente de inspeção por parte de um especialista. Portanto, a concepção mecanicista do organismo humano levou a uma

abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida à terapia médica e a manipulação técnica (Koifman, 2001).

Foram desenvolvidos métodos científicos e tecnologias médicas avançadas para resolver as doenças das partes do corpo. E a incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, interferência na relação médico-paciente, níveis exagerados de especialização, institucionalização dos cuidados de saúde, aumento nos custos dos serviços e distorção na alocação de recursos no sistema de saúde (Oliveira, 2007).

O aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho promove a redução nos valores pagos por procedimentos e salários, e causa mudança no perfil profissional de liberal autônomo para profissional assalariado (Brasil, 2006; Feuerwerker, 2002).

É possível identificar dois processos quase independentes na formação médica: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas — que reforça a prática individualista da medicina — e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática (Koifman, 2001).

No período de 1995 a 2003 houve um grande crescimento no número de cursos, concentração geográfica da oferta e incremento no processo de privatização do sistema educativo. Dentre as razões do aumento do número de cursos destacam-se as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei nº 9.394/96), que favoreceram a criação de cursos e a privatização do ensino, em virtude da autonomia concedida às instituições de ensino superior e da possibilidade de flexibilização dos currículos, ambas questões destacadas no Artigo 53 da referida lei. Em 2003 havia 125 cursos de medicina sendo oferecidos, sendo que, destes, 65 cursos eram administrados por instituições públicas e 60 cursos por instituições privadas (Brasil, 2006). Em 2006 havia 169 escolas médicas no país (MEC/INEP, 2007).

A política de educação superior tem assumido que o mercado econômico deve desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições; ou seja, a satisfação da demanda por novas vagas no ensino superior torna-se um princípio fundamental. Sob essa ótica, o número de vagas e cursos em medicina deveriam corresponder às necessidades do país e não

somente às tendências do mercado. Em 2003, por exemplo, a região Sudeste era responsável por 55,8% das vagas oferecidas no país (Brasil, 2006).

A falta de uma política para a formação de profissionais da saúde faz com que hoje o maior problema a ser enfrentado na saúde pública seja a escassez de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS). A formação profissional não deveria ser somente voltada a formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais com vivência sobre o acesso universal e humanização no atendimento, integração efetiva na formação dos médicos e serviços de saúde (Oliveira, 2008).

E em 2003 mostrava que o país contava com 114 instituições que ofereciam 125 cursos de medicina, totalizando 12.081 vagas, havendo 9.113 egressos de tais vagas, o estado de São Paulo apresentava oito instituições públicas e 16 instituições privadas que ofereciam o curso de medicina (Brasil, 2006).

Contudo, segundo Feuerwerker (2002), a educação médica brasileira esbarra em concepções limitadas, inadequados cenários de práticas, dificuldades para romper a lógica das disciplinas e falta de capacitação pedagógica do corpo docente. É de fundamental importância compreender e discutir o processo de construção, da condução e de como se opera a mudança na educação médica.

A vida só tem sentido na pessoa humana individualizada. A abstração da doença leva a uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade, a certeza da morte. A superação da visão organicista e reducionista da medicina, através da inclusão do social, do psicológico e da morte, estão presentes na reformulação dos currículos médicos, com o objetivo de possibilitar uma visão diferente e mais abrangente do que aquela voltada somente para as questões orgânicas (Koifman, 2001).

Qualquer tentativa de incorporar competências humanistas em educação médica significa lutar contra uma difícil resistência contra a mentalidade cultural da biomedicina

(Tilburt, 2007). Esse tratamento humanístico quer dizer tratar o paciente com consideração, gentileza e respeito, reforçando a relação com o paciente no processo de cura (Maia, 2005).

A inserção na comunidade, a partir das disciplinas introdutórias, mesmo antes de o aluno exercer qualquer atividade identificada como médica permite o contato com o ser humano em sua realidade de vida (Koifman, 2001).

Caso os sujeitos desses processos não estejam dispostos a reformular suas posturas, valores e práticas, a inserção do estudante desde as primeiras fases, a criação de disciplinas que abordem direta ou indiretamente assuntos referentes à prática nos serviços e/ou à saúde pública, a participação de estudantes na produção científica sobre educação médica articulada à prática nos serviços, não há como realizar uma mudança curricular.

Conforme Ciuffo, 2008, as distorções e as dificuldades podem ser reforçadas pelo modelo econômico existente, bem como pelas lutas de poder.

Quando se fala na modificação de um novo currículo, deve-se lembrar das relações de poder. A formulação e a implantação dos currículos não são neutras. O processo de definição das políticas curriculares não é isento de contradições e tensões. Muitas vezes, é o resultado de um processo de mudança oculta ou aflora a luta entre posicionamentos, interesses e projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos opostos, ou até antagônicos.

O currículo deixou de ser apenas uma área técnica, voltada para questões relativas aos procedimentos, técnicas e métodos. Sua história é vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação, também é considerado um meio social e cultural dentro das relações de poder e transmite visões sociais particulares.

No currículo médico, o primeiro problema surge quando há o aumento de carga horária, pois se relaciona com o tempo que os alunos terão para estudar, processar o aprendizado e viver sua vida extra-acadêmica.

Quando se propõe um currículo interdisciplinar, os alunos do curso devem ter tempo, também, para realizar, na prática, a interdisciplinaridade. Além disso, tem sido uma reclamação

constante do corpo discente a falta de tempo para manter uma boa saúde física e mental (Koifman, 2001).

Conforme, Mourão (2006), tempos e espaços curriculares deverão ser diferenciados, permitindo ao aluno desenvolver suas potencialidades de acordo com os conhecimentos prévios adquiridos em sua vida. A incorporação de tempo livre é uma estratégia que deve ser considerada também, visto que pode proporcionar momentos formativos inovadores.

É complexa a mudança necessária na educação médica. Essa mudança exige um debate político conceitual. O currículo não pode continuar a ser uma sucessão de disciplinas e a carga horária um ponto de disputas de poder. A mudança necessária deve ser construída envolvendo também atores externos às escolas médicas (Feuerwerker, 2004).

Pela Lei 8.080/90, a Lei Orgânica de Saúde, que trata de estimular e ordenar o processo de formação dos trabalhadores de saúde com o perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos de saúde precisam adequar sua abordagem pedagógica e favorecer a articulação dos conhecimentos em promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidades de saúde (Brasil, 1990).

Um dos temas discutidos é o despreparo de muitos médicos para o mercado de trabalho. Essa precariedade pode refletir o número de escolas abertas sem a mínima infraestrutura física e de recursos humanos na formação dos novos profissionais. Essa formação precária e o excesso de médicos acabam por colocar em risco a saúde da população, pois se relaciona com o aumento das infrações éticas, a aceitação de salários irrisórios, honorários abaixo da média e condições de trabalho desfavoráveis (CREMESP, 2003).

Nos últimos anos, a necessidade de mudança na formação dos futuros médicos vem aumentando. Foram detectados vários problemas relacionados à profissão, desde a saúde como fator de acúmulo de dinheiro, a organização de trabalho, as divergências na organização (pública e privada), o tipo de relação médico paciente, as relações entre a universidade e outros segmentos sociais. Também se deve lembrar da necessidade de médicos com formação geral, que sejam capazes de dar atenção integral e humanizada, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem

os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas eficazes em tais contextos (Feuerwerker, 2002).

Historicamente, as mudanças pedagógicas são processualmente construídas. Para que se implemente um currículo que retrate o projeto pedagógico institucional, há que se contar com sujeitos (docentes, discentes, corpo técnico e técnico-administrativos), tempos e ações articuladas, levando-se em consideração os princípios éticos e políticos (Mourão, 2006).

Toda a mudança é ameaçadora, ainda mais quando uma sociedade enfrenta pressão para que haja mudança. Além disso, ao tentar implementar mudanças em uma sociedade que respeita a tradição, ocorre uma resistência. Uma mudança que tenha uma magnitude sem justificativa é impossível de alcançar (Rao, 2006).

A reforma curricular nos parâmetros atuais deve levar a uma ruptura com práticas pedagógicas lineares, hierarquizadas, que considere o aluno como reprodutor e passe a concebê-lo como construtor de conhecimentos. E para ampliar a compreensão do que hoje é definida como currículo é importante descrever como esse complexo termo foi sendo construído e, desta forma, poder contextualizá-lo na prática docente (Mourão, 2006).

Há mais de 30 anos existem discussões sobre a educação médica e argumentos que levam à necessidade de mudança. Tanto o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (Feuerwerker, 2002), quanto a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) discutiram essa situação e detectaram que o médico não se forma com a competência mínima para atender às demandas da população. Espera-se que a escola forme médicos com capacidade para atender com postura ético-social desenvolvida de acordo com as necessidades de saúde da população (CREMESP, 2003; Feuerwerker, 2002). Porém, um problema foi detectado e gerou um processo de mudança desencadeado pela CINAEM.

Em 1991 a CINAEM, assumiu dois objetivos. Um deles foi conhecer as escolas e o outro foi construir um movimento nacional capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica em três fases (CREMESP, 2003, Cutolo, 2003a). Na primeira fase, 76 escolas optaram por participar do projeto. O questionário era sobre questões político-administrativas, econômico-administrativas, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico, atividades de

pesquisa e extensão e características dos médicos formados (Cutolo, 2003a). Fizeram parte dessa comissão: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Peixinho, 2000). As entidades que propunham mudança foram ABEM, Rede Unida e CFM (Conselho Federal de Medicina), que pressionaram o MEC para buscá-las. Em 2001, são aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para modificar os cursos da área da saúde (Enfermagem, Nutrição e Medicina) até 2004. Entretanto, nas escolas de medicina a mudança é lenta e com muitas dificuldades (Da Ros, 2004).

As DCN para o curso de graduação em medicina foram homologadas pelo Ministro da Educação, em 10/10/2001 e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como fundamento o parecer da Câmara de Ensino Superior de 07/08/2001 (Brasil, 2001).

Essas diretrizes definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, e devem ser aplicadas em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições de Ensino Superior (IES). Elas direcionam a formação do profissional médico com conhecimentos para as seguintes habilidades e competências: atenção à saúde (estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, assegurando a prática de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde); tomada de decisões (para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas); comunicação (comunicação verbal e não verbal e a confidencialidade nas informações); liderança (estar aptos a assumir posições de liderança envolvendo o bem estar da comunidade), administração e gerenciamento (de recursos físicos, materiais e de informação e aptos para serem gestores), educação permanente (aprender a aprender continuamente) (Brasil, 2001).

Com base nas competências das DCN (Brasil, 2001), enfatiza-se que a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho de equipe.

Para isso é essencial a parceria com a rede de saúde municipal, onde o atendimento é realizado em todos os níveis.

O curso de medicina deve estar relacionado com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina (Brasil, 2001).

Pela resolução artigo 12 das DCN, a estrutura do curso deve ter como eixo curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde, bem como propiciar a interação do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início da sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção compatíveis com seu grau de autonomia. Esse grau de autonomia se consolida na graduação e com o internato, vinculando, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (Brasil, 2001).

A implantação e desenvolvimento das DCN devem orientar e promover concepções curriculares ao curso e deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas a fim de permitir ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. Essas diretrizes direcionam também as avaliações dos alunos deverão se basear nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos (Brasil, 2001).

O estágio curricular obrigatório em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, deverá ter como supervisores docentes da própria escola. A carga horária mínima exigida é de 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina. Além disso, o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades práticas no 1º, 2º e 3º níveis de atenção em cada área, e sua carga horária teórica até 20% do total do estágio. Este deve ser realizado preferencialmente nos serviços do SUS, porém, estágio fora do país é permitido, não excedendo 25% da carga horária total estabelecida para o estágio (Brasil, 2001).

Conforme o edital do PROMED (Brasil, 2002b), o projeto pedagógico do curso de graduação em medicina deverá contemplar atividades complementares como monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. No processo ensino-aprendizagem, o aluno é o sujeito da aprendizagem, apoiado no professor como facilitador e mediador. E a organização do curso deverá ser definida pelo colegiado do curso conforme a modalidade: anual, semestral, sistema de créditos ou modular.

Nos currículos existe uma diferença entre o que se pretende fazer e o que se faz na prática, tanto que se pode compreender o currículo como um processo: o currículo prescrito (o que foi aprovado); o planejado (originado de manuais, guias, ementas) organizado (recursos educacionais, infra estrutura, apoio administrativo), e o que se concretiza com o currículo desenvolvido (o que acontece na prática) e no currículo avaliado (revelador do que é na verdade valorizado no processo de ensino-aprendizagem) (Feuerwerker, 2002).

A especialização médica tem sido apontada entre outros fatores como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Em função disso, várias tentativas vem sendo feitas para corrigir a associação especialistas/generalistas, sem prejuízo da qualidade (Brasil, 2002b).

O processo de mudança no ensino médico requer que ocorram simultaneamente respostas às necessidades concretas do SUS: na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, que ocorrem em eixos distintos. Esse processo potencializa os movimentos do MEC: a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), ao substituir o currículo mínimo pelas DCN, flexibiliza o processo de ensino e abre campo para que ocorra a transformação nas escolas (Brasil, 2002b).

O Ministério da Saúde se dispôs a trabalhar em parceria com o MEC e com as EM num esforço consistente para reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, centrado na doença e no atendimento hospitalar. Essa estratégia requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (Brasil, 2002a); para isso, criaram o PROMED. Este visava apoiar

financeiramente, mediante apresentação de projetos em concorrência pública, as EM que desejavam voluntariamente adequar seus processos de ensino e produção de conhecimento e serviços, e também formar médicos adequados para o atendimento às reais necessidades de saúde da população e satisfação das necessidades do SUS (CREMESP, 2003; Brasil, 2002a).

Há um direcionamento para incentivar a atenção básica de forma resolutiva com qualidade, reafirmando os princípios do SUS de universalidade do acesso, equidade e integralidade das ações. O MS vem tentando suprir a carência de profissionais gerais dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, necessidade essencial do atendimento na atenção básica, que funciona como porta de entrada para o sistema de saúde. Para tanto, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas tentam resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à Estratégia de Saúde da Família, por intermédio da implantação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família na maioria das Unidades Federadas. Os Pólos tem prestado significativa contribuição na situação emergencial da capacitação introdutória das ESF e nos cursos especializados (Brasil, 2002c).

O PROMED reafirma o processo de incentivo às mudanças curriculares dentro do processo do MEC pela LDB ao substituir um currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, flexibilizando o processo de ensino e abrindo o campo para que as escolas se transformem. As DCN focalizam, na formação de um médico generalista, aspectos como (1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (5) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde (Brasil, 2001).

Na saúde, há um esforço em reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, retirando

foco da doença e do atendimento hospitalar. Essa abordagem permite que as ações de saúde priorizem os princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2002b).

O incentivo às mudanças curriculares dirige-se às EM por esta categoria profissional apresentar os maiores problemas de formação, como uma forte tendência à especialização precoce, que gera um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica. Com tudo isso, o PROMED surgiu como parte de um sistema de incentivos às IES que se dispuseram a adequar a formação profissional para atender as necessidades do SUS (Brasil, 2002b).

O PROMED tem como objetivo principal reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica (Secretaria de Políticas de Saúde, 2002). Uma justificativa pode ser a evolução do conteúdo médico e da própria medicina.

A previsão para a execução do PROMED foi de 3 anos, com planos financeiros semestrais de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais). Para se inscrever no programa, cada Instituição de Ensino Superior, deveria apresentar uma proposta técnica e uma proposta financeira que foram avaliadas por uma comissão. A proposta inicial foi de 20 (vinte) IES, sendo pelo menos 1 (uma) da região Norte, 1 (uma) da região Centro-Oeste, 2 (duas) da região Nordeste, 2 (duas) da região Sul e 4 (quatro) da região Sudeste. Depois da aprovação, cada IES firmou sua proposta com uma Carta Acordo baseada na proposta técnica e financeira apresentada. Entretanto para a assinatura da Carta Acordo, a IES deveria apresentar documentos que comprovassem determinados itens exigidos. Após 15 dias a instituição deveria executar o início do projeto (Brasil, 2002b).

O financiamento fornecido pelo PROMED permitiu o pagamento dos custos relativos a serviço, incluindo a remuneração do pessoal (de campo e na sede), e despesas de subsistência (diárias e alojamento), transportes (internacional e local, para mobilização e desmobilização), serviços e equipamento (veículos, equipamento de escritório, móveis e materiais), aluguel de escritório, seguro, impressão de documentos, levantamentos e treinamento, nos casos de tais componentes serem relevantes para o projeto, tendo estes sido descritos na proposta financeira. E uma das exigências para participar na candidatura é a parceria comprovada com a Secretaria de

Saúde do município ou estado, principalmente na atenção básica, devido ao ensino ocorrer na rede pública de saúde (Brasil, 2002b).

Os critérios da avaliação do PROMED são: experiência da instituição e da equipe de gestão, gestão do projeto, análise da situação atual e imagem objetivo, e estratégia e recursos (Brasil, 2002b). No item experiência da Instituição e equipe de gestão, os pontos avaliados se referem à experiência da instituição, como articulação com os serviços de saúde, articulação com a comunidade e articulação com outros cursos; e da experiência da equipe da gestão, tendo como base o currículo do coordenador e dos envolvidos diretamente na coordenação/execução do projeto. No item gestão do projeto foram verificadas a instância de aprovação do projeto (reitoria e/ou conselhos superiores e similares, colegiado, congregação e núcleos/departamentos ou similares), a proposta de planejamento e avaliação do projeto, a proposta de institucionalização da articulação entre a escola e o SUS, e a proposta de sustentação financeira do projeto. Para a análise da situação e imagem objetivo que é a situação desejada, os pontos avaliados dentro da orientação teórica proposta abrangem o atendimento às necessidades de saúde e problemas prevalentes e relevantes da população, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, baseada na ampliação da dimensão biológica, integrando as dimensões sócio-cultural e psicológica, voltada ao desenvolvimento da prática profissional com integração dos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, proposta de educação permanente, abordagem pedagógica, proposta para o desenvolvimento da prática profissional (diversificação de cenários, proposta de articulação com o SUS, modalidades da prática profissional). A estratégia de recursos solicitados ou disponíveis visava a mudança da situação atual em direção à situação desejada (imagem objetivo), assegurando coerência e potencial de impacto (Brasil, 2002b).

A situação desejada é mudar o eixo da formação, que é centrado na assistência individual prestada nas unidades hospitalares, para o atendimento sintonizado no SUS, principalmente na atenção básica. Também é desejado que sejam consideradas as questões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas na esfera familiar e comunitária. Os hospitais universitários, as IES e seus gestores devem buscar sua inserção no SUS, criando condições para o exercício de sua missão e retribuição, com a qualidade técnica que possuem na assistência, no ensino, na pesquisa e na

educação continuada e permanente e na avaliação da incorporação de novas tecnologias (Brasil, 2002b).

O currículo deve compreender um conjunto de atividades intencionalmente desenvolvidas para o processo formativo, mediadas pelo professor e pelo aluno, que considere a coesão do ensino-pesquisa-extensão como elemento estratégico (Mourão, 2006).

Para atingir esse objetivo, condições estratégicas favoráveis devem ser criadas. As escolas devem adotar práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade. O Termo de Referência do PROMED tem como lema “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”; são propostos 3 eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica, cada qual com vetores específicos (Brasil, 2002b).

Conforme o Edital do PROMED (Brasil 2002b), o eixo de orientação teórica possui dois vetores: o de produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS, e a oferta de pós-graduação e a educação permanente (este eixo comporta a mudança pedagógica e a integração do ciclo básico e ciclo profissional). E o de cenário de práticas compõem-se de 2 vetores: a prática e a abertura dos serviços próprios das IES às necessidades dos SUS. A prática médica deve ocorrer em cenários diversificados: ambulatoriais, comunidade e domicílios, saindo do foco hospitalocêntrico. O eixo de abordagem pedagógica direciona para a prática educacional em metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, com a formação de pequenos grupos, integração da teoria e da prática, integração das áreas básico-clínicas considerando o desenvolvimento das capacidades de aprender a aprender, bem como a reflexão crítica do aluno em toda a sua formação.

A seleção das Escolas formou-se por uma comissão composta por docentes da área de Educação Médica, representantes dos Conselhos de Secretários Estaduais (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (Brasil, 2002b). Para a seleção das propostas que seriam contempladas com os recursos do MS para a modificação de seus currículos, candidataram-se mais de 100 escolas e 20 foram aprovadas no final de 2002 e iniciando a aplicação de seus projetos no primeiro semestre de 2003. As escolas de Medicina que foram aprovadas para o recebimento do PROMED são: Universidade Federal de Goiás (UFG), Fundação Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),

Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal de Roraima (UFRR), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal Fluminense (UFF), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul (PUC/RS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) (Brasil, 2002d) teve problemas com a documentação e foi desclassificada.

Foram realizadas entrevistas com os coordenadores do PROMED, estas gravadas e transcritas, e um questionário. Os dados colhidos resultaram em quatro artigos aqui descritos nesta tese e 1 artigo em andamento.

Esta tese está disposta em 4 capítulos, que apresentam os artigos produzidos a partir das análises realizadas com os resultados obtidos.

A categoria de análise “As Diretrizes Curriculares e Prática” é apresentada no capítulo 4.1: Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED), publicado na revista *BMC Medical Education* Patrícia Alves de Souza¹, Angélica Maria Bicudo Zeferino¹ and Marco Aurélio Da Ros² ¹Graduate Program in Child and Adolescent Health of the Faculty of Medical Sciences (FCM), the State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. ²Department of Public Health, University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brazil. *BMC Medical Education* 2008, **8**:54doi:10.1186/1472-6920-8-54. A versão eletrônica desse artigo pode ser encontrada em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/54> Recebido em 13 de maio 2008, aceito 27 de novembro de 2008 e publicado em 27 de novembro de 2008. O objetivo do artigo foi verificar as mudanças curriculares no Brasil incentivadas pelo PROMED.

O capítulo 4.2 The Public Healthcare System and its participation in Medical Training trata da categoria “A Saúde no Brasil” foi submetido para a revista *Education for*

Health, aguardando parecer. O objetivo desse artigo foi verificar a influência do PROMED na interação do sistema público de saúde, rede SUS (Sistema Único de Saúde)-Universidade.

O capítulo 4.3 As Escolas Médicas que receberam o PROMED – as condições prévias e o processo de mudança retrata a categoria “A História da Escola Médica” foi submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva, aguardando parecer.

O capítulo 4.4 Currículo Integrado: entre o discurso e a prática foi submetido para a Revista Brasileira de Educação Médica. O objetivo deste artigo é identificar mudanças curriculares ocorridas nas EM que foram contempladas com o PROMED.

2. OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é verificar as mudanças curriculares ocorridas nas escolas contempladas pelo PROMED.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- Verificar se as escolas que receberam o PROMED tem um histórico de mudança;
- Caracterizar a relação entre o Sistema Público de Saúde e as mudanças curriculares;
- Verificar o grau de comprometimento dos docentes frente à mudança;
- Analisar a relação entre o proposto e o ocorrido no projeto de mudança dos currículos.

3. MÉTODOS

A tese foi desenvolvida em duas etapas que permitiram expressar e desenvolver as metodologias qualitativa e quantitativa (análise descritiva).

Este trabalho foi dividido em duas partes, uma em forma de questionário aplicado aos professores responsáveis pela coordenação dos cursos de Medicina que receberam o PROMED, e outra em forma de entrevista com os mesmos.

Primeiramente os professores foram contatados via telefone, e-mail ou por pessoas conhecidas anteriormente. A participação na pesquisa foi autorizada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o modelo encontrado em anexo.

Havia no Brasil em 2001, 102 escolas de medicina (Marins, 2005) oficializadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no dia 27 de setembro de 2005, com o parecer do projeto 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

3.1 Análise Qualitativa

A etapa qualitativa foi realizada em forma de entrevistas semi-estruturadas (com roteiro), que foram gravadas e transcritas, perfazendo mais de 50 horas de transcrição das fitas gerando 193 páginas de entrevistas.

Cada entrevista continha 12 questões abertas que foram submetidas a uma análise qualitativa utilizando a técnica da análise de conteúdo de Laurence Bardin (Bardin, 1977), e, como base metodológica, a pesquisa qualitativa de Cecília Minayo (Minayo, 1994). Essas técnicas permitem compreender o processo em andamento, sem a preocupação de validação matemática, com a intenção de ampliar a reflexão sobre o tema, e, até mesmo, a partir dessas inferências, determinar as categorias existentes para análise. Para preservar a privacidade das informações de cada coordenador de escola aqui apresentadas, os mesmos foram identificados por meio da letra E (educador) e um número subsequente.

Segundo Bardin, 1977, na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração.

A autora declara que a análise de conteúdo envolve a quantificação sistemática e repetida de verificação, além de uma descrição do conteúdo de comunicação, seja ele escrito, verbal ou visual. Deve-se lembrar que padrões de comportamento motor também podem ser submetidos a análise de conteúdo.

Após transcritas as entrevistas, passou-se à etapa da leitura flutuante, em que o pesquisador, sem pré conceitos estabelecidos, leu as entrevistas nas quais evidenciaram-se os aspectos (por repetição, por ênfase ou pelo inusitado) para analisar os conteúdos dos discursos dos entrevistados.

Os passos para se realizar a análise de conteúdo são os seguintes: inicialmente é realizada a leitura flutuante, que é o primeiro contato com o texto, e que pouco a pouco torna-se mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação das técnicas utilizadas sobre os materiais análogos. Os documentos, nesse caso, são as entrevistas, que deverão ser analisadas e exploradas. Para isso são aplicadas 4 regras: da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência.

Segundo Bardin (1977), a regra da exaustividade tem por objetivo incluir no *corpus* todos os documentos que possam ter relação com o assunto. Essa regra representa a não seletividade. A regra da representatividade relata que a amostra deve ser uma parte representativa do universo inicial, mas nem todo material de análise é susceptível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, vale mais a pena abster-se e reduzir o próprio universo, se for muito importante. A regra da homogeneidade diz que os documentos devem ser homogêneos e obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar singularidade fora desses critérios. Neste caso, as entrevistas transcritas são sobre o PROMED. E, por último, tem-se a regra da pertinência, que diz que os documentos retidos devem ser adequados e corresponder ao objetivo que suscita à análise.

O termo “leitura flutuante” quer dizer leitura intuitiva, aberta a todas as ideias, reflexões e hipóteses, numa descoberta individual. Após essa etapa, passa-se à fase da análise temática, que se caracteriza pela contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada (Bardin, 1977).

Em seguida, tem-se a formulação de hipóteses e objetivos. A hipótese é uma afirmação provisória a ser verificada, recorrendo-se aos procedimentos de análise. Trata-se de uma suposição cuja origem é a intuição que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros, mas não há uma obrigatoriedade em se ter um corpus de hipóteses para realizar a análise. O objetivo é a finalidade geral do que está sendo proposto, o quadro teórico ou pragmático a partir do qual os resultados obtidos serão realizados.

Passa-se, a seguir, à referenciação dos índices, que pode ser a menção explícita de um tema numa mensagem. Parte-se do princípio de que esse tema possui tanto mais importância para o locutor quanto mais frequentemente é repetido. É o que acontece na análise sistemática quantitativa. Uma vez escolhidos os índices, a próxima etapa é a elaboração de indicadores precisos e seguros que correspondem à frequência desse tema, de maneira relativa ou absoluta com relação a outros.

Desde a pré-análise, devem ser determinadas as operações de recorte do texto em unidades, para que estas sejam comparadas para categorização e análise temática, codificando assim o registro dos dados.

As entrevistas gravadas são transcritas na íntegra.

É necessário saber por que é que se analisa. A codificação é o processo da análise pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. A organização da codificação compreende 3 escolhas (no caso de uma análise quantitativa e categorial):

- recorte: escolha das unidades;
- enumeração: escolha das regras de contagem;

- classificação e agregação: escolha das categorias.

O registro a ser codificado corresponde ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando a categorização frequencial aparentemente linguística, como por exemplo, a palavra ou a frase, ou, em nível semântico, o tema. A análise temática permite descobrir núcleo de sentido, que compõe a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição podem significar parte do tema para o objetivo analítico escolhido.

A unidade do contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são essências para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro, podendo ser a frase para a palavra e o parágrafo, para o tema. Geralmente, quanto maior é a unidade de contexto, mais as atitudes ou valores se afirmam numa análise avaliativa ou mais numerosas são as co-ocorrências numa análise de contingência.

Para se obter regras de enumeração, é necessário fazer a distinção entre a unidade de registro (o que se conta) e a regra de enumeração (o modo de contagem) e verificar a presença ou a ausência de palavras ou temas, bem como a frequência, que é a medida mais geralmente usada, e a frequência ponderada, que determina maior importância de um elemento sobre o outro, em que cada aparição de um elemento pode significar o dobro do valor de outro elemento. A ponderação pode corresponder a uma decisão tomada *a priori* sobre as modalidades de expressão ou a intensidade de um elemento. A intensidade com que cada elemento aparece é indispensável na análise dos valores (ideológicos e de tendências) e das atitudes, para facilitar a avaliação do grau de intensidade a ser codificada, segundo critérios precisos: intensidade do verbo (semântica), tempo do verbo (condicional, futuro, imperativo...), advérbios de modo, adjetivos e atributos qualitativos. A direção dos elementos pode ser neutra, favorável ou desfavorável, ou com pólos direcionais de naturezas diversas. A ordem de aparição das unidades de registro pode ser o índice pertinente e a co-ocorrência é a presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto, podendo ser diferenciadas pela associação de um com outro elemento, equivalência (dois elementos aparecem em um contexto idêntico), oposição (quando um determinado elemento aparece, o outro elemento está ausente no texto).

Qualquer escolha de uma ou mais regras de enumeração direciona a uma hipótese de correspondência entre a presença, a frequência, a intensidade e a distribuição. Uma variável de inferência pode manifestar-se, por vezes, de diversas maneiras.

Após a etapa da leitura flutuante, sem pré conceitos estabelecidos, evidenciam-se os aspectos (por repetição, por ênfase ou pelo inusitado) para analisar os conteúdos dos discursos dos entrevistados. Essas estruturas, pela sua característica de importância, são intituladas estruturas de relevância.

Nesta pesquisa, destacaram-se no texto 1.182 estruturas de relevância.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com critérios previamente definidos.

A primeira categorização originou pré categorias encontradas, que foram: “Porque mudar”; “Como foi organizado o currículo”; “Sentimento em relação ao currículo”; “Pressupostos”; “Limites”; “Problemas”; “Como superar problemas”; “Outras coisas que estão acontecendo e influenciando”; “Perfil do PROMED”; “Conseqüências do PROMED”; “Trabalho prévio ao PROMED”; “As diferenças de interpretação sobre os porquês” e “Pós PROMED”.

As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos e os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

A análise de conteúdo prevê que a categorização (passagem dos dados brutos a dados organizados) não introduz desvios (por exemplo, excesso ou recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis dos dados brutos. As categorias, para serem consideradas como tais, devem possuir os seguintes itens: a exclusão mútua (cada elemento deve estar inserido em apenas uma categoria); homogeneidade (deve ter um único princípio de classificação); pertinência (deve

refletir as intenções da investigação); objetividade e fidelidade (a definição das categorias devem estar bem estabelecidas) e produtividade (permite vasto índice de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos).

Neste trabalho, as pré categorias foram agrupadas em 9 categorias de análise: “A Avaliação”; “As Diretrizes Curriculares e Prática”; “Os Docentes”; “A Educação Permanente: A necessidade da Pós Graduação – A importância da Pesquisa”; “A História da Escola Médica”; “O Internato”; “O PROMED”; “A Saúde no Brasil” e “As Estruturas não agrupáveis”. Cada categoria é composta por diversas subcategorias.

Foram selecionadas variáveis expressivas que permitem vislumbrar as dificuldades e potencialidades que o PROMED possibilitou.

Essas 9 categorias tem um grau de aprofundamento que permitiram a elaboração de análise específica de cada uma.

3.2 Descrição dos dados quantitativos

O questionário foi constituído de 57 questões fechadas e abertas, tabulado e analisado pelo programa Epi Info 6.0 (programa de texto, banco de dados e estatística para Epidemiologia) (Epi Info, 1997).

No artigo Currículo Integrado: entre o discurso e a prática que segue no capítulo 4.4, apresenta-se a análise descritiva dos dados quantitativos.

Cada instituição de ensino foi identificada com a letra I de Instituição e um número subsequente.

Os professores foram contactados para certificação de que receberam o questionário e de que o responderiam.

Na continuidade seguirão os quatro artigos conforme descritos na introdução.

4. ARTIGOS

**Capítulo 4.1: Changes in medicine course curricula in Brazil
encouraged by the Program for the Promotion of Changes in
Medical School Curricula (PROMED)**

A versão eletrônica desse artigo pode ser encontrada em:

URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/54>

Abstract

Background: The Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was developed by the Brazilian Ministries of Health and Education. The objective of this program was to finance the implementation of changes to the curricula of medical schools directed towards the Brazilian national healthcare system (SUS). This paper reports research carried out together with the coordinators responsible for the PROMED of each medical school approved, in which interviews were used to evaluate whether this financial support succeeded in stimulating changes. **Purpose:** The aim of this study was to evaluate the impact of this program three years after implementation in the universities that received funding. **Results:** The universities interviewed were found to have some common concerns: the decoupling of basic and professional training difficulties in achieving proximity to the network of services; insufficient funding; and the emphasis of most teachers being on teaching hospitals and specialization. These findings indicate that the direction of curriculum reform (PROMED) is toward providing a targeted training for this system. **Conclusions:** The interviewees were aware that this program would trigger future changes in all aspects of healthcare and represents an ongoing challenge to the academic field. PROMED provided the momentum for change in the nature of medical training in Brazil and was seen as powerful enough to override other processes and as a basis for guidance regarding the methodology, pedagogical approach and scenarios of practical experience.

Keywords: curricular changes; medical education; PROMED.

Introduction

In 2002, the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was created by the Ministry of Health (MS) in partnership with the Ministry of Education (MEC) with the objective of financing curricular reform in medical schools directed towards the Brazilian national healthcare system (SUS).

The PROMED program began in 2003. Nineteen medical schools were approved for participation in the program following a selection process that involved more than 100 universities. The three proposed areas of reform were: theory, practice and teaching ¹. At the time of implementation no plans for an evaluation procedure had been established.

The objective of this study was, therefore, to evaluate the impact of this program three years after its implementation in the universities that received the funding.

A qualitative study was carried out by interviewing the coordinators of the curricular reform in all of the 19 universities included in the PROMED project. The methodology used was qualitative, employing the technique of content analysis.

Variables indicating the difficulties and potential of this project (PROMED) were evaluated. The methodology used in this study has been previously implemented in other similar studies².

The history of curricular reform in Brazil, the context of curricular reform within the Brazilian national health system (from the Single Health System to the Family Health Program) and the conception of the PROMED program are described herein.

Brazil is a country of around 180 million inhabitants from which at least 80% are users of the national healthcare system (SUS) ³, and it has more than 170 medical schools ⁴. Nevertheless, the profile of the graduated physician is directed toward working in private clinics whereas the process of medical training should also be designed for the public system.

Within a broad social movement specific to the healthcare field a new constitution was approved in 1988 (following the end of Brazil's military dictatorship), and the Brazilian

national healthcare system (SUS) was created. The previous model of this healthcare system benefited the medical-industrial complex and medical training was designed to adapt to this system. Doctors were trained to work in hospitals, and in private, specialized clinics, and basic healthcare was ignored ⁵.

At the beginning of the 1990s, both MEC ⁶ and CINAEM (the Brazilian Inter-Institutional Committee for the Evaluation of Medical Teaching) debated this situation and found that doctors lacked the necessary competence to fulfill the requirements of the population ^{6,7}.

After the World Conference of Medical Education in Edinburgh, 1988, the process of medical education began to change, simultaneously, in several countries, and initiatives to stimulate and support the medical teaching reform were intensified, using “*Health for Everyone in 2000*” as their health organization slogan. It was then proposed that medical schools would form health professionals to develop the role of helping the real situation of the Brazilian population in a system of healthcare in transformation. It was only in 2001, when the curricular guidelines were finally approved that a change, in fact, was implemented in undergraduate teaching policies.

The World Health Organization recommends 1 doctor for every 1000 inhabitants (1:1000), the average in Brazil being 1:594. However, there is a considerable regional difference with the North and Southeast regions having ratios of 1:1190 and 1:432, respectively. It can be observed that the total of 81 institutions which taught medicine courses in 1995 increased to 125 institutions in 2003. In 1995 there were 8,246 places offered and 7,622 enrolments in that year, and in 2003 the number of places was 12,081 with 9,113 enrolments, the number of places increasing in 10 years by more than 20% and the number of enrolments by 15% ⁸.

In 2002, these changes resulted in the creation of PROMED which had the purpose of providing financial support for submitted projects, promoting and sustaining initiatives of curricular reform in medical schools that were, voluntarily, willing to adapt their teaching methods, knowledge production and services and also to train medical students to meet the actual health requirements of the population ^{1,7}. The objective was, therefore, to train such professionals and provide them with the knowledge and technical proficiency that would qualify them to practice medicine in a competent, ethical and socially responsible way ⁹.

The projects supported by PROMED deal principally with reform in the areas of theoretical guidance, pedagogical approach and locations for practical training ¹. This reform of the medicine course should be directed by the Curricular Regulations of the Medicine Course, so that the basis of the teaching should be to provide: 1. an ethical perspective, a humanistic view, and a sense of social responsibility and commitment to the citizen; 2. orientation toward health protection and promotion and disease prevention; 3. the ability to comprehend basic knowledge and integrate and apply it in professional practice; 4. orientation toward acting at primary and secondary levels of healthcare and resolving with quality problems related to health; 5. the ability to deal with primary urgency and emergency situations; 6. the ability to communicate and deal with multiple aspects of the doctor-patient relationship; 7. the ability to continuously learn during their whole professional life and to assess their own performance; and 8. the ability to act within and later lead a health team⁸. This creates conditions for the critical and creative training of professionals able to assimilate the ideal of ‘learning to learn’, generating mechanisms which contribute to the permanent reconstruction of their professional identity ¹.

Reorganizing and stimulating basic healthcare as a strategy that would substitute the traditional model, which is focused on disease and hospital-based care, requires the preparation of professionals equipped with a broad social vision, technically qualified to provide continuous, effective health care to the community⁹. In the United States, the objective is to train a desirable number of physicians prepared to provide primary, basic healthcare ¹⁴.

PROMED provides resources for the implementation of the curricular guidelines approved by the Brazilian Ministry of Education (MEC) through financial support, guidance with respect to change, and flexibility in teaching procedures; in addition, it allows transformation to take place in other schools ¹.

Three years after the implementation of PROMED, few evaluations of its processes had been carried out, and there was a need to assess the advances made and the difficulties encountered. The question that this study posed was: what is PROMED’s potential for promoting the desired curricular reforms?

Methodology

The 19 course coordinators are professors who are acting as course managers, that is, they receive a salary for occupying the position of coordinator of a medicine course. The course coordinators of the medical schools in which the PROMED project was implemented were interviewed using a questionnaire containing 12 questions for qualitative analysis. This paper focuses partially on the reports of the results of this qualitative analysis. Laurence Bardin's¹⁵ content analysis was the technique used and the methodology was based on the qualitative research of Cecilia Minayo¹⁶.

In the first reading of the interviews, 1182 words were highlighted, as determined by the rules relating to repetition of reading, until it was possible to record them and convert them into 9 categories: evaluation, curriculum guidelines and practice, faculty, permanent education - post-graduation - research, history of the school, internship, PROMED, and health in Brazil.

The category selected for this study was curriculum guidelines and practice, and two of the proposed sub-categories were analyzed these being: a) limitations (encompassing the difficulties and problems encountered in carrying out curriculum reform); and b) challenges (description of the challenges to be faced, how they will be dealt with and what can be achieved within the perspective of reform).

To preserve anonymity, each school coordinator was identified with a reference code beginning with the letter E (educator) followed by a specific number. Interviews were transcribed and the themes described below emerged from the data. The participants read the "Free and Informed Consent Terms" and completed and signed it personally.

The project was approved by the Committee of Ethics in Research, Faculty of Medical Sciences, Campinas State University (UNICAMP), on September 27th 2005, project 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

Types of universities in Brazil

In Brazil there are universities maintained by the state and federal governments (public institutions) in which free education is offered, as well as several medicine courses for which students have to pay fees (private institutions). There are also some universities partially supported by the government in which the student pays the remainder of the fee (semi-public institutions).

Another difference between the institutions is their history, some are 150 years old while others are less than 10. As a minimum curriculum is not required (according to the 1988 Constitution) the forms of teaching have also assumed a diversification, not only in terms of funding but also in terms of culture and curricular organization. Nevertheless, unexpected similarities were found in the analysis of the interviews. These common characteristics result from a hegemonic model installed in Brazil since the early sixties (Flexnerian model). Therefore, it was possible to note common concerns among the universities where the interviews were carried out: the dissociation between basic and specialist teaching; difficulties in achieving proximity with the network of services; insufficient funding and the emphasis given by the majority of professors to hospital-based specialized teaching.

These findings were observed in some interviews, for example:

E3: challenge – we have to consolidate this teaching in the community [...] and it is not yet adequate.

E8: I believe that it is not just in our school, [...] the need to reeducate the educators [...] trained according to the old model and who tend to just reproduce [material] or show resistance to implementing a new model.

E19: It is not sufficient that you talk to the professors and tell them that they need to refer to the healthcare network system [...] teach there [...] you have to show them that this area is absolutely indispensable for teaching medical students and other students in the field of healthcare.

These responses reveal the difficulties involved in convincing a professor to set aside the convenience of the institutional protection, which exists within the teaching hospital environment, to face the unknown. On the other hand, the current emphasis on the organization of healthcare in Brazil focuses on the Family Health Program, which is the foundation of the basic healthcare provided by the public health system (SUS). This program defends an ideal composed of the propositions of SUS such as: integrality, universality, equity, social control and hierarchical formation of the system. The principal objective of the curricular reform supported by PROMED is to promote training directed towards satisfying the requirements of this system.

These propositions have an undisclosed multiplicity of connotations that result in different meanings being attributed to the same term and consequently also in diversity in the forms of implementing changes. Terms such as equity, social control or integrality may be interpreted in different ways. :

E2: the doctor who is integrated in the current situation with respect to citizenship ... in an integrated way and who clearly understands the objectives that the curriculum reform asks of us.

E4: one of the fundamental conditions for this curriculum to work is its interdisciplinary nature ... the principal focus being on the healthcare and health requirements of our population.

E10: based on [health] prevention and promotion.

Therefore, three different comprehensions affect the directionality of the curricular change. The interviews highlighted two categories from the analysis: limitations and challenges.

Limitations

This category includes obstacles that hinder implementation of the curriculum, ranging from faculty integration to curricular organization. There is a set of various grouped components that will be discussed below:

The integration of people (members of the faculty with those of the healthcare network and the community) and contents is a critical aspect of the curriculum.

E1: I think there still remains a lot to be integrated in this integrated curriculum

E7: After several years of discussions and seminars, forums, we have finally reached a diagnosis of the course, which was that there was no basic-clinical interaction.

E18: We are having a lot of difficulty with respect to integration with the community.

E17: When we started [...], there was a group that resisted a little. These proposals involve a lot of work in that they require meetings [...] with a lot of articulation, and sometimes there are some difficulties, sometimes things tend to go slightly backwards, but we understand that this is part of the process.

As may be seen, integration is a determining factor in the process, both in the sense of the faculty incorporating the contents of the curriculum and with respect to the resistance of the groups to changes, or even university-community integration. The partnership between the medical school and the teaching-services must be improved.

Another component is the lack of financial resources to implement the process of change and to maintain the curricular strategy. This problem is present in several schools, not only in the internal structure but in the overall structure itself and in the partnership between the medical school and the network that provides healthcare to the community.

E2: One of the things I consider a problem is the library. I really need to adapt it adequately.

E3: We need to identify other sources of aid, principally to be able to offer courses, hire consultancy services, and to stimulate community interaction since we don't have funding to pay people.

E17: ... we have several operational difficulties because the funding is in a single account belonging to the government, isn't it, belonging to the university; so, everything has to go out to tender, to a bid.

Every process of curricular reform needs funding to implement its new guidelines and to support the structures that have already been put in place.

Another component mentioned was the limitations represented by the faculty. There is a consensus that overcoming these limitations is fundamental for the development of the student. Even considering the transformation in which the faculty becomes an advisor and partner in the learning process, crucial points may be found that interfere in the development of the projected curricular changes. The new view of teaching is not centered on the professor, but instead, he/she becomes a supervisor of the student participating in the teaching process, in which the student will learn through practice.

E2: The only problem that we continue to have is with respect to the group of anatomy professors and we are trying to find alternatives through the use of skills laboratories with model parts [...] to see if we can identify some professors who would also agree to adopt this way of working.

E9: A department with a long tradition of specialist or hospital activities [...] convincing them of the idea that this has to change [...] is difficult.

E11: It means permanent, continuous training, training so that these new methodologies may be successfully developed and implemented, and a new kind of relationship may be established with the students.

In other words, the reform was initiated prior to having the human resources required to carry it out. This is a contradiction that indicates a need to be progressively adapting to changes while the faculty is not yet prepared to implement them. This profile of the faculty has existed for decades and the training of new professors to work within this new curriculum has not yet been clearly established.

The course coordinators have experienced the challenge of creating new ways of doing things without removing the current model, and the faculties tend to offer resistance to incorporating the curriculum changes. The new relationship had not been inserted into the historical constitution of each professor. Therefore, there is a perception that this process could undergo a crisis and will take a long period of time to be implemented.

E4: It was and is a difficult process, particularly because you are obliged to witness the transition of different curricula [...] which forced us to go ahead with this process as each term approached.

E7: Now, with respect to the change in the theoretical concept, we believe that it is possible to change and we believe that this may take between 10 and 15 years considering that we have been discussing it since the year 2000 [...] the university has a structure that is...rigid and inefficient [...] there is a problem [...] we have not clearly defined the knowledge required to generate competence in a doctor.

E8: A process of change, of transformation, is much more complex than you can imagine or than you would envisage when you design a project.

E11: Always running the risk of...returning to hegemony and to the traditional ways because they are predominant out there [...] the majority of our professors, almost all of them, were trained in the traditional method, in a traditional view.

Another component of interest was the community-service interaction. One of the main guidelines of PROMED is the diversification of practical scenarios as a strategy in training a professional acting in primary healthcare, in this case, after their graduation, acting as general

practitioners in the health system. The partnership between the university and the health unit is an agreement between the university and the municipal council where the schools are located. The students can begin their activities from the first phases in the health units of the district/communities, with knowledge of the territory, the customs, the services carried out in the health units, and the profile of the population. The students carry out the activities supervised by tutors contracted by the university, and they also participate in the activities of attending the patient during the course, gaining knowledge of the real demands of the assistance provided, and experiencing the everyday life of the health professionals in the community in which they attend the users of the health service. Ways to integrate the teaching process with the network of health services are being sought, including offering professionals at the local health units post-graduate courses in strategic areas or in areas lacking professionals trained by SUS. Although essential for medical training, this involves various problems, which, although reported in the other components, deserve further emphasis: problems with relationships, lack of funding, cultural differences, training, etc.

E3: The students find working in the community very strange; they question whether they are learning medicine there.

E5: Our curriculum was absolutely focused on hospitals. By forcing the student into the healthcare network we thought the result would be a greater focus on doctors working in primary and secondary healthcare.

E8: The difficulties are constant...our experience of the partnership...with the city council...made us aware that this partnership must have advantages for both sides.

E10: We have had some difficulties in placing our students in the healthcare system. We have succeeded because of our long tradition.

The category referring to limitations may be summarized as: the clear view of the coordinators is that this is a *process* of change. All change generates a certain discomfort and when it is a question of changing paradigms, and carrying out these changes with insufficient

funding and with personnel who are not yet prepared for reform, this leads to new ways that are “incomplete, full of imperfections and challenges, because new things that continue to be burdened with the old ones need to be reinvented yet again”. However, there is a clear perception that “it is the concrete questions that mobilize people; that create the strength required for interaction and action”. You only learn to do things by doing them, and this process is still in its infancy¹⁶.

Challenges

On the other hand, in contrast to the items presented as limitations, other options exist that are considered requirements that must be achieved. A component presented as a limitation may also be a potential item for change. In this respect, three components were identified: integration, the process itself, and the future, which are clearly characterized in the following dialogues.

E1: The most important challenges are: basic-clinical integration, integration between areas of knowledge and the collaboration of the professors in adhering to the proposals and working together to achieve this integration.

E3: The greatest challenge is basic-applied integration.

E14: Implementation of new teaching strategies in the area of primary healthcare in basic health units.

The challenges were found to be similar in the various medical schools. Through comprehension of the perspectives of all of the structural and ideological reforms it is possible to raise awareness of the importance of the governmental programs and the promotion of the curricular changes through programs such as PROMED.

E4: This change also brings us ...an opportunity to see a curriculum as dynamic, something that should be undergoing permanent revision and adaptation to

requirements and which should be in accordance with the wishes of the people who have participated in this educational experience.

E12: I think this is going to be one of the most difficult things in the future [...] it is in the change of the actors involved that we show the importance of the partnership, isn't it?

E19: There is a long way to go yet before I can say [...] that it is completely consolidated [...] with respect to the teaching-service relationship; in our case we have a good relationship, but it is not perfect.

The challenges encountered go through the process of restructuring and also that of making the faculty aware of the process itself.

E16: It is a long process and is not yet complete, principally because we are changing people, changing ways of being.

Conclusions

In the movement for change in the training of health professionals in Brazil, the PROMED program was understood as being strong enough to trigger other processes. Nevertheless, it faces difficulties, one of which is that it has failed to predict the need for monitoring and the permanent application of an evaluation program. This evaluation will allow us to verify whether PROMED has been able to instigate this change or whether it lacks the necessary influence to achieve this.

The principal social actors involved in the process are ultimately the coordinators of the courses in which the reforms are being implemented. Within the 19 institutions, a great diversity of universes was found, which, in some way, functions as a synthesis of the opinion of these social actors. What may be deduced is that: the participants understand that this is a process, and is therefore unfinished; there are no protocols indicating how the changes should be

carried out; and it will take a long time for the changes to be implemented. The course coordinators understand the limitations, and they have been making efforts to overcome them. They know that this process will trigger future changes in the overall practice of healthcare. It will be other professionals who will manage the healthcare system. Changes will no longer be limited to alterations in appearances, rearrangements of schedules or the introduction of a new course unit. “The pathways that lead to this are not easy; they involve suffering and confusion together with the pleasure of discovering new visions, new possibilities, new solutions”¹⁷.

Competing interests

This article forms part of a doctoral dissertation, held at the Graduate Program in Child and Adolescent Health of the Faculty of Medical Sciences (FCM), the State University of Campinas (UNICAMP), Brazil.

Authors' contributions

PAS collected data, drafted the manuscript, made the analysis of the results. AMBZ participated in the orientation and preparation of the manuscript. MAR carried out the analysis of the results and participated in the writing of manuscript. All of the authors have read and approved the final manuscript.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. PROMED Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002.
2. Gillam S, Bagade A. Undergraduate public health education in UK medical schools – struggling to deliver. *Med Educ* 2006;40(5):430-6.

3. Comunicação Social, 30 de agosto de 2004. Available from: (URL: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtml>). Accessed 25/01/2007.
4. ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. Available from: (URL: <http://www.abem-educmed.org.br/#>.) Accessed 10/12/2006.
5. Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina In: Marins JJ, Rego S, Lamper JB, Araújo JGC, editors. Educação médica em transformação. Instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.p.224-44.
6. Feuerwerker LC. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Associação Paulista de Medicina. Federação dos médicos do estado de São Paulo. Por que somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003. 19 p.
8. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Brasília, 2004. Available from: URL: <http://www.inep.gov.br/superior/sensosuperior/default.asp>. Accessed: 15/07/2008.
9. Rede Unida. Available from: URL: <http://www.redeunida.org.br/boletim/36/pg1.asp>. Accessed 15/05/2005.
10. Zanolli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJ, Rego S, Lamper JB, Araújo JGC, editors. Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.
11. Feuerwerker L. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Rego S, Lamper JB, Araújo JGC, editores. Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.

- 12 Saks NS, Karl S. Academic support services in U.S. and Canadian Medical Schools. *Med Educ Online* (serial online) 2004;9:6. Available from: URL: <http://www.med-ed-online.org>.
- 13 Silva SS. Laboratório de habilidades no ensino médico In: Marins JJ, Rego S, Lamper JB, Araújo JGC, editors. Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec, 2004. p.62-96.
- 14 Henry R. Community partnerships: going beyond curriculum to change health professions education. *Med Educ Online* 1996;1:4.
- 15 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.225p.
- 16 Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec;1994.
- 17 Feuerwerker L. Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate* 2005;2:25-35.

Capítulo 4.2: The Public Healthcare System and its participation in Medical Training

Abstract

Introduction: in Brazil, in a joint initiative of the Ministries of Health and of Education and Culture, the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was created, in order to give financial support to medical schools for the development and implementation of curricular changes to the medicine courses. **Objective:** to ascertain the influence of PROMED on the interaction between the Brazilian public healthcare system (SUS) and the universities. **Method:** using the qualitative method by way of content analysis of Laurence Bardin, interviews with 19 coordinators of the medicine courses which received financial support from PROMED were carried out and analyzed. **Results:** subcategories which express the current relation between SUS and the universities were found: the need to train SUS professionals and the teaching staff involved, the lines of research directed toward SUS and partnership relations as part of the student learning process, the strengthening of SUS and the internal problems. **Conclusions:** observing the needs of the relationship between SUS and the curricular changes it was noted that the public health services are of extreme importance as part of the training process of the medical student. Besides favoring practice, it establishes student activities within the health services, the evaluation of the policies, planning and management of the health services in activities of training and social communication in healthcare, linked to community organizations or diverse social entities. Thus, problems associated with the healthcare service can be identified, as well as the health conditions and life style of the population.

Keywords: Curricular Changes, Medical training, Brazilian Healthcare System (SUS), PROMED

Introduction

In recent years, the need for fundamental changes in medical training¹ in Brazil has become apparent, since it seems that doctors are not being trained to address the true needs of the population. This change has been directed toward the work of the Brazilian National Healthcare System (*Sistema Único de Saúde* - SUS), a public system maintained by the government for the whole Brazilian population and dealing with primary, secondary and tertiary care.

In the past, training was directed toward tertiary care. Thus, this was given greater value, incorporating technology, to the detriment of primary care²

The health sector has become a profitable market offering considerable business opportunities. However, the economic structure of Brazil does not allow everyone free access to care. In a study carried out on a population of 1000 inhabitants in Brazil it was shown that in 1 month 750 people will have health problems, of which only 250 will seek medical help. Of these, only 5 will require a specialist and 9 will be hospitalized³. Even so, most of the patients will be referred to secondary or tertiary care.

Against this scenario, an economic-financial crisis has occurred on the one hand and a social legitimacy crisis on the other. This has occurred in Brazil⁴ as well as in other countries⁵ which follow the same model with an emphasis on the medical-industrial complex. For this reason a change in the nature of medical training, in which, the doctor understands the public healthcare system and all of its variables has become fundamental.

By way of a wide social movement specifically in the health area called *Movimento da Reforma Sanitária*, in 1988 a new Federal Constitution of Brazil was approved which created the current Brazilian healthcare system (SUS)⁶.

Later, the Ministry of Education and Culture (MEC)¹ and the Brazilian Medical Training Association (ABEM) detected that the doctor finished his training without the minimum level of competence to address the requirements of the population^{1,7}. With the detection of this problem, the process of change⁷ became obligatory and these institutions thus repositioned themselves to encourage future doctors to adopt a more developed ethical-social posture.

In 1991, the National Inter-institution Committee for the Evaluation of Medical Training (CINAEM), assumed two objectives: to study the schools, and to construct a national movement able to democratically discuss teaching and the medical profession⁷. ABEM, Rede UNIDA, the Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO) and the Federal Medical Council (CFM) put pressure on MEC to create Curricular Guidelines (CD). The CDs were approved in 2001, being directed toward SUS. However, in the medical schools the change has been slow and faces many difficulties⁶. All of this movement had the support of the Ministry of Health (MS), which was prepared to work in partnership with MEC and the medical schools.

In Brazil, the future doctors will develop much of their work in SUS⁹, since it is the national healthcare system which attends all levels of care, whether primary, secondary or tertiary, but this restructuring will require, ideally, emphasis on medical training in primary care.

In 2002 the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was created in a joint initiative between the MS and MEC. It had the objective of financially supporting medical schools to develop and implement curricular changes in medicine courses toward the proposal based on the Curricular Guidelines.

In order to obtain this financial support, projects which would be subject to full and open competition were invited for submission^{7,10}, and the medical school would have to adapt voluntarily their teaching methods, knowledge production and services, and train doctors according to the curricular guidelines suitable for SUS^{7,10}.

This has been directed toward the training of critical and creative professionals, able to assimilate the ideal of 'learning to learn', generating mechanisms which contribute to the permanent reconstruction of their professional identity¹¹.

The guiding line of this restructuring has been the redefinition of the curricular structure, and the curricula are dependent on the planning of each medical school. These curricular changes are to be implemented along different paths between theory and practice, and must be planned and able to be carried out.

The curricula guidelines recommend the development of competences through real practice contextualized with the strategies and methodologies through these practices⁸.

The process of curricular changes emphasized previous experiences, especially those developed by Uni Net (financially supported by the Kellogg foundation and through the problem basic learning methodology - PBL⁸) in order to develop new models.

The axis of change established by the curricular guidelines has resulted in a broad internal mobilization in most of the medical schools. PROMED, offering the courses financial incentives, had an excellent reception. In 2001, there was a total of 102 medical schools in Brazil¹². Nineteen received the financial support, since one of the schools did not submit the necessary documentation. The medical schools which were approved to receive PROMED are: Universidade Federal de Goiás (UFG), Fundação Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal de Roraima (UFRR), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal Fluminense (UFF), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul (PUC-RS) and Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

These medical schools are distributed in Brazil as it follows: 1 school in the North; 3 schools in the Northeast, 1 school in the Middle West, 10 schools in the Southeast and 4 in the South region.

From a total Brazilian population (2000) of approximately 170 million the North region has 13 million (7.8%) with 4 medical schools; the Northeast region 46 million (28.9%) with 16 medical schools; the Center-west region 10.5 million (6.5%) with 7 medical schools; the Southeast region 72.5 million (42.6%) with 53 medical schools; and the South region 25.8 million (14.2%) with 22 medical schools¹³.

The following map shows the locations of the nineteen Brazilian medical schools which received PROMED funding:

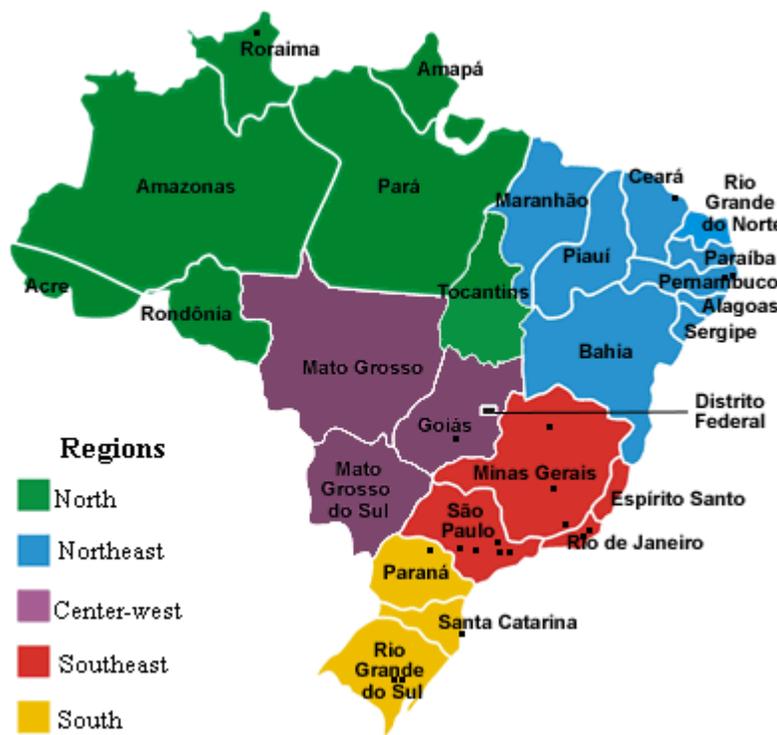


Figure 1. The geographical distribution of the Brazilian medical schools which received PROMED funding.

The geographical distribution of these medical schools around Brazil shows a scarce distribution in the North and Northeast regions, with one school per 3 million inhabitants.

This study aims, therefore, to verify the influence of PROMED on the interaction of the national public healthcare system with the universities (SUS Network-University).

Methods

Interviews were carried out with 19 coordinators of the medicine courses which received financial support from PROMED. These course coordinators are professors who receive a salary to hold the position of coordinator of the medicine course. The interviews were

recorded, transcribed and analyzed by way of content analysis according to Laurence Bardin¹⁴ and the methodology was based on the qualitative research of Cecília Minayo¹⁵. After the transcription of the interviews the organization of the information through a skim reading was carried out in order to obtain an overview of the statements. In a subsequent reading, the key words and significant parts were extracted and grouped according to the convergence and divergence of their meanings.

After this reading, without preconceptions having been established, aspects were highlighted (by repetition, by emphasis or for their unexpectedness) in order to analyze the content of the discussions of the interviewee. These structures, due to their important characteristics, are called relevant structures.

From the reading, the location of the relevant structures was obtained, totaling 1,182, because they repeated and allowed an exhaustive reading of the originated texts. In order to classify them into analytical categories, some previously established, the general categories were reconstructed and the specific categories were constructed. The categories followed the same line laid out in the initially presented theoretical framework. The texts were organized and separated into sheets, according to the express comprehension of each theme.

All of the structures were grouped and then categorized into 9 themes: The Evaluation; The Curricular Guidelines and Practice; The Teaching Staff; Permanent Education: The need for Graduate courses – The Importance of Research; The School History; The Internship; Non-groupable, but important, structures; PROMED and the SUS Network-University interaction.

In this paper, the theme of the SUS Network-University interaction will be addressed, considering the interaction between SUS and the medical school. The theme has 5 categories: training of SUS professionals and teaching staff; research lines, partnership relations, internal problems and SUS strengthening.

Each school coordinator was identified by the letter E (Educator) and a subsequent number in order to preserve their identity.

Results and Discussion

A basic prerequisite for the SUS Network-University interaction is to build relations of inter-institutional cooperation, that is, mechanisms of the co-management of the teaching-learning process and the production of health by universities, healthcare services and social organizations¹.

One of the important aspects for the training of the future doctor, observed as a category in this theme, is the **training of SUS professionals and the teaching staff**, who must be prepared for the training of the 'new' doctor, who will assume the work confronting the real population needs.

The medical practice to be taught by the professor and by the SUS professionals requires a pedagogically aware attitude which leads to their transformation and to that of the students who are under their responsibility¹⁶. For this reason, the teaching staff and the SUS professional must know how to teach and to be able to take on new pedagogical forms, considering a greater insertion of the student into the daily routine of SUS healthcare.

Thus, permanent education becomes an essential tool in the management of change, since it creates collective spaces, makes the work process an object of reflection and allows the professors to be producers and formulators committed to the change in progress¹.

E4: So we have to be aware of this political fragility, [...] it lies in the domain of a few people, thus we have to incorporate more actors, training people more is a great challenge which I have found in overcoming this barrier.

In the change process, it is of crucial importance to consider the differences within the institution and their dynamics, which includes an evaluation of the adhesion potential and the influence of each group of people mobilized by the challenges, strategies and mechanisms, to develop specific proposals of mobilization or neutralization¹.

Educator 4 signals the difficulty in encouraging the teaching staff and involving them in the curricular changes. It is through the courses and training that the teaching staff become aware of new methodologies and new practice scenarios, and this causes some discomfort to the teaching staff and consequently inhibits change.

E19: in the case of the network, the municipal manager, it is important that he is trained, is trained to be a manager facing the reality of SUS.

The responses emphasized the possibility for the university to promote the permanent education of the health professionals and, to this end, a partnership for the training of students in the healthcare network is formed. One way to encourage this process is through Distance Learning, through offering places on graduate courses aimed at not affecting the ongoing service¹¹, for the healthcare professionals who have difficulty in physically attending classes, due to lack of time or means of travel.

To many professors, the interaction between teaching and the healthcare service represents the distancing of the medical school¹⁷, therefore, on addressing the approximation with SUS, there are related issues (almost all structural) to be resolved.

The training of the teaching staff was considered by the interviewees as being of crucial importance in the process of implementing and sustaining curricular innovations. In the medical area it is treated as a strategy to improving the teaching practices, being considered by some authors as an essential component in the process of curricular change and consolidation¹⁷. Besides this training of human resources, the **lines of research** which are developed require attention since, along with characterizing the teaching-service integration, they show the different styles of thinking and enable a meta-analysis to be carried out. These lines form part of the student learning process and allow its direction toward diverse types of learning. These researches must involve the needs of the service without succumbing to an academic strictness, which turns toward the real, the concrete. This takes place in the following manner:

E7: in general we have tried [...] to direct the lines of research toward the requirements of SUS trying to tune them within the demands of the Ministry of Health.

The work carried out in a partnership between the university and the services can occur both in the political and the operational spheres. This occurs when all parties are interested in the interaction. The active and collective participation of the teaching staff and service professionals, at various instances, broadens the commitments to quality, which increases the social relevance of these institutions¹.

The school-service partnership is important for the construction of a medical professional profile which will attend to the needs of the population. The curricular diversity allows the verification of the different ways to train all the professionals, considering the curricular guidelines. The research shows and consolidates this.

Another category found was the **relationships of the partnership** between the University and the Healthcare Network, since these will be the theoretical and practical learning scenarios of the students. The new curricular vision allows the breaking away from traditional paradigms, which are reviewed and represented in a structured way. These partnerships occur from the service, and the attendance of the population, up to the governmental sphere, as can be observed below:

E4: challenge also that this curriculum, in order for it to be carried out fully, it assumes a considerable interaction with the healthcare system. In fact, we need to have in the healthcare service an ally [...], I think that the suitability of the training process regarding the needs of SUS is a guiding axis for most schools.

In the service network, it is possible to have a view of the patient as a whole, whether through the doctor-patient relationship or through the interaction which the patient has with the community, allowing an approach which involves also a better adherence to the treatment¹⁸. This

is one of the important points of the partnership, the network and the university working together in the medical training.

E11: if you have committed people it flows more easily, more rapidly, less, less chaotic and in the city council it is the same thing.

For this collaboration to be guaranteed, the relevant tools are required which allow high level teaching, such as an increase in the number of places for teaching staff, tutors and network professionals.

E1: communication between the city council and the university in this teaching-service integration is already happening, but with some difficulties due to a lack of this network professional [...]

However, with existing differences, academia and the healthcare services often have divergent aims¹⁹ and thus conflicts arise.

The university, the population and the services do not show homogeneity in the forms of comprehension, for example, in the inner workings of each one there are groups with distinct interests which perform contradictory and distinct roles which are changeable over time. It is important to recognize this heterogeneity and prepare strategically how to deal with this. Furthermore, there is an important asymmetry of power between these partners. Thus, it is necessary to be previously disposed to an agreement, since the conflicts to determine the path to follow are intense¹.

It can be verified that there are many **internal problems** which are highlighted during the construction of the new curriculum. Despite this category having similarities with the previous one, it was characterized in a different way by its particularities.

E5: we have helped the others to discover that [...] this whole process has brought us a lot of difficulty, a lot of resistance, a lot of internal fighting, but lots and lots of happiness.

The proposals for change encounter resistance to their application. Although formulated over 30 years ago, the proposals for the teaching-services integration and the changes to the medical curriculum aiming at the integration of subjects has not been successful, since there are many opposed to it, arguing that the research and development of medical science would be harmed by the diverting of medical professors' time and energy toward the service, the student not then being exposed to the most advanced ideas¹⁷.

E14: another side to primary healthcare we, even having professors employed, we have the difficulty of the involvement of the network, of the healthcare network in the receiving of the students, in such a way as to interact with the guidelines of our curriculum.

Many conflicts are the result of problems and difficulties of network-university integration, in which the complaints originate from the fact that the university is inserted in the network without considering the work of the healthcare professionals who act there, nor the marked difference between the logic of the service organization, which has been for a long time centered on the productivity of technical-operating procedures and the logic of the work of the training institution, which is very centered on the production of theoretical knowledge and methodologies in the pedagogic and specific fields¹⁹.

As can be observed, the integration between the university and the network is considered by the interviewees to be a determining factor in the process. The integration of the teaching staff with the professionals and the tuning of the teaching-service partnership are essential.

There is a concern on the part of the coordinators with the **strengthening of SUS** as a guiding axis for the training of doctors, allowing that the professional attends the real needs of the population. This was not the central focus before PROMED.

E9: the PROMED proposal, it will update this for the current health reality, which is configured from the judicial point of view, with SUS, with the Constitution of 88, and the operational point with SUS. From the judicial point of view with the Constitution and with the two organic health laws and from the operational point of view with SUS, with all of the known characteristics of SUS. Universality with healthcare guaranteed to all, guaranteed by economic and social policies, it is just that the economic ones are not guaranteeing the social ones, this is an important aspect. But it is part of the utopia of our era and all those who live today. It is important that we maintain this.

The consolidation and strengthening of SUS in the country allows collective healthcare to be guaranteed for the majority of the population. Collective healthcare is of extreme importance as part of the medical training process and it was responsible for a notable role in the changes, both in the curricular guidelines and, particularly, in PROMED.

Teaching in SUS, besides inducing a greater contact with the everyday lives of the people, establishes activities for the student in epidemiological practices in the healthcare services, evaluation of policies, planning and management of healthcare services in health activities in education and social communication, linked to diverse community organizations or social entities, according to the practical scenarios defined by the schools, identifying, thus, the problems in the healthcare services, as well as the health conditions and life style of the population¹¹.

Conclusions

The principles of SUS are included within the medical teaching and the curricular guidelines directed toward change. The significant change verified is that with the curricular reform the doctors are leaving their training better prepared in relation to the principles of public healthcare system (SUS); fairness, universality, completeness, hierarchization of the system and social control.

There is an awareness of the need for the SUS network-University cooperation. It is constitutional that SUS acts as a training field for the training of professionals in the healthcare area, however, there are all types of difficulties to be overcome before this can materialize. It is understood that the difficulties are many, among them the harmonious approximation of the service network with the university, the insufficient funding, the emphasis of most professors on hospital and specialization teaching, the lack of monitoring and permanent application of an evaluation program regarding the curricular reform.

The training of healthcare professionals, respecting the national guidelines approved by MEC, must consider the fast rhythm of knowledge evolution, the change in the work process in healthcare, the transformation in the demographic and epidemiological aspects, taking as the perspective the balance between technical excellence and social relevance. It is also necessary to reorient the research carried out in the healthcare area, the investigation of community needs, the organization, medical training, the funding of healthcare services, the experimentation of new models of intervention, the evaluation of the incorporation of new technologies and the development of indicators which allow a better estimation of the resolvability of healthcare issues.

All of these measures assume the effective construction of the teaching-services integration, which involves basic and other levels of healthcare, taking full advantage of the installed capacity of the network of services, complemented by the use of University Hospitals and/or specialized service units dependent on the teaching institutions, functionally integrated with SUS. The reciprocal interaction between the managers of the Educational Systems and SUS will allow the creation of real conditions in order to benefit from both systems with better technical quality in healthcare and in the teaching-learning process.

The activities developed within the community, since the beginning of the course, allow a more humanistic and critical education; thus, enabling one to know the existent socio-economical and cultural realities that permeate the relations between the Health System and citizens²⁰. In addition to all of these changes in the medical curriculum that are in progress; however, there are limits that need to be surmounted, so that future changes may happen within health practice, physician education and the performance of health system as well²¹.

References

1. Feuerwerker LC. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.17-39.
2. Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *Hist Cienc Saúde-Manguinhos* 2007; 14: 2, 467-89.
3. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan B. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3^aed. Porto Alegre: Artmed; 2004.p. 76-87.
4. Noronha Filho G, Resende JB, Lemme AC, Ney Junior G, Frossard A. Formação médica e integração de atividades docentes assistenciais. *Revista Saúde Pública* 1995; 29, n.3, 215-20.
5. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001;25(2): 42-52.
6. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.224-244.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Associação Paulista de Medicina. Federação dos médicos do estado de São Paulo. Por que somos

- contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003. 19 p.
8. Zanolli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.
 9. Rede Unida. Available from: URL:< <http://www.redeunida.org.br/boletim/36/pg1.asp>> Accessed: 15/05/2005.
 10. Brasil. PROMED. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação, 2002.
 11. Teixeira CF. Ensino da Saúde Coletiva na graduação. Cadernos ABEM 2004;1: 20-22.
 12. Marins JJ. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004; p.97-108.
 13. Marins JJ, Marino JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RL (org). Formação de Médicos no Brasil: estudos dos egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: Abem; 2005. 88p.
 14. Censo IBGE 2000. Available from: URL:
http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm. Accessed 01/09/2009.
 15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977. 225p.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Hucitec – ABRASCO; 1994.

17. Schimidt LM, Ribas MH, Carvalho MA. A prática pedagógica como fonte de conhecimento. In: Queluz AG, Alonso M (org). O trabalho Docente teoria & prática. São Paulo: Pineira Thomson Learning; 2003. p. 19-33.
18. Lima GZ, Almeida HGG, Ferreira OF, Linhares REC, Oberdiek HI, Colus IMS. Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): construindo a capacitação em Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica 2003; 27: 5-11.
19. Albuquerque, VS et al. A Integração Ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos Profissionais da Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 2008; 32(3): 356-62.
20. Silva CAJ. Interação Escola Médica-Serviços. Cadernos ABEM 2004; 1: 9-11.
21. Souza PA, Coelho EBS, Trevisan EMBM. Interação Comunitária: um desafio em construção. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA. Da proposta à ação: Currículo Integrado do Curso de Medicina da UFSC. Florianópolis: Editora UFSC; 2005. p.169-182.
22. Souza PA, Zeferino AMB, Ros MA. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED) BMC Medical Education. 8:54, 2008.

**Capítulo 4.3 : As Escolas Médicas que receberam o
PROMED – as condições prévias e o processo de mudança**

RESUMO

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) criadas em 2001 e do PROMED (Programa de Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), várias escolas médicas (EM) no país se candidataram ao incentivo. Dezenove EM receberam o recurso para a mudança dos currículos. As mudanças estruturais na forma de ensinar o indivíduo a ser médico permitem observar novas atitudes frente ao atendimento do ser humano. O objetivo deste é verificar se as EM que receberam o PROMED já tinham histórico de mudanças curriculares. Foram realizadas entrevistas com os coordenadores do PROMED, estas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, de Bardin. Foram categorizadas em 9 temas. Para esse artigo a categoria analisada foi A História da EM, em que foram encontradas 3 subcategorias: existência de uma história anterior de mudança, necessidade de superação do modelo, período da mudança. Evidenciou-se que as escolas médicas que receberam o PROMED tinham histórico anterior de mudança, localizada às vezes em nichos contra-hegemônicos. É notável, entretanto, que as modificações não foram suficientes para afetar o entendimento do processo saúde-doença e seus entendimentos consequentes. O PROMED foi a referência para as escolas médicas implantando de fato as DCN, que são hoje a referência para todas as antigas e novas escolas do País.

Palavras-chaves: Mudança curricular, Escolas de Medicina

Abstract

Since the Curriculum Guidelines (CG) which were created in 2001 and PROMED (Program for the Encouragement of Curricular Changes in Medical Courses), several schools have applied for this incentive. Medical Schools (MS) have faced important changes in their curriculum throughout the years. The purpose is to verify if medical schools that received PROMED already had a historical of curricular changes. Several interviews, which were carried out with PROMED coordinators, were recorded, transcribed and analyzed according to the Bardin's content analysis technique and were, later, categorized into 9 themes. This paper analyses the Medical School

History category which encompasses 3 subcategories: existence of a former changing history; need to overcome the model and changing period. It is highlighted that medical schools that received PROMED had a previous changing historical which was sometimes located in anti-hegemonic niches. It is noticeable, however, that such changes were not enough to affect the comprehension of health-illness process and its consequent results. PROMED was, effectively, the reference for medical schools implementing the C.G. which now work as references to all new and old schools in the country.

Keywords: Curriculum Guidelines; Medical Schools.

Introdução

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) homologadas em 2001 e do estímulo governamental denominado PROMED no ano subsequente, 19 universidades iniciaram um movimento de mudança dos currículos do curso de medicina. Este trabalho se propõem avaliar aspectos desse processo.

As Escolas Médicas (EM) tiveram mudanças importantes nos seus currículos ao longo dos tempos. E essas alterações estruturais na forma de ensinar o indivíduo a ser médico permitem observar novas atitudes frente ao atendimento do ser humano.

No Brasil, os primeiros cursos de medicina surgiram em 1808, quando Dom João VI autorizou a abertura das Escolas Médicas na Bahia e depois no Rio de Janeiro¹.

No decorrer da história das escolas médicas no país se observa cinco períodos distintos. O primeiro período pode-se marcar da criação da primeira escola até 1960, onde o Brasil nesse ano tinha 29 escolas, das quais somente quatro eram privadas, sendo que destas três eram filantrópicas². O segundo período é de 1961 a 1971 onde começaram a funcionar mais 43 escolas, sendo destas 24 privadas³, incremento feito para garantir o modelo flexneriano (enfocava o ensino para o determinismo biológico). O terceiro período 1972 até 1990, foram criadas nove escolas sendo quatro privadas, historicamente caracteriza-se pela redefinição da forma de se pensar o ensino. De 1991 até 2001 foram criadas 34 escolas, das quais 23 privadas, período

marcado pelo início da grande expansão das escolas privadas. E o último período de 2002 até a presente data, marcado pela implementação das DCN, onde foram criados vários programas de incentivo às mudanças curriculares entre eles o PROMED (Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) e o Pró-Saúde, no qual passam a existir mais 61 escolas sendo destas 48 privadas. Em 2009 existem 176 escolas em atividade no Brasil³.

Além das escolas de caráter público serem financiadas pelo governo os alunos não pagam mensalidades. As escolas privadas são mantidas através da contribuição financeira mensal dos alunos, dentro dessas, há as instituições filantrópicas que recebem auxílio do governo na isenção de impostos e mantendo uma percentagem de mensalidades e atividades gratuitas mas também cobrando mensalidades da maioria dos alunos. Embora juridicamente existam distinções entre elas, consideramos todas privadas porque não pertencem ao poder estatal e geram lucro, mesmo que este lucro não seja contabilizado como tal.⁴

Nas últimas décadas, tem ocorrido mudanças significativas nos currículos médicos em vários países do mundo. Estas mudanças curriculares se devem, em parte, às grandes mudanças de paradigma nos cuidados de saúde; voltando, além dos cuidados do indivíduo, para a promoção da saúde na comunidade⁶.

A formação do futuro médico passa a ser reorientada, além disso, para a educação centrada no aluno, enfatizando as atividades baseadas em problemas dentro de um programa integrado, em vez de uma aquisição passiva de conhecimentos e de uma transmissão de conteúdos sem contexto adequado, que foi característica da medicina tradicional. As novas metodologias utilizadas na educação médica desenvolvidas na comunidade e na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem recebido grande impulso como sendo indispensável no desenvolvimento do novo currículo médico⁶.

No Brasil, há mais de 30 anos existem discussões sobre a educação médica e argumentos que levam a necessidade de mudança. Tanto o Ministério da Educação e Cultura (MEC)⁷ quanto a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) discutiram essa situação e detectaram que o médico não se formava com a competência mínima para atender às demandas da população. Desde que o problema foi detectado, tentou-se construir instrumentos para gerar processos de mudança¹, participaram da avaliação

espontaneamente 95% das escolas médicas existentes em 1991 (das 80 escolas médicas existentes, 77 participaram na primeira fase)⁸.

É, todavia só em 2001 que as mudanças começam realmente a acontecer a partir do diagnóstico da CINAEM. Espera-se que a escola forme médicos com capacidade para atender com postura ético-social voltadas para as necessidades de saúde da população⁹. Fizeram parte desta comissão: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior¹⁰.

Com isso, passou a ser visualizado no espaço social a formação médica. Essa visibilidade criou um tensionamento sobre os resultados do trabalho médico versus os direitos dos pacientes em termos de saúde, nos anos 90, que construíram uma compreensão sobre a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Dessa forma foi proposta uma mudança de enfoque da organização dos serviços de saúde, para formulação de políticas que pudessem produzir saúde a partir do referencial de estado de direito. Portanto, a produção discursiva como a produção política oriunda do processo social protagonizado pela CINAEM introduziram no campo da educação médica significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento de novas estruturas para a educação médica no Brasil e de um novo *habitus* do campo da educação médica e uma nova linguagem no campo médico⁷.

Esta organização democratizou a discussão por necessidade de mudança, que volta a se estruturar na construção da proposta das DCN junto ao MEC. A parceria prioritária entre a ABEM, Rede Unida, CFM pressionaram na busca de aprovação de leis que regulamentassem a constituição e elas foram homologadas em 2001. As entidades da sociedade civil organizada que induziram essas tentativas de mudança foram ABEM (como representante da direção das Escolas Médicas Públicas, Privadas, Semi-Públicas), Rede Unida (composta pela síntese de dois projetos o Projeto UNI financiado pela Kellogs e a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), na década de 70 visando a inter-relação entre todos os setores da escola médica e parcela

significativa dos serviços de saúde, num contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção)¹¹ com as escolas que faziam experiências de integração com a comunidade, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO - constituída na década de 70 na luta contra a ditadura e o complexo médico-industrial em contraponto ao modelo tradicional da saúde pública) e CFM (Conselho Federal de Medicina). Essas entidades se somam as tentativas do MS de induzir transformações dos recursos humanos na direção das necessidades da população, pressionando assim o MEC para buscá-las. Em 2001, são aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais com a intenção de modificar os cursos da área da saúde até 2004. Esta, portanto é uma característica do novo modelo brasileiro de construção de um novo perfil curricular⁹ – o protagonismo da sociedade civil. Entretanto, nas escolas de medicina a mudança é lenta e com muitas dificuldades¹².

Em algumas universidades as experiências na comunidade foram pontuais e identificadoras da nova formação do médico, pois já possuíam alguns pontos aplicados nos seus currículos que foram implementados pelas DCN.

A articulação de diversos movimentos contra hegemônicos na área da saúde nas décadas de 70 e 80 foi constituindo um fator social coletivo denominado movimento pela reforma sanitária. É este movimento que conquista a inserção de um novo pensamento: público, universal, hierarquizado para a construção de um sistema de saúde¹².

Em 1990, a lei 8.080, Lei Orgânica de Saúde que trata de estimular e ordenar o processo de formação dos trabalhadores de saúde, com o perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos de saúde precisam adequar a sua abordagem pedagógica, favorecer a articulação dos conhecimentos em promover atividades práticas no decorrer do curso em todos os tipos de unidades de saúde¹³.

Um grande número de escolas que receberam o PROMED já tinham experiências curriculares em atividades na comunidade, bem como atividades realizadas com outros programas.

Como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi pioneira no internato rural implantado em 1978 e que serviu de base para todos os projetos IDA. A UFMG seguiu o

modelo de ensino médico cubano, no qual o aluno aprendia na comunidade a realidade de saúde e os determinantes sociais existentes¹⁴.

E de 1992 até 2001 a Fundação Kellogs promoveu o Programa UNI que significa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a comunidade. Esse programa envolveu 23 universidades e 103 cursos de graduação, 23 secretarias municipais e/ou órgãos regionais de saúde, 197 unidades de prestação de serviços de saúde nos 3 níveis de atenção e 644 organizações comunitárias distribuídas em 11 países da América Latina, com objetivos de possibilitar um trabalho articulado entre os Serviços de Saúde, as Comunidades e as Universidades na formação de profissionais de saúde, permitindo mudanças na prestação de serviços e na participação das comunidades em saúde com propostas metodológicas e tecnológicas¹⁵. Sendo que 3 das 6 escolas brasileiras, nos municípios de Botucatu, Londrina, Marília, receberam o PROMED¹⁵.

Essas experiências vão se juntar às experiências da IDA e vão constituir a Rede Unida, na década de 90, que se constitui como um importante ator social na modificação dos currículos. Esta rede com reuniões anuais agrega hoje as escolas que tratam ou queiram tratar de mudança curricular na lógica de participação do aluno no seu próprio aprendizado; profissionais, estudantes, professores, bem como a aprendizagem em metodologias ativas e as experiências de integração da rede de serviços-escolas. Isso direciona a ruptura do enfoque flexneriano como consequência da mudança para o novo paradigma de determinação social do processo saúde-doença.

E em 2001, com a aprovação das novas DCN, que o Ministério da Saúde se dispõe a trabalhar em parceria com o MEC e com as Escolas Médicas. Somente desta forma, cumprindo o dispositivo constitucional que assegura o que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde¹⁶. Anterior a isso, era inexistente articulação entre as definições políticas dos MS e MEC. Isto levava para um distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS, embora este constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação não tem sido suficiente para criar impacto no ensino de graduação na área. A inserção somente de forma parcial dos hospitais universitários à rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando distorções. Os esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços tiveram baixa

sustentabilidade na medida em que dependeram de uma adesão idealista de docentes e estudantes a esta iniciativa e mesmo estando institucionalizadas, mostraram-se vulneráveis às conjunturas políticas locais¹⁶.

As DCN requerem a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade¹⁶. Sendo que o objetivo dessas visa construir um acadêmico e profissional com competências e habilidades para atuar com qualidade e resolutividade no SUS. Para isso os cenários de ensino devem ser diversificados agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os educacionais e comunitários. Suas práticas assistenciais podem ser realizadas em ambulatórios, na comunidade ou nos domicílios, favorecendo a interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde que deverão ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia¹⁶.

A partir de 2001, por intermédio da implantação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, a articulação MEC-MS tinha como uma das prioridades essenciais a atenção básica, que pretendia a formação de recursos humanos para a saúde. Para isso, empreendiam esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os Pólos tinham emprestado significativa contribuição na situação emergencial da capacitação introdutória das ESF e nos cursos de especialização¹⁶.

Em 2001, foi criado o PROMED, em uma iniciativa conjunta dos MS e MEC que visavam apoiar financeiramente, mediante apresentação de projetos em concorrência pública^{1,16}, às escolas médicas que quisessem voluntariamente adequar seus processos de ensino produção de conhecimento e serviços, e a formar médicos capazes de atender as reais necessidades de saúde da população^{1,16}.

A estratégia para chegar ao objetivo de mudança deveria criar condições favoráveis. Com isso, as IES deveriam adotar práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade. Desta forma foram propostos 3 eixos que eram: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica, cada qual com vetores específicos¹⁶.

Para o novo modelo de aprendizagem, é importante as relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes ¹⁶.

A produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS pretende que as escolas tenham alta produção de pesquisas orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica e que tenham uma forte interação com os serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão e análises de custo-benefício¹⁶. O entendimento sobre saúde e doença deve conduzir as estratégias curriculares, fazendo com que os futuros médicos estejam comprometidos socialmente diante do enfrentamento da saúde da população. Essas considerações devem estar na estrutura curricular do curso, mas não devem ser entendidas como uma nova disciplina e sim como base de sustentação do currículo, discutidas ao longo do curso¹⁴.

Segundo Da Ros, 2004, há três níveis de dificuldade para a mudança; estruturais externas (envolvem capital internacional e nacional), estruturais internas (contexto social) e conjunturais (gratificação e contratação de professores, falta de carga horária para reuniões, estruturas de guetos, separação básico-clínico, professores que não acreditam na educação)¹⁷.

O PROMED previu que os planos financeiros semestrais de R\$200.000,00 (duzentos mil reais) fossem executados em 3 anos. Para se inscrever no programa cada Instituição de Ensino Superior (IES) deveria apresentar uma proposta técnica e uma proposta financeira avaliadas por uma comissão. A proposta inicial contemplava pelo menos 1 (uma) escola da região Norte, 1 (uma) escola da região Centro-Oeste, 2 (duas) escolas da região Nordeste, 2 (duas) escolas da região Sul e 4 (quatro) da região Sudeste do país. Depois da aprovação cada IES firmou sua proposta e uma Carta Acordo com base na proposta técnica e financeira apresentada, entretanto, para a assinatura da Carta Acordo, a IES deveria apresentar documentos que comprovassem determinados itens exigidos, e após 15 dias a instituição deveria executar o início do projeto ¹⁶

O financiamento fornecido pelo PROMED permitiu o pagamento dos custos relativos a serviço, incluindo a remuneração do pessoal (de campo e na sede), e despesas de subsistência (diárias e alojamento), transportes (internacional e local, para mobilização e desmobilização),

serviços e equipamento (veículos, equipamento de escritório, móveis e materiais), aluguel de escritório, seguro, impressão de documentos, levantamentos e treinamento, nos casos de serem estes componentes relevantes ao projeto, sendo os mesmos já descritos na proposta financeira¹⁶.

Uma das exigências para participar na candidatura para o PROMED era a parceria comprovada com a secretaria de saúde do município ou estado, devido ao ensino ocorrer na rede pública de saúde principalmente na atenção básica, e nos critérios da avaliação foram considerados: experiência da instituição e da equipe de gestão, gestão do projeto, análise da situação atual e imagem objetivo, estratégia e recursos¹⁶.

Cada critério apresentava itens que seriam levados em consideração para a aprovação e esses diferentes desdobramentos permitiam localizar a coerência interna e fidedignidade da proposta.

As universidades que receberam o PROMED foram contatadas através dos coordenadores dos cursos e na maioria eram estes os coordenadores do PROMED nas suas referidas instituições.

O objetivo é verificar se as escolas médicas que receberam o PROMED já tinham histórico de mudanças curriculares.

Método

Foram realizadas entrevistas com os 19 coordenadores dos cursos de medicina, que receberam recurso do PROMED. Esses coordenadores de curso são professores que recebem salário para ocupar o cargo de coordenador do curso de medicina. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin¹⁹ e com a base metodológica, a pesquisa qualitativa de Cecília Minayo²⁰. Como bem lembra Cecília Minayo “... o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa”²¹.

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se a organização das informações através de uma leitura flutuante, a fim de se ter uma visão global dos depoimentos. Numa posterior

releitura, foram extraídas as palavras-chave e os trechos significativos, os quais foram agrupados de acordo com a convergência e a divergência de significados, com o objetivo de classificá-los em categorias analíticas. As categorias seguiram a mesma linha traçada no arcabouço teórico inicialmente apresentado. Os textos foram organizados e separados em folhas, de acordo com a compreensão expressa de cada um dos temas.

Todas as estruturas foram agrupadas e, com isso, categorizadas em 9 temas: “A História da Escola Médica”; “A Avaliação”; “As Diretrizes Curriculares e a Prática”; “Os Docentes”; “A Educação Permanente: a necessidade da Pós Graduação – A importância da Pesquisa”; “O Internato”; “As Estruturas não agrupáveis”; “O PROMED” e a “Interação Rede SUS-Universidade”.

Nesse artigo a categoria analisada foi “A História da Escola Médica” em que foram encontradas 3 subcategorias: existência de uma história anterior de mudança, necessidade de superação do modelo e período da mudança.

Para preservar a privacidade de cada coordenador de escola aqui apresentadas, cada um recebeu uma identificação por meio da letra E (educador) e um número subsequente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no dia 27 de setembro de 2005, parecer do projeto 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

Abaixo, pode-se observar nas falas dos coordenadores as relações entre as similitudes e diferenças existentes frente ao modelo anterior ao PROMED de cada escola.

Resultados e Discussão

Traçando um perfil geográfico e administrativo das universidades que receberam o PROMED pode-se observar que 3 escolas são da região Sul, 11 escolas da região Sudeste, 1 escola da região Norte, 3 escolas da região Nordeste e 1 escola da região Centro-Oeste. Caracterizando uma concentração de escolas na região Sudeste, mas por outro lado, contemplando, embora não equitativamente, todas as regiões do Brasil. Quanto ao tipo de

administração são 10 federais, 6 estaduais e 3 filantrópicas, ressaltando 16 universidades públicas. Pode-se separar também conforme o período: entre as criadas de 1808 a 1960 foram 11 as escolas que receberam o recurso, as de 1961 a 1971 foram 7 escolas e 1 escola entre as criadas de 1991 até 2001. Caracterizando uma concentração maior de escolas citadas no primeiro período.

É interessante notar, portanto, que a maioria das escolas eram antigas em nível de Brasil, públicas e concentradas na região de maior contingente populacional do país.

No tema trabalhado aqui neste artigo, uma das sub categorias encontradas foi a existência de uma história anterior de mudança, em que a grande parte relata a importância da mudança curricular ocorrida antes do PROMED. Pois a EM já possuía as mudanças na forma estrutural como pode ser vista abaixo.

E11: houve uma mudança importante frente ao modelo anterior, no ano de 98 aconteceu, a escola quando começou em 68 com uma proposta inovadora, 30 anos antes ... as principais características do currículo que está sendo desenvolvido desde 1998.

E16: bastante influenciado pelo projeto UNI da Fundação Kellogs que investiu cerca de 3 milhões de dólares nessa época na nossa faculdade.

E17: De acordo com a capacidade, a competência dele nesse início do curso, que era uma das diretrizes, uma das propostas da nossa reforma curricular de 97.

E19: 1º uma no caso particular da nossa escola, repito, essa mudança curricular ousada de vanguarda inclusive se me permite premiada pela UNESCO, ocorreu independentemente do PROMED ... desde 1970, que na verdade muito antes há 3 décadas né, que o aluno nosso ia a rede, especialmente nas disciplinas da área e saúde coletiva. [...] Essa é uma atitude, é uma iniciativa quase que pioneira nossa mesmo.

E7: em 1994 tinha acontecido uma reforma curricular e em 2002 outra reforma curricular.

E9: nossa universidade [...] tem uma história de mudança curricular, que é um processo que se chama processo do desenvolvimento curricular desde 1975. Portanto tá fazendo 30 anos, já é uma balzaquiana, isso é interessante ... Quais as bases das propostas de 75 [...], formação do médico geral, com atenção primária e esse conceito de atenção primária em 1975 era muito inicial no Brasil de atuação da comunidade. Formação do médico geral com competência pra atenção primária e atuação na comunidade.

Pode-se observar que com as falas existentes a maioria das escolas aqui expostas demonstraram que o modelo anterior ao PROMED demonstrava um certo potencial para a mudança, um histórico próprio de cada escola sobre uma nova visão no ensino médico.

As universidades que obtiveram o recurso ministerial além de tentativas anteriores de mudança haviam implantado anteriormente um modelo curricular embasado na atenção primária, permitindo assim, a solução dos problemas de saúde na rede básica de saúde.

Toda a mudança é construída através de um histórico estabelecido dentro dos ideais em que são fundamentadas as escolas. Esses ideais permitem refletir o Estilo de Pensamento (EP) em que a EM se encontra, o que é mais facilmente detectável em universidades públicas e com uma história anterior de tentativas de mudança. Segundo Cutolo, 2000, baseado na epistemologia fleckiana, EP é “um modo de ver, entender e conceber processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação, determinado psico/socio/histórico/culturalmente, que leva a um corpo de conhecimentos e práticas compartilhado por um coletivo com formação específica”¹⁴.

Mesmo possuindo um histórico de inovação e de mudanças todo esse período de transformação não consolidou um novo modelo. Isto pode ser observado abaixo, em outra subcategoria que foi a necessidade de superação do modelo.

Caracterizando a persistência de um EP²¹, as tentativas de romper o modelo hegemônico não se concretizaram e o PROMED vinha como uma nova possibilidade da construção de outro modelo. Obstáculos variados dificultavam esta implementação:

E19: Um currículo como todos na época, na sua grande maioria que era então os centros. Centrado não muito a aula magistral, [...] estâncias que o novo currículo já não tão novo, é ... procurasse atender né ... as mensagens sociais, a preocupação com a formação voltado à sociedade ao a demanda social e portanto um entendimento que os locus ãh para o ensino não se restringe ao hospital, seja ele de ensino universitário, hospital de maior complexidade, no nosso caso o hospital universitário.

E2: O modelo anterior era um modelo totalmente estanque, disciplinar, por compartimentos, então a 4 anos estamos fazendo um sistema modular.

E4: Uma cultura assim de departamentos e que cada um está voltado para a área de conhecimento sem explorar e sem se dar conta da necessidade de interagir de ter uma atitude interdisciplinar na ... na construção do conhecimento, foi uma grande mudança.

E14: uma certa independência intelectual assim, característica endógena, isso é muito bom, mas também é muito complexo quando se procura trabalhar em cima de uma estrutura departamental, com produção científica continuada, nós temos 270 professores, mas 134 doutores então assim, é um pessoal que tem já diversos programas de pós graduação, tem “lócus” de atividades bastante centrados numa linha, esse tipo de motivação as vezes é complexo.

E13: o nosso currículo anterior era disciplinas, ciclo básico, ciclo clínico, internato, modelo Flexneriano típico que é igual da maioria das escolas do País, aliás o currículo que tinha antes é muito parecido com o currículo que eu fiz, ãh...a 20 anos.

Este coordenador remete sua fala ao modelo curricular pré-estabelecido na década de 60, o modelo flexneriano que enfocava o determinismo biológico como fator principal no atendimento à saúde. O modelo tradicional existente ainda é baseado no flexneriano, criado no início do século passado. Isso relata que algumas escolas que receberam o PROMED possuíam ainda uma visão voltada para o setor compartimentado de ensino.

Como se pode observar as dificuldades concentravam-se nas decorrências da implantação anterior do modelo flexneriano: disciplinas estanques, ciclos não integrados, ênfase

no hospital. Havia ainda conflitos entre graduação e pós- graduação nas quais a autonomia intelectual não conduzia para um trabalho conjunto e sim para as individualidades, sem interação. As aulas eram magistrais e não voltadas para o interesse da sociedade.

Entre as tentativas anteriores de mudança não subsidiadas e que apesar das tentativas não rompiam com a hegemonia, e o período de avaliação realizado com os coordenadores, o PROMED gerou um processo de mudança que introduziu uma nova concepção partilhada pelos coordenadores que começam a utilizar inclusive uma nova linguagem caracterizando a eclosão de um novo Estilo de Pensamento com um coletivo que o sustenta. Para avaliar este novo período que se iniciou evidencia-se uma nova categoria que é chamada período de mudança.

E14: ...é complexo, surpreendentemente existe um grupo muito motivado por outro lado, então, o desafio é levar essa motivação pra todo o corpo docente.

E1: ponto relevante a destacar, acho que esse currículo integrado, ele tem muito a integrar ainda, mas eu acho que o 1º passo foi dado, e os ... tenho conversado, tenho programado junto os módulos, eu acho que agora no 6º ano de aplicação dele, eu acho que a aceitação por parte da comunidade tem sido bem maior, e com a aceitação maior, a consolidação e o aprimoramento se fazem mais facilmente. Eu acho que nesse sentido estão caminhando, num caminho bom pra universidade. Lembrando também outro ponto relevante é o que a gente tem agora pensado em articular dentro do do currículo como um todo já implantado, ãh módulos que se articulam entre si e que fazem sentido continuidade deles. Então, ãh são os... uma discussão de criação de eixos, um grande eixo que já foi criado e está bem consolidado é o ética-bioética que ele vai do 1º ao 6º ano com único de docentes, que tem evoluído de uma forma bastante satisfatória, outro eixo seria da integração ensino-serviço na atenção básica, outro seria da iniciação à prática de ciências, e outros a gente tá identificando e tentando viabilizar.

E3: A própria implantação do SUS, as mudanças na organização do modelo assistencial, ela tem uma rapidez maior do que as universidades que tem uma lentidão maior.

E11: tem acúmulos depois passou por períodos muito de letargia de é... de abandono mesmo, de propostas de mudança mas ...

E15: A universidade é organizada em Institutos e isto foi considerado na mudança.

E16: a proposta de mudança da Faculdade ela é uma consequência, acho que isso precisa ficar claro, de um processo que já vem acontecendo desde o final da década de 90.

E19: de 94 pra cá melhor dizendo isso se tornou formal, a partir das diretrizes obrigatórias, né, e as diretrizes curriculares são bastantes flexíveis, nos permitindo adaptação dos nossos cenários de prática cada realidade de saúde do município A,B,C ou D.

Como se pode observar, uma nova terminologia emerge no processo. Simultaneamente diversas escolas médicas estão em ruptura com as características flexnerianas do currículo. Palavras como motivação; currículo integrado; módulos; aceitação da comunidade; eixos; integração ensino-serviço; mudança no modelo assistencial; flexibilidade e novos cenários de prática caracterizam a construção deste novo coletivo de pensamento.

Todavia, é importante também ressaltar que há uma clara constatação de que o modelo SUS requer mudanças mais rápidas. Além disso, no processo há períodos em que as mudanças nas universidades se cristalizam e são necessárias novas rupturas para que a mesma saia da letargia.

Todo esse período existente de mudança é totalmente transformador, pois a mudança não ocorre de uma hora para outra, tudo é construído no dia a dia caracterizando o processo.

Conclusão

Evidenciou-se que as escolas médicas que receberam o PROMED tinham histórico anterior de mudança, localizada às vezes em nichos contra-hegemônicos. Esta história existente permitiu expandir para toda a escola a proposta de reforma do currículo. Este processo estava implementado de forma explícita ou implícita na ideologia da escola. Uma das variáveis desta ideologia comportava mudanças de atitudes no contexto com a comunidade, e a relação com a ênfase na atenção primária, conseqüentemente fora do contexto hospitalar. É notável, entretanto, que as modificações não foram suficientes para afetar o entendimento do processo saúde-doença e seus entendimentos.

Conforme Cutolo, 2003, as mudanças curriculares em andamento tem o objetivo de uma visão integradora no processo saúde-doença, mas o caminho é longo e as dificuldades existem, bem como as resistências para o novo são naturais. No entanto, são esses os desafios potenciais mais que as reformas que refletem mudanças. Há o problema metodológico que é sempre secundário devido a ser uma seqüela de uma estrutura dos Estilos de Pensamento, que é refletido, nesse caso, pela falta de entendimento do processo saúde-doença¹⁴.

É importante assinalar que a mudança/PROMED assegurou o redimensionamento dos currículos na direção das necessidades da população; compatibilidade com as propostas do SUS; reforço da Estratégia da Saúde da Família, bandeiras defendidas pelos atores históricos constitutivos da reforma sanitária. Porém é constatável que a integralidade ainda é um processo a ser construído.

O PROMED foi uma tentativa de ir ao encontro dessa mudança, permitindo o incentivo e o despertar frente às mudanças necessárias. Com isso, tornou-se necessário, além desse “despertar”, garantir a continuidade de um programa que fosse além dessas conquistas. Em função disto foram pensadas estratégias que podem ser constatadas com os novos programas de financiamento do Ministério da Saúde tais como o PRÓ-SAÚDE e o PET-Saúde.

O PROMED foi a referência para as escolas médicas brasileiras, implantando, de fato, as DCN que são hoje a referência para todas as antigas e novas escolas do país, incluindo as privadas (dentre elas as filantrópicas) e as públicas.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Associação Paulista de Medicina. Federação dos médicos do estado de São Paulo. Por que somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003. 19 p.
2. Escolas Médicas [acesso em 02 de fev de 2009]. Disponível em: URL: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php>.
3. Distribuição das Escolas Médicas. [acesso 09 de abr de 2009]. Disponível em: URL: <http://www.escolasmedicas.com.br>.
4. Almeida SC. O avanço da privatização na Educação Brasileira: O ProUni como uma nova estratégia para a transferência de recursos públicos para o setor privado [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2006.
5. Igumbor EU, Del Rio A, Buso DL, Martínez JM. Training Medical Students in the Community - Memoirs and Reflections of the University of Transkei Medical School. Med Educ Online [serial online] 2006 [acesso em 01 de jun de 2009]; 11:2. Disponível em: URL: <http://www.med-ed-online.org/pdf/f0000110.pdf>.
6. Feuerwerker LC. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.17-39.
7. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
8. Briani MC. História e construção social do currículo na educação médica : a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

9. Souza PA, Coelho EBS, Trevisan EMBM. Interação Comunitária: um desafio em construção. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA. Da proposta à ação: Currículo Integrado do Curso de Medicina da UFSC. Florianópolis: Editora UFSC; 2005. p.169-182.
10. Peixinho AL. Educação Médica - O desafio de sua transformação. [Tese-Doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001.
11. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Revista Brasileira Educação Médica 2001; 25 (2): 42-52.
12. Souza PA, Zeferino AMB, Ros MA. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED.) BMC Medical Education 2008; 8 (54).
13. Brasil. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 de set de 1990. Brasília; 1990.
14. Cutolo LRA, Delezoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. Arq Cat Med 2003; 32(4): 23-34.
15. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M (org). Educação dos Profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Brasil. PROMED. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação. Brasília: MS/MEC; 2002.
17. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.224-244.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.225p.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, São Paulo: Hucitec; 1994.
20. Cutolo LRA. Estilo de Pensamento em Educação Médica: Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. [Tese-Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
21. Fleck Ludwig. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.

Contribuição dos Autores

PAS trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada.

AMBZ trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada.

MADR trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada.

Capítulo 4.4: Currículo Integrado: entre o discurso e a prática

Submetido para a Revista Brasileira de Educação Médica e aguardando parecer.

Resumo

O Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, em 2002, criaram o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com o objetivo de apoiar financeiramente a escola médica que elaborasse e implantasse as mudanças curriculares nos cursos de medicina na direcionalidade proposta nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica. O objetivo é identificar mudanças curriculares ocorridas nas Escolas Médicas contempladas com o PROMED. Foi realizado um questionário aplicado aos coordenadores do PROMED. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva. Observou-se que 11 escolas implantaram um modelo curricular modular como base. A inserção ensino-serviço na atenção primária exige um esforço político gerencial. Há também a necessidade de mudanças nas concepções acadêmicas e preparo da rede de saúde como campo de estágio e a mudança nas grandes áreas na atenção básica ainda possuem pouca expressão. Está havendo uma mudança de estrutura, sendo que não se pode dizer que seja significativa ao grau se queira atingir.

Palavras-chave: currículo, PROMED, medicina

Abstract

The Ministry of Health in partnership with the Ministry of Education, in 2002, created the Program of Incentives to Change in the Curriculum of Medicine (PROMED), in order to financially support medical schools to design and implement curriculum changes in medicine courses in the direction proposed in Curriculum Guidelines (DC), in three areas: theoretical orientation, practice scenarios and pedagogical approach. The goal is to identify curricular changes occurring in Medical Schools awarded the PROMED. We conducted a questionnaire given to the coordinators of PROMED. The data were submitted to descriptive analysis. It was observed that 11 schools have implemented a model based modular curriculum. Inserting teaching service in primary care requires a significant political management. There is also the

need for changes in concepts and academic preparation of the health care system and field placement and change in large areas in primary care has yet insignificant. There has been a change of structure, and it can not be said to be a significant degree if you want to achieve.

Key words: curriculum, PROMED, medicine

Introdução

As mudanças nos currículos de Medicina estão ligadas à viabilidade de se produzirem inovações e estão diretamente ligadas à concepção de mundo e de homens que são sustentadas pelos indivíduos envolvidos no âmbito escolar e sua disponibilidade para o exercício da ação-reflexão-ação¹.

No Brasil, em 1988, foi aprovada uma nova constituição que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que uma das suas atribuições é o direcionamento da formação de recursos humanos na área da saúde para trabalhar nesse novo sistema. O SUS foi criado como um sistema voltado para a equidade social, co-responsabilidade entre a população e o setor público², em todos os âmbitos da atenção primária (atenção básica), secundária e terciária.

A estratégia de reorganizar e incentivar a atenção básica no SUS requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade³.

Em 1994, foi criada a Equipe de Saúde da Família (ESF), baseada nas equipes multidisciplinares responsáveis pela atenção integral e contínua à família, considerando-se aspectos socioeconômicos e culturais⁴.

Está explicitado que o médico da ESF deve ser preferencialmente um generalista para atender todas as pessoas da família, independente de sexo e idade⁵, delineando o perfil do futuro médico com formação geral, humanista, crítica e reflexiva.

Em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) concluiu que o médico não se formava com a competência mínima para atender às demandas da saúde da população, com isso gerou-se um processo de mudança⁶ obrigatório.

Foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, com a condição de modificar os cursos da área da saúde até 2004 para que os mesmos formem profissionais aptos para atuação eficaz no SUS. O Ministério da Saúde (MS), que se dispôs a trabalhar em parceria com o MEC e com as Escolas Médicas (EM), criou, em 2002, o Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) objetivando apoiar financeiramente a EM que elaborasse e implantasse as mudanças curriculares nos cursos de medicina de encontro à proposta das DCN, sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica⁷.

O PROMED reafirma o processo de incentivo às mudanças curriculares dentro do processo do MEC pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional ao substituir um currículo mínimo pelas DCN, flexibilizando o processo de ensino e abrindo o campo para que as escolas se transformem. Essas diretrizes buscam na formação de um médico generalista aspectos como: (1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (5) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde⁸.

O PROMED incentivou financeiramente os cursos de 19 EM.

O objetivo deste artigo é identificar mudanças curriculares ocorridas nas EM que foram contempladas com o PROMED.

Metodologia

Foi realizado um questionário aplicado aos professores responsáveis pela coordenação do PROMED que autorizaram sua participação assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e, para preservar a privacidade das informações de cada coordenador de escola aqui apresentadas, estes foram identificados por meio da letra I (Instituição) e um número subsequente. Dos coordenadores das 19 EM beneficiadas pelo PROMED, 12 (63,15%) responderam ao questionário. Os outros sete foram contactados por mais três vezes, sem êxito.

Os dados das 12 escolas foram submetidos a uma análise descritiva. O questionário foi constituído de 57 questões (entre fechadas e abertas), as quais abarcaram o perfil da EM; o tipo de administração – pública ou privada; o modelo curricular anterior e o implantado após a mudança curricular; o início da mudança; as grandes áreas da Medicina como Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica e Saúde Coletiva. Dentro dessas áreas foram levantadas questões relacionadas às disciplinas, aos módulos, ao semestre em que são inseridas, aos temas abordados, a quem ministra as aulas, à carga horária dentro do curso, à pós-graduação e à participação na formação do Médico de Saúde da Família (MSF) e à Interação Comunitária (IC).

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa Epi Info 6.0, um programa de texto, banco de dados e estatística para Epidemiologia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no dia 27 de setembro de 2005, parecer do projeto 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

Resultados e Discussão

As informações foram fornecidas pelos representantes oficiais das escolas que coordenavam o PROMED.

Das 12 escolas analisadas nove são públicas (cinco federais e quatro estaduais) e três privadas (nesse caso, todas tinham caráter filantrópico).

As escolas de carácter público são financiadas pelo governo, e, as privadas, que se constituem como filantrópicas, recebem auxílio do governo na isenção de impostos mantendo em contrapartida uma percentagem de mensalidades e atividades gratuitas, mas também cobram mensalidades da maioria dos alunos⁹.

Observou-se que 11 escolas implantaram um modelo curricular modular como base, sendo que desta, sete tem o modelo modular integrado, duas o modelo modular integrado e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), duas, o modular integrado e o tradicional, e, a última, o modelo tradicional.

O currículo de modelo tradicional, geralmente, não apresenta comunicação entre as várias disciplinas, mas sim, um isolamento característico. Já o currículo modular integrado faz com que os módulos que o compõem possuam uma interligação e interação dos conteúdos, uma vez que o ensino é centrado no aluno¹⁰.

Outro modelo implantado foi a ABP que tem como base um ensino integrado e integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender. Os temas de estudo são transformados em um problema a ser discutido em grupo tutorial que funciona como apoio para os estudos¹¹. Percebe-se com isso a preocupação na mudança do modelo pedagógico voltado ao ensino centrado no aluno.

Verificou-se que oito escolas já haviam iniciado o processo de mudança curricular antes da criação do PROMED: uma, em 1975; três, na década de 90; duas, em 2001 e duas em 2002. As outras quatro escolas iniciaram seu processo de mudança curricular após seus projetos terem sido aprovados pelo PROMED.

Este histórico de mudança faz parte de outras tentativas como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), na década de 70, que visava a interrelação entre todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, num contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção¹².

O Projeto UNI financiado pela Kellogs, que tem o mesmo objetivo da IDA uniu-se a esta, e dessa união surgiu a Rede Unida. Quatro das escolas que receberam o PROMED já haviam participado desses projetos¹³.

Isso nos permite inferir que as escolas que se candidataram e receberam o PROMED já tinham indícios de mudanças curriculares ao implantar abordagens pedagógicas inovadoras, embora 21% (quatro escolas) possuíssem um modelo tradicional. Outra escola possuía em seu currículo o internato rural.

A constituição de uma grade curricular modular integrada é simples, porém o maior desafio é que a integração seja efetivada na prática. Os grandes temas, porém, estão interligados em todas as fases do curso, mas ministrados e dirigidos pelas grandes áreas e seus departamentos.

Os departamentos fazem parte da própria estrutura de gestão da escola e permanecem departamentalizadas as áreas que geram o ensino nas escolas. Para apreender o envolvimento dos departamentos com a nova proposta, é necessário verificar até que ponto as disciplinas e suas ementas se modificaram — ou se apenas mudaram seus nomes¹⁴.

A dificuldade de diálogo entre os departamentos das Faculdades de Medicina poderia ter, entre outras explicações, segundo Fleck (1986), o fato de os departamentos representarem as especialidades médicas, que constituem diferentes “coletivos de pensamento”, com distintos “estilos de pensamento” (resultados de condicionamentos sociais, históricos, econômicos e antropológicos)¹⁵.

As concepções de medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças para cada uma das áreas, o que prejudica o diálogo. Para que haja intercâmbio de ideias, é necessário também um esforço para a criação de um diálogo abrangente e interdisciplinar. São justamente as diferenças que podem tornar necessário e produtivo o intercâmbio¹⁵.

Um dos eixos do PROMED é o de orientação teórica que determina a produção de conhecimentos e a forma de pós-graduação e de educação permanente que deve ser voltada para

os serviços de atenção básica e em áreas estratégicas e/ou carentes de profissionais qualificados para o SUS¹⁶.

No que diz respeito à pós-graduação, nove escolas (75%) oferecem curso na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública; 10 escolas (83,3%), na área de Clínica Médica; oito escolas, na área de Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente, e, nove escolas na área de Tocoginecologia. Na área de Pediatria 10 escolas (83,3%) participam na formação dos Médicos de Saúde da Família (MSF); a Saúde Coletiva tem participação em 100% das escolas; a Tocoginecologia em 10 escolas (83,3%); e a Clínica Médica em 11 escolas (91,7%). Com isso, observa-se o envolvimento na formação para a atenção primária na maioria das EM.

A atenção básica envolve os pacientes geralmente com múltiplos diagnósticos e queixas e responde às necessidades de saúde da população realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde^{2,17}.

Com relação à carga horária de ensino na graduação referente às grandes áreas, observa-se que a Pediatria na atenção primária em uma das escolas chega a 40%, sendo que há escolas, após a mudança curricular, como a I6, que tem 5% do ensino dedicado a esse nível de atenção de saúde. Duas escolas não responderam a esta questão. São seis as escolas que possuem o ensino na atenção primária com 10-20% da carga horária total do curso em Pediatria.

Na área de Clínica Médica, pode-se observar que a carga horária destinada ao ensino na atenção básica em uma das escolas chega a 28%, há escolas que, mesmo após a mudança curricular, apresentam 6% e 8% do ensino dedicado à rede básica de saúde. Três não responderam a esta questão. Quatro escolas possuem 10-20% da carga horária do ensino na atenção primária e uma escola relatou que não realiza atividades na rede básica de saúde.

Três escolas possuem o ensino na área de Tocoginecologia na atenção básica com carga horária de 20%. Uma escola não possui atividades na rede básica de saúde. Outras três não responderam a esta questão. Considerando que o PROMED contemplou projetos que teriam maior inserção ensino-serviço, pode-se constatar que a mudança nas grandes áreas na atenção básica ainda possui pouca expressão.

Não está havendo reforma e sim uma mudança de estrutura, sendo que não se pode dizer que seja significativa ao grau de mudança que se queira atingir.

O eixo central de muitos novos currículos é o módulo de IC, que é a unidade educacional, na qual é necessária uma parceria entre profissionais do serviço de saúde, docentes, estudantes e membros da comunidade, e em que ocorre o desenvolvimento do conjunto das habilidades, cujas tarefas de cuidado individual e coletivo às pessoas, em geral ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁸. Nos resultados obtidos, a IC é uma disciplina independente em seis escolas (50%), sendo que uma das escolas (8,3%) a considera disciplina independente na grade curricular e dependente de outras disciplinas na prática, e cinco escolas (41,7%) consideram que a IC é totalmente dependente de outras disciplinas.

A IC está inserida desde o 1º semestre do curso em 10 escolas médicas (83,3%), cumprindo assim inserção no início do curso do estudante na prática. A maioria das escolas analisadas está em processo de desenvolvimento curricular ao contemplar as DCN e formar o médico com o perfil delineado para a formação geral.

A inserção ensino-serviço na atenção primária exige um esforço político gerencial de ambas as instituições (universidades e serviço), para vencer o desafio de ampliar cenários de prática para fora dos hospitais. Há necessidade de mudanças nas concepções acadêmicas e preparo da rede de saúde para transformar-se em campo de estágio para formação de médicos.

Os temas enfatizados na área de Interação Comunitária foram: a prática médica como prática social, aspectos éticos, atenção primária, atividades ambulatoriais, conceito ampliado de saúde, determinação social da doença, diagnóstico e tratamento de doenças, educação em saúde, epidemiologia aplicada a doenças, equipe multiprofissional, gravidez na adolescência, habilidades clínicas, integração curricular com a saúde coletiva, metodologia de pesquisa, noções básicas de saúde, planejamento, políticas de saúde e organização dos serviços de saúde pública, prevenção de doenças, programa de saúde da família (PSF), vigilância epidemiológica, vigilância em saúde, territorialização, SUS, saúde ocupacional, relação médico-paciente, relação aluno-paciente e promoção em saúde.

Conclusões

Na criação do PROMED não foi previsto e nem exigido avaliação de impacto do programa sobre a formação do estudante. Isso permite inferir que não há um resultado mensurado sobre essa proposta de mudança.

Também tem que se levar em conta que muitos programas e políticas públicas não tem continuidade devido a mudanças de direção administrativa e eleitorais. Muitas políticas públicas são criadas em planos de governo e/ou demandas sociais e são consideradas prioritárias em quatro ou cinco anos e se realizam em ambientes de múltiplos interesses, em processo contínuo de decisões, modificando-se permanentemente. Hoje uma situação e programa políticos podem estar em via de substituição ou simplesmente abandonados.

Então foi criada a Política de Educação Permanente, por meio do Pólo de Educação Permanente em Saúde, para os setores da saúde e da educação, para as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente os estudantes da área de saúde, os trabalhadores de saúde e os conselhos de saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS.

Existem pontos comuns e importantes a serem ressaltados nas faculdades. As EM que receberam o PROMED já possuíam um histórico de mudança, participavam de outros programas que envolviam disciplinas na área de atenção básica e ações no campo da Saúde Coletiva.

Através desse trabalho percebeu-se que não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, já que a maioria das escolas possui o ensino das grandes áreas (Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica) com grande parte da carga horária direcionada para a atenção secundária e terciária. Já que as DCN incentivam a reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, retirando foco da doença e do atendimento hospitalar.

Conforme uma das DCN, o médico deve atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde, as escolas direcionaram o ensino na atenção básica, enfocando a Saúde Coletiva em 100% das escolas, bem como a pós-

graduação direcionada à atenção básica nas grandes áreas, permitindo o desenvolvimento da pesquisa e da educação permanente dos profissionais de saúde.

O PROMED propiciou a ampliação dos cenários de prática facilitando a relação “ensino-serviço”, principalmente porque a memória das escolas contempladas estavam em processo de mudança curricular.

Na continuidade foi criado o PRÓ-SAÚDE cujo objetivo geral é “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia¹⁹.

Referências Bibliográficas

1. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? Interface- Comunicação, Saúde, Educação 2008; 12 (24): 125-40.
2. Takeda S. A organização de serviços de saúde de atenção primária à saúde. In: Duncan BB. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.17-87.
3. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Rev Saúde Pública 2002; 36 (3): 375-8.
4. Andrade LOM, Barreto ICH, Cunha CDF. A estratégia saúde da família. In: Duncan BB. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88-99.
5. Lampert JB. Tendências de mudanças na transformação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 283p.

6. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do ensino médico no Brasil: Relatório geral 1991-1997. Brasília: 1997.
7. Brasil. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina-PROMED. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação, 2002.
8. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 04, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro de 2001.
9. Almeida SC. O avanço da privatização na Educação Brasileira: O ProUni como uma nova estratégia para a transferência de recursos públicos para o setor privado. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2006.
10. Quintino TCA. Alice no país das Maravilhas: interdisciplinaridade, currículo integrado e um grupo de professores que mergulhou na toca do coelho [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
11. Vignochi CM, Benetti CS, Machado CL, Bezerra MWC. Considerações Sobre Aprendizagem Baseada em Problemas na Educação em Saúde. Revista HCPA 2009; 29 (1): 45-50.
12. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Revista Brasileira de Educação Médica 2001; 25(2): 42-52.
13. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M (org). Educação dos Profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed UEL; 1999. 434p.
14. Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História Ciência Saúde Manguinhos 2001; 8 (1): 48-70.

15. Fleck L. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986. 72p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Revista Saúde Pública 2002; 36(3):375-8.
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
18. Faculdade de Medicina de Marília. FAMEMA. Unidades Educacionais Curso de Medicina. Manuais de Interação Comunitária. [acesso em 10 de out] de 2009. Disponível: URL: <http://www.famema.br/unidades/manuais/ic4.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: [Ed.] Ministério da Saúde; 2005.

5. DISCUSSÃO

O capítulo 4.1: Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED), teve como objetivo verificar as mudanças curriculares no Brasil incentivadas pelo PROMED.

Um dos desafios enfrentados foi a integração dos docentes para a reformulação curricular, pois a perda de carga horária ou rearranjos estruturais na forma pedagógica sinalizada pela nova mudança refletem uma dificuldade imposta. Essa dificuldade ocorre porque a alteração de disciplinas para módulos e as discussões dos temas inserem outros professores e profissionais do SUS na estruturação, avaliação e discussão no novo formato pedagógico.

A perda do poder existente na forma de micro poder dos docentes (sobre as alterações nas aulas, avaliações...) interfere em pequenas lutas veladas muitas vezes refletidas em resistências e dificuldades inseridas nas alterações de estruturas.

Em uma alteração estrutural deve ocorrer uma nova distribuição de poder, isso permite dizer que o “poder funciona e se exerce em rede” (Foucault, 2000).

O poder passa pelos indivíduos que constituem uma rede, isso faz com que alguns se sintam ameaçados nessa perda de poder. Quando há uma modificação curricular que interfere nos “núcleos” de ensino bem como nos novos rearranjos e parcerias nos novos cenários de práticas, há um desconforto por parte de muitas pessoas que fazem parte dessas estruturas.

O poder, nesse caso, está relacionado à mudança que se dá por meio da questão econômica, isto é, o poder subordinado ao financiamento que provém do PROMED.

Há dificuldade em convencer o docente a deixar a comodidade da proteção institucional que existe dentro do ambiente hospitalar de ensino e enfrentar o desconhecido da comunidade quando tem de criar um vínculo institucional com a rede de saúde pública.

A integração é um fator determinante para o processo, tanto dos docentes ao integrar os conteúdos, como resistências de grupos a mudanças, ou mesmo universidade-comunidade.

Toda mudança gera certo desconforto e trata de mudança de paradigmas, realizada com poucos recursos e com pessoas ainda despreparadas acarretando um novo “incompleto, cheio de imperfeições e desafios porque um sempre carregado de velho precisa ser reinventado

outra vez”. Mas há a clareza de percepção de que “são as questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o esforço possível de interação e ação” (Feuerwerker, 2005).

O docente que atua no novo currículo está formado há décadas, e a formação com novas diretrizes do docente para atuar nesse novo currículo, bem como dos antigos profissionais da rede, não está explicitada. A relação nova, sujeito-sujeito, não existe na constituição histórica de cada professor. Logo, há uma percepção de que esse processo necessariamente vai enfrentar crises e longo espaço de tempo para ser efetivado.

Todas as mudanças criam a necessidade de uma formação continuada do professor (Batista, 2005). Segundo Lima, 2003, na área médica, a capacitação docente é tratada como estratégia para melhorar as práticas de ensino, sendo considerada essencial nos processos de mudanças curriculares e na sua consolidação. Por isso a importância da educação permanente tanto na universidade quanto na rede de serviços.

Outro destaque foi a interação comunidade-serviço. A universidade, a população e os serviços não só não compartilham uma homogeneidade, como, no interior de cada um deles, há grupos com interesses distintos que desempenham papéis contraditórios e mutáveis ao longo do tempo. É fundamental reconhecer essa heterogeneidade e preparar-se estrategicamente para lidar com ela. Além do mais, existe importante assimetria de poder entre esses parceiros. Por isso, é importante haver disposição prévia para um acordo, porque os conflitos para determinar o rumo a seguir são intensos.

A falta de recursos financeiros para a elaboração de estratégias para manter ou iniciar o processo de mudança curricular ocorre em várias escolas. Todo processo de mudança curricular requer estrutura financeira para implementar as novas diretrizes e sustentar a estrutura já formada.

Por isso, em toda a reforma estrutural e ideológica implantada e implementada, compreende-se a conscientização da importância de que o PROMED tenha continuidade através de outra forma de financiamento.

O capítulo 4.2 The Public Healthcare System and its participation in Medical Training, trata da categoria A Saúde no Brasil.

As mudanças de cenários de práticas refletem as novas parcerias com o Sistema Único de Saúde. Desde as primeiras fases o estudante é inserido no SUS, vivenciando a realidade da comunidade, o que é importante para a construção do perfil do profissional médico para atender as necessidades da população.

A inserção na comunidade, a partir das disciplinas introdutórias, mesmo antes de o aluno exercer qualquer atividade identificada como médica permite o contato com o ser humano em sua realidade de vida (Koifman, 2001).

O ensino no Sistema Único de Saúde, além de induzir a um maior contato com o cotidiano do povo, estabelece atividades para o estudante em práticas de epidemiologia nos serviços de saúde, avaliação de políticas, planejamento e gestão dos serviços de saúde em atividades de educação e comunicação social em saúde, ligadas a organizações comunitárias ou entidades sociais diversas, de acordo com os cenários de práticas definidos pelas escolas, identificando, assim, os problemas de serviços e de saúde, bem como as condições de vida da população (Teixeira, 2004).

A Saúde Coletiva é de extrema importância, diz Zanolli (2004), como parte do processo de formação médica e coube a ela um papel de destaque nas mudanças. Além de induzir a um maior contato com o cotidiano do povo, estabelece atividades para o estudante em práticas de epidemiologia nos serviços de saúde, avaliação de políticas, planejamento e gestão dos serviços de saúde em atividades de educação e comunicação social em saúde, ligadas a organizações comunitárias ou entidades sociais diversas de acordo com os cenários de práticas definidos pelas escolas. Assim, é possível identificar os problemas de serviços e de saúde bem como as condições de vida da população.

Há dificuldades de aproximação com a rede de serviços e financiamento insuficiente.

Isso mostra a necessidade de novas parcerias e novos incentivos financeiros para que os problemas existentes possam ser resolvidos. Entretanto, mesmo o PROMED sendo um programa de incentivo financeiro, não foi previsto monitoramento e aplicação permanente de um programa de avaliação.

Além disso, não se colocou ênfase da maioria dos professores no ensino hospitalar e especializado, pois a experiência nas disciplinas em que atua é acúmulo da vida profissional como médico (Goldenberg, 2005).

A profissão de professor de medicina é seguida por motivos variados, em decorrência de diferentes circunstâncias causais. Muitas vezes, os profissionais são convidados a atuar na graduação. Em suma, a docência médica é composta por singularidades.

No capítulo 4.3 As Escolas Médicas que receberam o PROMED – as condições prévias e o processo de mudança, a maioria das escolas que receberam o PROMED eram as mais antigas do Brasil, públicas e concentradas na região de maior contingente populacional do país. Além disso, já possuíam um histórico pontual de mudança, sendo que algumas delas já tinham parcerias com o Sistema Único de Saúde e outros cenários de práticas que fossem além do hospital. Por isso, percebeu-se uma maior facilidade em receber o financiamento do PROMED que permitiu as mudanças curriculares.

As análises históricas e sociológicas do desenvolvimento da medicina moderna e da formação do médico como categoria profissional tem sido influenciadas por visões que tendem a ressaltar o caráter autônomo do processo de trabalho profissional diante da sociedade e o seu caráter subordinado às demandas objetivas de grupos sociais (Koifman, 2001).

No capítulo 4.4 Currículo Integrado: entre o discurso e a prática, pode-se considerar que o PROMED contemplou projetos que teriam maior inserção ensino-serviço, pode-se também constatar que a mudança nas grandes áreas na atenção básica ainda possui pouca expressão.

Para uma proposta de implantação curricular, segundo Da Ros, 2004, há três níveis de dificuldades para a mudança; estruturais externas (envolvem o capital internacional e nacional), estruturais internas (contexto social) e conjunturais (gratificação e contratação de professores, falta de carga horária para reuniões, estruturas de guetos, separação básico-clínico, professores que não acreditam na educação).

Não está havendo reforma e sim uma mudança de estrutura, sendo que não se pode dizer que seja significativa ao grau de mudança que se queira atingir. Quando as mudanças estruturais internas oferecem condições para a transformação, o problema passa a ser resolver as

mudanças conjunturais. Em função disso alguns desafios vão além da implantação das DCN, mais especificamente nas competências.

Percebeu-se também que não estão ocorrendo mudanças estruturais significativas no currículo, já que a maioria das escolas possui o ensino das grandes áreas (Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica) com grande parte da carga horária direcionada para a atenção secundária e terciária.

Existe uma diferença entre o que se pretende fazer e o que se consegue fazer na prática, tanto que se pode compreender o currículo como um processo: o currículo prescrito (o que foi aprovado); o planejado (originado de manuais, guias, ementas) organizado (recursos educacionais, infra-estrutura, apoio administrativo), e o que se concretiza com o currículo desenvolvido (o que acontece na prática) e no currículo avaliado (revelador do que é na verdade valorizado no processo de ensino-aprendizagem) (Feuerwerker, 2002).

Um dos pontos a serem destacados é que a área de Saúde Coletiva está em 100% das escolas na formação da atenção primária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, no Relatório da Atenção Primária de Saúde, aconselha que o sistema de saúde seja direcionado para atender melhor às necessidades da população por meio da realidade da comunidade, ressaltando a atuação e êxito do Brasil com a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária.

A pós-graduação direcionada à atenção básica nas grandes áreas permite o desenvolvimento da pesquisa e da educação permanente dos profissionais de saúde, favorecendo assim a prática dos pós-graduandos (especialistas, mestres e doutores) na atuação e difusão das ações da Atenção Primária em Saúde.

6. CONCLUSÃO

O PROMED desencadeou mudanças em toda prática de saúde. Entretanto apresentou algumas dificuldades, dentre as quais se podem destacar não ter sido previsto o monitoramento e a aplicação permanente de um programa de avaliação, o que permite inferir que não há um resultado mensurado sobre essa proposta de mudança.

Para tal devem ser executados adequadamente processos de avaliação como o pretendido com o presente trabalho.

O PROMED foi a referência para as escolas médicas que implantaram de fato as DCN, que são, hoje, a referência para todas as antigas e novas escolas do país, incluindo-se as privadas (as filantrópicas ou não) e públicas. Este programa foi uma tentativa de mudança dos currículos de medicina a partir de um incentivo financeiro. Com isso, tornou-se necessário, além desse despertar garantir a continuidade de um Programa que fosse além dessas conquistas. Em função disso foram pensadas estratégias que podem ser constatadas com os novos programas de financiamento do Ministério da Saúde, tais como o PRÓ-SAÚDE e o PET-Saúde.

Também propiciou a ampliação dos cenários de prática facilitando a relação “ensino-serviço”, principalmente porque as escolas contempladas estavam em processo de mudança curricular.

É importante assinalar que o PROMED assegurou o redimensionamento dos currículos na direção das necessidades da população; compatibilidade com as propostas do SUS e reforço da Estratégia da Saúde da Família, bandeiras defendidas pelos atores históricos constitutivos da reforma sanitária. Porém, pode-se constatar que a integralidade ainda é um processo a ser construído.

Os princípios do SUS estão dentro do ensino médico e as DCN são norteadoras da mudança, que direcionaram os projetos do PROMED em 3 eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de práticas.

Entre as atividades realizadas com os alunos de medicina desde as primeiras fases na comunidade, tem-se como referencial de cenários de práticas as unidades de saúde que fazem parte do SUS. Há conhecimento da necessidade do vínculo Rede SUS-Universidade. Na

Constituição de 1988 o SUS é campo de estágio para formação dos profissionais na área de saúde, porém, há dificuldades de toda ordem para que isso aconteça, tais como a aproximação harmoniosa da rede de serviços com a universidade, o insuficiente financiamento, a ênfase da maioria dos professores no ensino hospitalar e especializado, o não monitoramento e a não aplicação permanente de um programa de avaliação sobre a reforma curricular.

A formação do profissional em saúde, respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC, deve estar unida ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. É necessária também a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, na investigação das necessidades da comunidade, na organização, na própria educação médica e no financiamento dos serviços de saúde, na experimentação de novos modelos de intervenção, na avaliação da incorporação de novas tecnologias e no desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolução da atenção.

Todos estes encaminhamentos pressupõem a construção efetiva da integração docente assistencial que envolve a atenção básica e os outros níveis de cuidados de saúde, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos Hospitais Universitários e/ou das Unidades Assistenciais Especializadas dependentes das Instituições de Ensino Superior, funcionalmente integradas ao SUS. A interação entre os gestores dos Sistemas Educacionais e do SUS vai permitir a criação das condições reais para o aproveitamento de ambos com melhor qualidade técnica na atenção e no processo de ensino aprendizagem.

A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

Evidenciou-se, através desse trabalho que as escolas médicas que receberam o PROMED tinham histórico anterior de mudança, mudança esta localizada, às vezes, em nichos contra-hegemônicos. Observou-se também que as escolas que envolviam disciplinas na área de

atenção básica e ações no campo da Saúde Coletiva, com o incentivo financeiro do PROMED permitiram expandir para toda a escola a proposta de reforma do currículo. Esse processo de mudança estava de forma explícita ou implícita na ideologia da escola. Uma das variáveis dessa ideologia comportava mudanças de atitudes na relação com a comunidade, com ênfase na atenção primária, e, portanto, fora do contexto hospitalar. É notável, entretanto que as modificações não tinham sido suficientes para afetar o entendimento do processo saúde-doença e seus entendimentos consequentes.

Com esta pesquisa, percebeu-se que não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, já que a maioria das escolas possui o ensino das grandes áreas (Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica) com significativa parte da carga horária direcionada para as atenções secundárias e terciárias.

Alguns dos pontos a serem destacados são que a área de Saúde Coletiva está em 100% das escolas na formação da atenção primária e que a pós-graduação direcionada à atenção básica nas grandes áreas permite o desenvolvimento da pesquisa e da educação permanente dos profissionais de saúde.

Para que uma mudança curricular seja consolidada, é necessário que se transponham diversas barreiras, pois parte-se de práticas enraizadas há muito tempo, bem como de conteúdo, formas e processos de ensino. A relação entre grupos e indivíduos envolvidos com a formação dos médicos reflete também mudanças delicadas e de grandes proporções, tanto na instituição como na maneira de cada indivíduo trabalhar para a formação do profissional que irá atender as reais necessidades da comunidade.

As mudanças no novo modo de ensinar remetem o docente a uma resistência gerada por diversos fatores, um dos quais se podem destacar a “perda” de poder dentro da sala de aula, já que o ensino deverá ser centrado no aluno, retirando o “foco” do docente.

Um dos problemas enfrentados pela escola é a inexistência de políticas institucionais de capacitação docente, assim como a ausência de acompanhamento didático-pedagógico permanente e a falta de articulação entre a atuação docente e a formação profissional.

Para ocorrer a mudança na formação do profissional médico, é preciso mudar a prática docente e entender que o modelo tradicional de ensinar deve superar a simples função de reprodução e transmissão de conhecimento e sim tornar-se o propulsor de mudanças e disseminador de posturas.

Conforme Cutolo 2003a “É preciso retomar a ideia de que currículo não é um empreendimento neutro; práticas curriculares possuem raízes históricas e são determinadas sócio-historicamente.”

A consolidação de uma mudança curricular é um grande desafio, pois, trata de problematizar o conteúdo a serem ministrados, as formas de ensino e o processo de aprendizagem. Também ocorrem dificuldades de mudança nas relações entre grupos e indivíduos envolvidos com a formação de profissionais de saúde, que muitas vezes, adotam práticas instituídas por muito tempo e tem grande resistência à mudança.

Isso reflete em mudanças delicadas e de grandes proporções tanto na instituição como na maneira pessoal de cada indivíduo trabalhar para a formação do profissional que atenda as reais necessidades as quais foram traçadas.

Devem ser executados adequadamente processos de avaliação como o pretendido com o presente trabalho. Nele percebeu-se que a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

A formação do profissional em saúde, respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC, deve estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. É necessária também a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, na investigação das necessidades da comunidade, na organização e no financiamento dos serviços de saúde, na experimentação de novos modelos de intervenção, na avaliação da incorporação de novas

tecnologias e no desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção.

Todos estes encaminhamentos pressupõem a construção efetiva da integração docente assistencial, que envolve a atenção básica e os outros níveis de cuidados de saúde, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos Hospitais Universitários e/ou das Unidades Assistenciais Especializadas dependentes das Instituições de Ensino Superiores funcionalmente integradas ao SUS. Tudo isso conduz a uma adequada construção do sistema de referência e contra-referência, essencial para a atenção à saúde com qualidade e resolubilidade. A interação recíproca entre os gestores dos Sistemas Educacionais e do SUS vai permitir a criação das condições reais para o aproveitamento de ambos com melhor qualidade técnica na atenção e no processo de ensino aprendizagem.

É importante assinalar que a mudança gerada pelo PROMED assegurou o redimensionamento dos currículos na direção das necessidades da população de encontro à compatibilidade com as propostas do SUS, além de reforçar a Estratégia da Saúde da Família. Porém é constatável que a integralidade ainda é um processo a ser construído, pois só o financiamento e a mudança estrutural não irão realizar a mudança efetiva. Essa mudança só é possível dentro de uma transformação maior, resultantes de condicionamentos sociais, históricos, econômicos e antropológicos.

A mudança curricular pode ocorrer, mas se o enfoque não for direcionado para a visão do ser humano como um todo ela será ineficiente para o objetivo ao qual se pretende atingir que é a formação de um médico geral, com visão crítica e acima de tudo que realize um atendimento humanizado com abordagem completa do paciente.

Ou seja, apesar do apoio financeiro e de direcionalidade, o PROMED teve somente avanços esparsos e especialmente nas faculdades que já tinham uma história de mudança. O incentivo financeiro aproximou e facilitou a relação com os serviços. Não houve avaliação prevista de impacto para a proposta. Por outro lado ficou claro que é um processo e o PROMED contribuiu especialmente para demonstrar que existe um caminho para ser diferente. Mas uma mudança de fato, transformadora, exige muito tempo, o que o PROMED não conseguiu fazer. São necessárias novas iniciativas para que possa se consolidar mudanças na formação médica.

7. REEFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977. 225p.

Batista RH, Bragagnolo SMC. Professores de ciências e a formação continuada. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla Y (org). Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. p. 167-187.

Botelho JB. História da Medicina – da abstração a materialidade. Manaus: Editora Valer; 2004. 388p.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 04, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro de 2001, Seção 1, p.38.

Brasil. Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília; 1968.

Brasil. Lei n.º. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, n 182, p. 18055-9, 20 de set de 1990. Brasília; 1990, seção I.

Brasil. Portaria Interministerial n.º 610/GM de 26.03.2002. Institui o Programa Nacional o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília; 2002a..

Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação / Organização Panamericana da Saúde. PROMED – Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002b. [Edital de Convocação].

Brasil. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 184p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ata dos trabalhos da Comissão de Avaliação e Qualificação dos Projetos enviados ao Edital de Convocação 08/2002 – Programa Nacional de Incentivo as Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED, 2002d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 409p.

Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2007; 14(2): 467-89.

Calder R. O homem e a medicina: história da arte e a ciência de curar. 2 ed. São Paulo: Boa leitura Editora; 1970. 283 p.

Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface - comunicação, saúde e educação* 2008; 12 (24) 125-40.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Associação Paulista de Medicina. Federação dos médicos do estado de São Paulo. Por que somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003. 19 p.

Cutolo LRA, Deleizoicov D. Contextualizando as políticas de Educação Médica Brasileira. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2003a; 32(3): 15-20.

Cutolo LRA, Deleizoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2003b; 32 (4): 23-34.

Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 224-244.

Duarte NE. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*, 2000; 6(3): 631-57.

Epi Info [computer program] Versão 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and .

Epi Info, Versão 6.0. Um programa de processamento de texto, banco de dados e estatística para Saúde Pública em microcomputadores IBM-compatíveis. São Paulo: Imprensa Oficial o Estado S.A. Imesp. 1997; 589p.

Feuerwerker LC. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Feuerwerker LC. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.

Feuerwerker L. Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate. 2005; 2:25-35.

Foucault M. A microfísica do poder. 15 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2000. 295p.

Goldenberg P. O processo de planejamento: lições de uma vivência. In: Batista NA, Batista SHSS, Abdalla Y (org). Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. p. 289-02.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: Resultados do Universo 2000. [acesso em 01 de setembro de 2009]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História Ciência Saúde Manguinhos 2001; 8 (1): 48-70.

Koifman L. O Ensino Médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Lampert JB. Educação em Saúde: para não perder o trem da história. Cadernos ABEM 2006; 2:81-2.

Lampert JB. Tendências de mudanças na transformação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 283p.

Lima GZ, Almeida HGG, Ferreira OF, Linhares REC, Oberdiek HI, Colus IMS. Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): construindo a capacitação em Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica 2003; 27: 5-1.

Maia JA. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG (org). Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência, 2005.p.39-54.

Marins JJ, Marino JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RL, org. Formação de Médicos no Brasil: estudos dos egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: Abem; 2005. 88p

Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Mourão LC. O Professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. Revista Brasileira de Educação Médica 2008; 32(3): 333-46.

Oliveira NA. Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros. [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Oswaldo Cruz; 2007.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud em el mundo 2008. La atención primária de salud; 2008. 127p.

Peixinho AL. Educação Médica - O desafio de sua transformação. [Tese –Doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, 2000.

Rao HR. Perspectives in Medical Education 3. Reforming medical education to change healthcare practice in Japan The Keio Journal of Medicine 2006; 55(4):141-148.

Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Revista Saúde Pública 2002; 36 (3): 375-8.

Siqueira BP. CINAEM – um pouco de sua história. Cadernos ABEM 2006; 2:54-3.

Teixeira CF. Ensino da Saúde Coletiva na graduação. Cadernos ABEM 2004;1: 20-22.

Tilburt J, Goller G. Viewpoint: the importance of world for medical Education. Journal of the Association of American Medical Colleges Academic Medicine 2007; 82 (8): 819-22.

Zanoli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

1. Acuña LE. Teaching Humanities at the National University of La Plata, Argentina. *Academic Medicine* 2003; 78(10): 1024-7.
2. Aguiar AC. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: Arruda BKG. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e Ministério da Saúde; 2001.p. 69-86.
3. Albizuri E. O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular. TCC, UFSC. 2004.64p.
4. Albuquerque VS, et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(3): 356-362.
5. Almeida M, Feuerweker L, Llanos MC (org). *Educação dos profissionais de saúde na América Latina Teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec: Buenos Aires: Lugar Editorial e Londrina Ed. UEL; 1999. v.2. 434p.
6. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001; 25 (2): 42-52.
7. Almeida SC. O avanço da privatização na Educação Brasileira: O ProUni como uma nova estratégia para a transferência de recursos públicos para o setor privado. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2006.
8. Amâncio BAF, Vieira ALS, Garcia ACP. Formation in Medicine and Nursing in Brazil. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2006; 30 (3):161-70.
9. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca cd. A estratégia saúde da família. In: Duncan, Bruce B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências 3ª edição*. Porto Alegre: ARTMED; 2004. p. 88-99.

10. Arruda BKG, Arruda IKG. Educação Média: a importância de fortalecer os elos entre ensino, pesquisa e ação. In: Arruda BKG. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)/Ministério da Saúde; 2000. p. 209-226.
11. Associação Brasileira de Educação Médica. [acesso em 02 fev 2009]. Disponível em: URL: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php>.
12. Baernstein A, Liss HK, Carney PA, Elmore JG. PA, Elmore JG. Trends in study methods used in undergraduate medical education research. (Review). Journal Article Review JAMA 2007; 298 (9): 1038-45.
13. Baernstein A, Liss HK, Carney PA. Trends in study methods used in undergraduate Medical Education Research, 1969-2007. JAMA 2005; 298 (9): 1038-45.
14. Bell HS, Ferretti SM, Ortoski RA. A three-year accelerated medical school curriculum designed to encourage and facilitate primary care careers. Association of American Medical Colleges 2007; 82(9): 895-899.
15. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AF, Benedetto MA, Pinheiro TR. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities, and Innovations. Academic Medicine 2008; 83 (7): 684-690.
16. Bordin R. Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 236p.
17. Borrell BRM. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. OPS / OMS. Serie OPS / Argentina. Publicacion n 53. Buenos Aires. 2001. (Recursos humanos e de saúde em Argentina/2001. OPAS / OMS).
18. Boulet JR, JJ Norcini, Whelan GP, Hallock JA, Seeling SS. O gasoduto graduação médica internacional: tendências recentes na residência de formação e certificação. Saúde aff. Estatísticas Universitarias. Anuário 99-03. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. (Universidade estatísticas. Relatório anual 1999-2003. Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia). Buenos Aires, 2004. 2006:469-7.

19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p.
20. Brescia S, Quayle J. A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital-escola: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Educação Médica*; Rio de Janeiro 1997; 21: 36-43.
21. Briani MC. História e construção social do currículo na educação médica : a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2003.
22. Byrne DW. Publishing your Medical Research Paper. What they don't teach in Medical School. Baltimore, M.D.: Williams & Wilkins; 1998, 298 p.
23. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W, Mattos MCI. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Revista brasileira de Educação Médica* 2008; 32(3): 374-2.
24. Cadernos de textos. I Seminário de avaliação da reforma curricular do curso de medicina da UFSC. Oficina da reforma curricular. Florianópolis, abril 2005. 134p.
25. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto e Contexto Enfermagem* 2008; 17(1): 64-1.
26. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (4): 849-859.
27. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(supl): 1865-74.
28. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15 (2): 23-33.

29. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (2): 301-6.
30. Campos JJB, Alvarenga GM, Ideriha NM, Baldy JLS. Seminário de Avaliação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (regime seriado). *Revista Brasileira de Educação Médica* 1997; 21: 32-5.
31. Campos MA, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32 (1): 83-8.
32. Carney JK, Hackett R. Community-academic partnerships: a “community-first” model to teach public health. *Education for Health* 2008; 21(1):166.
33. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.
34. Centeno AM. The Programs and Context of Medical Education in Argentina. *Academic Medicine* 2006; 81(12): 1081-4.
35. Chacra FC. Metodologia centrada na primeira pessoa na experiência do vínculo. In: Barros N F, Cecatti JG, Turato ER (org). *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2005, p. 185-2.
36. Chamberlain LJ, Wang NE, Ho ET, Banchoff AW, Braddock CH^{3rd}, Gesundheit N. Integrating collaborative population health projects into a medical student curriculum at Stanford. *Academic Medicine* 2008; 83 (4): 338-4.
37. Conaboy KA, Nugmanova Z, Yeguebaeva S, Jaeger F, Daugherty RM. Central Asian republics: a case study for medical education reform. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2005; 25(1):52-64.
38. Cruz EMTN. Formando médicos da pessoa - o resgate das relações médico-paciente e professor-aluno. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1997; 21: 22- 8.

39. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.
40. Currículo do Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Colegiado do curso de medicina. Imprensa Universitária: Belo Horizonte; 1976. 41p.
41. Da Ros MA. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA. Da proposta à ação: Currículo Integrado do Curso de Medicina da UFSC. Florianópolis: Editora UFSC, 2005. p 59-80.
42. Deslandes SF, Neto OC, Minayo MCS (org). Pesquisa Social teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 79p.
43. Dobie S. Viewpoint: reflections on a well traveled path: self-awareness mind ful practice and relationship-centered care as foundations of medical education. Academic Medicine 2007; 84(4): 422-7.
44. Dower CM, Gagnola CM, Finocchio LJ. Changing nature of physician licensure. Implications for medical education in California. West J Med 1998; 168 (5):422-7.
45. Drees BM, Arnold L, Jonas HS. The university of Missouri-Kansas city school of medicine: thirty-five years of experience with a nontraditional approach to Medical Education 2007; 82(4): 361-9.
46. Escolas Médicas do Brasil. [acesso em 09 de abril de 2009]. Disponível em: URL: <http://www.escolasmedicas.com.br>.
47. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 1998, 208p.
48. Federação Mundial de Educação Médica. Normas Mundiais. [acesso em 09 de março de 2006]. Disponível em: URL: <http://www.sund.ku.dk/wfme>.

49. Fincher R, Simpson D, Mennin S, Rosenfeld G, Rothman A, McGrew M, Hansen P, Mazmanian P, Turnbull J. Scholarship in Teaching: An Imperative For the 21st Century. *Academic Medicine* 2000; 75: 887-4.
50. Fishleder AJ, Henson LC, Hull AL. Cleveland Clinic terner College of Medicine an innovative approach to Medical Education and the training of physican investigators. *Academic Medicine* 2007; 82(4): 390-6.
51. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid, Alianza Editorial, 1986.
52. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. 8 reimpre. São Paulo: Atlas, 2007. 207p.
53. Gonçalves RL, Soranz DR, Malafaia MF. Formação de médicos no Brasil: estudo dos egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: Abem; 2005 88p.
54. Gukas ID. Global paradigm shift in Medical Education issues of concern for Africa. *Medical Teacher* 2007; 29 (9): 887-2.
55. Hanson JL, Randall VF. Advancing a partnership: patients, families, and medical educators. *Teaching & Learning in Medicine*. 2007;19 (2):191-7.
56. Hoat L, Wright EP. Community-university partnership: key elements for improving field teaching in medical schools in Vietnam. *Rural & Remote Health* 2008; 8 (4): 894.
57. Igumbor EU, Del Rio A, Buso DL, Martínez JM. Training Medical Students in the Community - Memoirs and Reflections of the University of Transkei Medical School. *Med Educ Online* [serial online] 2006 [acesso em 1 de jun de 2009]; 11:2. Disponível em: URL: <http://www.med-ed-online.org/pdf/f0000110.pdf>.
58. Izadnegahdar R, Correia M, Ohata B, Kittler A, Kuile Sonia, Vaillancourt S, Saba N, Brewer TF. Global health in Canadian Medical Education: Current Practices and opportunities. *Academic Medicine* 2008; (2): 192-8.

59. Johnson I, Donovan D, Jean MB. Steps to improve the teaching of public health to undergraduate medical students in Canada. *Academic Medicine* 2008; 83(4): 414-8.
60. Kalet A. Medical Training in School Based health centers: a collaboration among five medical schools. *Academic Medicine* 2007; 82(5): 458-4.
61. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2004; 11(3); 569-85.
62. Kidder LH (org). Método de Pesquisa nas relações sociais. 4ª edição norte americana. Vol II, 4ª. Ed. Medidas na Pesquisa Social. São Paulo: EPU 1987.
63. Kim H. Controle de qualidade de um currículo implementado. In: Lewy A (org). Avaliação de currículo. São Paulo EPU: Ed. Universidade de São Paulo, 1979.p. 155-68.
64. Kozu T. Medical Education in Japan. *Academic Medicine* 2006; 81(12): 1069-5.
65. L'Abbate S. Intervenção e Pesquisa qualitativa em análise institucional In: Barros N F, Cecatti JG, Turato ER. (org). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2005 p. 235-46.
66. Lampert J. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001; 25: 07-17.
67. Lypson ML, Ross PT, Kumagai AK. Medical Students perspectives on a multicultural curriculum. *Journal of the National Medical Association* 2008; 100(9):1078-3.
68. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LW, Ashar BH, Magaziner JL, Miller RG, Thomas PA, Prokopowicz GP, Qayyum R, Bas EB. Title effectiveness of continuing medical education (Review) 165 refs. *Source Evidence Report. Technology Assessment* 2007; (149): 1-69.

69. Marins JJ. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004; p.97-108.
70. Marsh V, Kamuya D, Rowa Y, Gikonyo C, Molyneux S. Beginning community engagement at a busy biomedical research programme: experiences from the KEMRI CGMRC-WELLCOME Trust Research Programme, Kilifi, Kenya. *Social Science & Medicine* 2008; 67 (5): 721-33.
71. McIntosh S, Block R, Kapsak G, Pearson TA. Training Medical Students in Community health: a novel required fourth-year clerkship at the University of Rochester. *Academic Medicine* 2008; 83 (4): 357-3.
72. Milnitsky-Sapiro C. Teorias em Desenvolvimento Sociomoral: Piaget, Kohlberg e Turiel – Possíveis implicações para a educação moral na Educação Médica. *Rev Bras de Educação Médica* 2000; 24(3):4.
73. Mizukami MGNI. Formação Continuada de Professores e mudança na prática pedagógica. In: Myrtes A, (org). *O trabalho docente: teoria & prática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003. p. 58-60.
74. Noronha Filho G, Resende JB, Lemme AC, Ney Júnior G, Frossard A. Formação médica e integração de atividades docentes assistenciais. *Revista Saúde Pública* 1995; 29(3): 215-20.
75. Nunes ED. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). *História Ciências e Saúde Manguinhos* 1999-2000; 6(3): 631-57.
76. Oliveira WF, Souza PA. Inserção comunitária do estudante de medicina na primeira fase: a experiência na UFSC. *Revista Ciências da Saúde* 2006; 25: 69-6.
77. Organização Mundial da Saúde. *Trabalhar em conjunto para a saúde. A World Health Report 2006*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006.
78. Organização Pan-Americana da Saúde. *Oficina de Trabalho: reflexão crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde*. Projeto elaborado pelo

- programa de desenvolvimento de recursos humanos da representação OPAS no Brasil. Organização Mundial de Saúde. Brasília, jun. 1993.
79. Pierantoni CR, Ribeiro ECO. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: Arruda BKG (org). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. 179-200.
 80. Poncelet A, O'Brien B. Preparing Medical Students for clerkships: a descriptive analysis of transitions courses 2008; 83(5): 444-1.
 81. Post DM, Stone LC, Knutson DJ, Gutierrez TL, Sari F, Hudson WA. Enhancing behavioral science education at the Ohio State University college of medicine. Academic Medicine 2008; 83 (1): 28-6.
 82. Pova L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22 (8): 1555-64.
 83. Quintino TCA. Alice no país das Maravilhas: interdisciplinariedade, currículo integrado e um grupo de professores que mergulhou na toca do coelho. Mestrado em Educação Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. 2005, 87p.
 84. Rao HR. Perspectives in Medical Education 4. A "global" dimension to reform at Keio University. The Keio Journal of medicine 2007; 56 (1):1-13.
 85. Rede Unida. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, 2002.
 86. Reed DA, Cook DA, Beckman TJ, Levine RB, Kern DE, Wright SM. Association between funding and quality of published medical education research JAMA 2007:1002-9.
 87. Rigsby L. Delineamentos de Pesquisa de levantamento. In: Kidder L (org). Métodos de Pesquisa nas relações sociais. São Paulo: EDU; 1987.

88. Rivorêdo CRSF. Um modelo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos. In: Barros N F, Cecatti JG, Turato ER (org). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2005. p. 207-15.
89. Roex A, Degryse J. Viewpoint: introducing the concept of epistemological beliefs into Medical Education: the hotair-balloon Metaphor. *Academic Medicine* 2007; 82(6): 616-20.
90. Schimidt LM, Ribas MH, Carvalho MA. A prática pedagógica como fonte de conhecimento. In: Queluz AG, Alonso M (org). O trabalho docente teoria & prática. São Paulo: Pineira Thomson Learning, 2003. p. 19-33.
91. Schonrock AJ, Heijne-Penninga M, Van Duijin MA, Geertsma J, Cohen-Schotanus J. Assessment of professional behaviour in undergraduate medical education: peer assessment enhances performance J. *Medical Education* 2007; 41 (9): 836-42.
92. Silva CAJ. Interação Escola Médica-Serviços. *Cadernos ABEM* 2004; 1:9-11.
93. Simpson DE, Fincher RME. Fazendo um caso para o ensino escolar. *Academic Medicine* 1999; 74: 1296-9.
94. Smits PBA, Verbeek JHA, Buissonje CD. Learning based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002; 324: 153-6.
95. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24: supl1.
96. Souza PA, Coelho EBS, Trevisan EMBM. Interação Comunitária: um desafio em construção. In: Da proposta à ação: Currículo Integrado do Curso de Medicina da UFSC. Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA. Florianópolis: Editora UFSC, 2005 p. 169-82.
97. Souza PA, Zeferino AMB, Ros MA. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED) *BMC Medical Education* 2008; 8:54.

98. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
99. Stella RCR, Campos JJB. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Brasil. *Cadernos ABEM* 2006; 2:73-7.
100. Stenzel ACB, Misoczky MCA, Oliveira AI. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: Misoczky MC, Bordin R (org). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa, 2005. p.87-01.
101. Takeda S. A organização de serviços de saúde de atenção primária à saúde. In: Duncan BB. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004. p.76-87.
102. Teo A. The current state of medical education in Japan: a system under reform. *Medical Education* 2007;41: 302-8.
103. Teo AR. This perceptions of medical education in Japan: how reform is changing the landscape. (Journal Article) *Keio Journal of Medicine* 2007; 56 (2): 61-3.
104. WFME (World Federation of Medical Education) - Estratégias Educacionais. In: Chaves M, Rosa AR. *Educação Médica nas Américas - O Desafio dos Anos 90*. São Paulo: Cortez Editora; 1990. p.36-5.
105. William RS, Casey PJ, Kamei RK, Buckley EG, Soo KC, Merson MH, Krishnan RK, Dzau VJ. A global partnership in medical education between Duke University and the National University of Singapore. *Journal Article. Academic Medicine* 2008; 83 (2):122-7.
106. Zanolli ML, Mendes RT. Enfoques qualitativos nas pesquisas sobre políticas e práticas de atenção à saúde da criança e do adolescente. In: Barros N F, Cecatti JG, Turato ER (org). *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2005. p. 167-84.
107. Zeiger M. *Essentials of writing biomedical research papers*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2000.

9. ANEXOS

9.1: Entrevista com as Escolas que receberam o PROMED (Pesquisa Qualitativa)



Entrevista

1. Hoje, quais as características principais da proposta de mudança?
2. Essa mudança já é um processo consolidado? Por que? O que fazer?
3. Houve mudança em relação ao modelo anterior? Por que?
4. Quais os mais importantes desafios?
5. Existe avaliação do processo de mudança? Quem faz e como é usada?
6. Há linhas de investigação? Como foram definidas? Há produção científica?
7. Há capacitação/educação permanente dos docentes? Como funciona?
8. As disciplinas do chamado ciclo básico estão de que forma apresentadas no currículo. Como foi/como é a convivência com elas?
9. Como é a avaliação dos estudantes? Quem define? Quem aplica? Para que serve?
10. Mudança de gestão na prefeitura ou na universidade causou problemas ou facilidades?
11. Em janeiro de 2006 completará os 3 anos de PROMED. Como continuará as mudanças sem o auxílio.
12. Algum outro ponto relevante a destacar?

9.2: Questionário



Questionário

Responsável pelo preenchimento: _____

Cargo Ocupado: _____

Escola: _____

Data: _____

() Pública : () Federal () Estadual () Municipal

() Privada _____

QUESTIONÁRIO

1. Sua escola possui qual modelo de currículo:

- () Tradicional
- () Modular
- () Modular Integrado
- () Aprendizado baseado em problemas
- () Outro _____

2. Sua escola está em mudança curricular:

() Sim () Não

3. Se sim; começou no ano de _____ a implantação do novo currículo e qual o modelo escolhido:

- () Tradicional
- () Modular
- () Modular Integrado
- () Aprendizado baseado em problemas
- () Outro _____

4. A mudança curricular foi concluída ou vai ser concluída em qual ano?

Ano: _____ () Não se aplica



5. Acha que a falta do PROMED impediu ou dificultou a transformação curricular na sua escola?

Sim Não Não se aplica

6. Se sim na anterior, por quê? _____

PEDIATRIA

7. A pediatria é uma disciplina independente?

Sim Não

8. A Pediatria está inserida dentro do módulo integrado?

Sim Não

9. A partir de que semestre a pediatria é inserida no currículo?

1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.
 7°. 8°. 9°. 10°. 11°. 12°.

10. Quem ensina pediatria?

Pediatra
 Pediatra e outros profissionais
 Outros profissionais

11. Quais os temas abordados na pediatria?

12. Qual a carga horária da pediatria dentro do curso: _____ horas/aula.

13. Percentagem da carga horária de pediatria em:

Área ambulatorial geral hospitalar
 Atenção básica (na rede)
 Pronto socorro
 Neonatologia



-) Enfermaria geral secundária
-) Enfermaria geral terciária
-) Área ambulatorial especializada
-) Área de cuidados intensivos neonatais
-) Área de cuidados intensivos pediátricos

14. A sua escola tem departamento de Pediatria?

-) Sim) Não

15. A sua escola tem Pós graduação em Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente

-) Sim) Não

16. Existe ensino da pediatria dentro das equipes de saúde da família

-) Sim) Não

17. A sua escola e/ou Departamento de Pediatria participa na formação dos médicos de família.

-) Sim) Não

CLÍNICA MÉDICA

18. A Clínica Médica é uma disciplina independente?

-) Sim) Não

19. A Clínica Médica está inserida dentro do módulo integrado?

-) Sim) Não

20. A partir de que semestre a Clínica Médica é inserida no currículo?

-) 1°.) 2°.) 3°.) 4°.) 5°.) 6°.
) 7°.) 8°.) 9°.) 10°.) 11°.) 12°.

21. Quem ensina Clínica Médica?

-) Médico
-) Médico e outros profissionais
-) Outros profissionais



22. Quais os temas abordados na Clínica Médica?

23. Qual a carga horária da Clínica Médica dentro do curso: _____ horas/aula

24. Percentagem da carga horária de Clínica Médica em:

- Área ambulatorial geral hospitalar
- Atenção básica (na rede)
- Pronto socorro
- Maternidade
- Neonatologia
- Enfermaria geral secundária
- Enfermaria geral terciária
- Área ambulatorial especializada
- Área de cuidados intensivos neonatais
- Área de cuidados intensivos pediátricos

25. A sua escola tem departamento de Clínica Médica?

- Sim Não

26. A sua escola tem Pós-graduação em Clínica Médica

- Sim Não

27. Existe ensino da Clínica Médica dentro das equipes de saúde da família

- Sim Não

28. A sua escola e/ou Departamento de Clínica Médica participa na formação dos médicos de família.

- Sim Não

TOCOGINECOLOGIA

29. A tocoginecologia é uma disciplina independente?



Sim Não

30. A tocoginecologia está inserida dentro do módulo integrado?

Sim Não

31. A partir de que semestre a tocoginecologia é inserida no currículo?

1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.
 7°. 8°. 9°. 10°. 11°. 12°.

32. Quem ensina tocoginecologia?

Ginecologista
 Ginecologista e outros profissionais
 Outros profissionais

33. Quais os temas abordados na tocoginecologia?

34. Qual a carga horária da tocoginecologia dentro do curso: _____ horas/aula

35. Percentagem da carga horária de tocoginecologia em:

Área ambulatorial geral hospitalar
 Atenção básica (na rede)
 Pronto socorro
 Maternidade
 Enfermaria geral secundária
 Enfermaria geral terciária
 Área ambulatorial especializada
 Área de cuidados intensivos neonatais
 Área de cuidados intensivos pediátricos

36. A sua escola tem departamento de tocoginecologia?

Sim Não

37. A sua escola tem Pós graduação em tocoginecologia ou Saúde da Mulher:

Sim Não



38. Existe ensino da tocoginecologia dentro das equipes de saúde da família

Sim Não

39. A sua escola e/ou Departamento de tocoginecologia participa na formação dos médicos de família.

Sim Não

INTERAÇÃO COMUNITÁRIA OU ENSINO DA GRADUAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

40. A Interação Comunitária (Atenção Básica) é uma disciplina independente?

Sim Não

41. A Interação Comunitária está inserida dentro do módulo integrado?

Sim Não

42. A partir de que semestre a Interação Comunitária é inserida no currículo?

1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.
 7°. 8°. 9°. 10°. 11°. 12°.

43. Quem ensina Interação Comunitária?

Tutor/supervisor
 Sanitarista e outros profissionais
 Outros profissionais

44. Quais os temas abordados na Interação Comunitária?

45. Qual a carga horária da Interação Comunitária dentro do curso: _____ horas/aula

46. Quem são os supervisores/tutores das unidades da IC? _____

47. Qual a relação entre a teoria e a prática Como ela se dá? _____



48. A sua escola tem departamento de Interação Comunitária?

Sim Não

SAÚDE COLETIVA

49. A sua escola tem Pós-graduação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública:

Sim Não

50. Existe ensino da Saúde Coletiva dentro das equipes de saúde da família

Sim Não

51. A sua escola e/ou Departamento de Saúde Coletiva participa na formação dos médicos de família.

Sim Não

52. A sua escola e/ou Departamento de Saúde Coletiva tem residência em Saúde Coletiva?

Sim Não

9.3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de consentimento livre e esclarecido

a) Exmo. Sr.(a) Coordenador (a) do Curso de Medicina da _____, Prof. _____, a VS^a está sendo convidada a participar de um estudo intitulado: **O PROMED - AS ESCOLAS DE MEDICINA E MUDANÇAS CURRICULARES**

b) O objetivo desta pesquisa é principalmente conhecer o ensino de Graduação de Medicina das Escolas Médicas que se submeteram ao PROMED (Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina), e posteriormente, de uma forma mais específica: investigar a inserção do aluno na comunidade, conhecer o projeto pedagógico do curso; identificar o incentivo do PROMED as mudanças curriculares

c) Não há risco em participar desta pesquisa.

d) Para participar do estudo, a VS^a. deverá responder uma entrevista que será gravada e um questionário, de preferência no período de 7 dias, e juntamente com este Termo, enviá-los do seu próprio e-mail para: p.as@ig.com.br e pas@fcm.unicamp.br.

e) O pesquisador poderá ser contatado pelo telefone (0xx48) 9111-7379 ou (0xx48) 331-9388, durante no horário de 13h00 às 19h00, diariamente para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.

f) Os benefícios esperados pelo estudo será conhecer o ensino de Graduação em Medicina, com a intenção posterior de propor, se necessário, sugestões para este tema de estudo.

g) Estão garantidas todas as informações que a VS^a necessite, antes, durante e depois do estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária, não recebendo qualquer valor em espécie. A VS^a. tem a liberdade de recusar a participação no estudo, ou se concordar em participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo orientador da pesquisa e pelas autoridades legais.

j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade da VS^a. ou da Instituição ao qual representa.

l) Quando os resultados forem publicados, VS^a receberá uma cópia dos dados referentes a sua instituição, via e-mail. Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo ao qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Coordenador Curso de Graduação de Medicina

Data: ____/____/____

Pesquisadoras: Patrícia Alves de Souza
Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente
FCM/UNICAMP

Orientadora: Prof^a. Dr^a Angélica Maria Bicudo Zeferino
FCM/UNICAMP

9.4: Artigo Publicado

Research article

Open Access

Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED)

Patrícia Alves de Souza¹, Angélica Maria Bicudo Zeferino*¹ and Marco Da Aurélio Ros²

Address: ¹Graduate Program in Child and Adolescent Health of the Faculty of Medical Sciences (FCM), the State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil and ²Departament of Public Health, University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brazil

Email: Patrícia Alves de Souza - p.as@ig.com.br; Angélica Maria Bicudo Zeferino* - ambz@fcm.unicamp.br; Marco Da Aurélio Ros - ros@ccs.ufsc.br

* Corresponding author

Published: 27 November 2008

Received: 13 May 2008

BMC Medical Education 2008, **8**:54 doi:10.1186/1472-6920-8-54

Accepted: 27 November 2008

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/54>

© 2008 de Souza et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License

(<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: The Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was developed by the Brazilian Ministries of Health and Education. The objective of this program was to finance the implementation of changes to the curricula of medical schools directed towards the Brazilian national healthcare system (SUS). This paper reports research carried out together with the coordinators responsible for the PROMED of each medical school approved, in which interviews were used to evaluate whether this financial support succeeded in stimulating changes. The aim of this study was to evaluate the impact of this program three years after implementation in the universities that received funding.

Methods: The 19 course coordinators of the medical schools in which the PROMED project was implemented were interviewed using a questionnaire containing 12 questions for qualitative analysis. This paper focuses partially on the reports of the results of this qualitative analysis. Laurence Bardin's.

Results: The universities interviewed were found to have some common concerns: the decoupling of basic and professional training difficulties in achieving proximity to the network of services; insufficient funding; and the emphasis of most teachers being on teaching hospitals and specialization. These findings indicate that the direction of curriculum reform (PROMED) is toward providing a targeted training for this system.

Conclusion: The interviewees were aware that this program would trigger future changes in all aspects of healthcare and represents an ongoing challenge to the academic field. PROMED provided the momentum for change in the nature of medical training in Brazil and was seen as powerful enough to override other processes and as a basis for guidance regarding the methodology, pedagogical approach and scenarios of practical experience.

Background

In 2002, the Program for the Promotion of Changes in Medical School Curricula (PROMED) was elaborated by the Ministry of Health (MS) in partnership with the Ministry of Education (MEC) with the objective of financing curricular reform in medical schools directed towards the Brazilian national healthcare system (SUS).

The PROMED program began in 2003, when nineteen medical schools were approved for participation, after a selection process that involved more than 100 universities. The three proposed areas of reform were: theory, practice and teaching [1]. At the time of implementation no plans for an evaluation procedure had been established.

The history of curricular reform in Brazil, the context of curricular reform within the Brazilian national health system (from the Single Health System to the Family Health Program) and the conception of the PROMED program are described herein.

Brazil is a large country with about 180 million inhabitants, from which at least 80% are national healthcare system (SUS) users [2], and more than 132 medical schools [3]. Nevertheless, the profile of the graduated physician is directed toward working in private clinics whereas the process of medical training should also be designed for the public system [1].

Within a broad social movement specific to the healthcare field a new constitution was approved in 1988 (following the end of Brazil's military dictatorship), and the Brazilian national healthcare system (SUS) was created. The previous model of this healthcare system benefited the medical-industrial complex and medical training was designed to adapt to this system. Doctors were trained to work in hospitals, and in private, specialized clinics, and basic healthcare was undervalued [4].

In the early 1990s, both MEC [5] and CINAEM (the Brazilian Inter-Institutional Committee for the Evaluation of Medical Teaching) discussed this situation and found that doctors lacked the necessary competence to fulfill the demands and expectations of society [5,6].

As a result of the World Conference of Medical Education in Edinburgh, 1988, the process of medical education began to change simultaneously, in several countries, and initiatives to stimulate and support the medical teaching reform were intensified, using "*Health for Everyone in 2000*" as their health organization slogan. It was then proposed that medical schools should prepare health professionals to develop the role of helping the real situation of the Brazilian population in a system of healthcare in

transformation [5]. It was only in 2001, when the curricular guidelines were finally approved that a change, in fact, was implemented in undergraduate teaching policies.

The World Health Organization recommends that there be one doctor for every 1000 inhabitants (1:1000). Although the Brazilian average is 1:594, there are some considerable regional differences between the North and Southeast regions, with ratios of 1:1190 and 1:432, respectively [7].

The total number of medical schools increased from 81 in 1995 to 125 in 2003, and the number of places offered to students had an increase of 20%, going from 7.622 to 12.081 in the same period [7].

All these changes led to the creation of PROMED, in 2002, which had the purpose of providing financial support for submitted projects, promoting and sustaining initiatives of curricular reform in medical schools that were willing to adapt their teaching methods, knowledge production and services to health requirements of the population [1,6]. The focus of the program was to qualify the professionals to practice medicine in a competent, ethical and socially responsible way [8].

The projects supported by PROMED deal principally with reform in the areas of theoretical guidance, pedagogical approach and locations for practical training [1]. This reform of the medicine course should be directed by the Curricular Regulations of the Medicine Course, so that the basis of the teaching should be to provide: 1. an ethical perspective, a humanistic view, and a sense of social responsibility and commitment to the citizen; 2. orientation toward health protection and promotion and disease prevention; 3. the ability to comprehend basic knowledge and integrate and apply it in professional practice; 4. orientation toward acting at primary and secondary levels of healthcare and resolving with quality problems related to health; 5. the ability to deal with primary urgency and emergency situations; 6. the ability to communicate and deal with multiple aspects of the doctor-patient relationship; 7. the ability to continuously learn during their whole professional life and to assess their own performance; and 8. the ability to act within and later lead a health team [7]. This creates conditions for the critical and creative training of professionals able to assimilate the ideal of 'learning to learn', generating mechanisms which contribute to the permanent reconstruction of their professional identity [1].

To reorganize and stimulating basic healthcare as a strategy to substitute the traditional model, which focused on the disease and hospital-based care, requires socially-oriented and technically qualified professionals who could

guarantee an effective health care to the community [8]. In the United States, the objective is to train a desirable number of physicians prepared to provide primary, basic healthcare [9].

PROMED provides resources for the implementation of the curricular guidelines approved by the Brazilian Ministry of Education (MEC) through financial support, guidance with respect to change, and flexibility in teaching procedures; in addition, it allows transformation to take place in other schools [1].

Three years after the implementation of PROMED, few evaluations of its processes had been carried out, and there was a need to assess the advances made and the difficulties encountered. The question posed was: what is PROMED's potential for promoting the desired curricular reforms? And the objective of this study was, therefore, to evaluate the impact of this program three years after its implementation in the universities that received the funding.

Methods

Coordinators from the 19 selected universities were interviewed, and their responses were qualitatively analyzed for evidence of themes. Content analysis technique [10] was employed to evaluate the variables indicating the difficulties and potential of this project (PROMED).

The 19 course coordinators are professors who are acting as course managers, that is, they receive a salary for occupying the position of coordinator of a medicine course. The course coordinators of the medical schools in which the PROMED project was implemented were interviewed using a questionnaire containing 12 questions for qualitative analysis. This paper focuses partially on the reports of the results of this qualitative analysis. Laurence Bardin's [11] content analysis was the technique used and the methodology was based on the qualitative research of Cecilia Minayo [12].

In the first reading of the interviews, 1182 words were highlighted, as determined by the rules relating to repetition of reading, until it was possible to record them and convert them into 9 categories: evaluation, curriculum guidelines and practice, faculty, permanent education – post-graduation – research, history of the school, internship, PROMED, and health in Brazil.

The category selected for this study was curriculum guidelines and practice, and two of the proposed sub-categories were analyzed these being: a) limitations (encompassing the difficulties and problems encountered in carrying out curriculum reform); and b) challenges (description of the

challenges to be faced, how they will be dealt with and what can be achieved within the perspective of reform).

To preserve anonymity, each school coordinator was identified with a reference code beginning with the letter E (educator) followed by a specific number. Interviews were transcribed and the themes described below emerged from the data. The participants read the "Free and Informed Consent Terms" and completed and signed it personally.

The project was approved by the Committee of Ethics in Research, Faculty of Medical Sciences, Campinas State University (UNICAMP), on September 27th 2005, project 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

Results and discussion

Types of universities in Brazil

In Brazil there are universities maintained by the state and federal governments (public institutions) in which free education is offered, as well as several medicine courses for which students have to pay fees (private institutions). There are also some universities partially supported by the government in which the student pays the remainder of the fee (semi-public institutions).

Another difference between the institutions is their history, some are 150 years old while others are less than 10. As a minimum curriculum is not required (according to the 1988 Constitution) the forms of teaching have also assumed a diversification, not only in terms of funding but also in terms of culture and curricular organization. Nevertheless, unexpected similarities were found in the analysis of the interviews. These common characteristics results from a hegemonic model installed in Brazil since the early sixties (Flexnerian model). Therefore, it was possible to note common concerns among the universities where the interviews were carried out: the dissociation between basic and specialist teaching; difficulties in achieving proximity with the network of services; insufficient funding and the emphasis given by the majority of professors to hospital-based specialized teaching.

These findings were observed in some interviews, for example:

E3: challenge – we have to consolidate this teaching in the community (...) and it is not yet adequate.

E8: I believe that it is not just in our school, (...) the need to reeducate the educators (...) trained according to the old model and who tend to just reproduce [material] or show resistance to implementing a new model.

E19: It is not sufficient that you talk to the professors and tell them that they need to refer to the healthcare network system (...) teach there (...) you have to show them that this area is absolutely indispensable for teaching medical students and other students in the field of healthcare.

These responses reveal the difficulties involved in convincing a professor to set aside the convenience of the institutional protection, which exists within the teaching hospital environment, to face the unknown. On the other hand, the current emphasis on the organization of healthcare in Brazil focuses on the Family Health Program, which is the foundation of the basic healthcare provided by the public health system (SUS). This program defends an ideal composed of the propositions of SUS such as: integrality, universality, equity, social control and hierarchical formation of the system. The principal objective of the curricular reform supported by PROMED is to promote training directed towards satisfying the requirements of this system.

These propositions have an undisclosed multiplicity of connotations that result in different meanings being attributed to the same term and consequently also in diversity in the forms of implementing changes. Terms such as equity, social control or integrality may be interpreted in different ways:

E2: the doctor who is integrated in the current situation with respect to citizenship...in an integrated way and who clearly understands the objectives that the curriculum reform asks of us.

E4: one of the fundamental conditions for this curriculum to work is its interdisciplinary nature...the principal focus being on the healthcare and health requirements of our population.

E10: based on [health] prevention and promotion.

Therefore, three different comprehensions affect the directionality of the curricular change. The interviews highlighted two categories from the analysis: limitations and challenges.

Limitations

This category includes obstacles that hinder implementation of the curriculum, ranging from faculty integration to curricular organization. There is a set of various grouped components that will be discussed below:

The integration of people (members of the faculty with those of the healthcare network and the community) and contents is a critical aspect of the curriculum.

E1: I think there still remains a lot to be integrated in this integrated curriculum

E7: After several years of discussions and seminars, forums, we have finally reached a diagnosis of the course, which was that there was no basic-clinical interaction.

E18: We are having a lot of difficulty with respect to integration with the community.

E17: When we started (...), there was a group that resisted a little. These proposals involve a lot of work in that they require meetings (...) with a lot of articulation, and sometimes there are some difficulties, sometimes things tend to go slightly backwards, but we understand that this is part of the process.

As may be seen, integration is a determining factor in the process, both in the sense of the faculty incorporating the contents of the curriculum and with respect to the resistance of the groups to changes, or even university-community integration. The partnership between the medical school and the teaching-services must be improved.

Another component is the lack of financial resources to implement the process of change and to maintain the curricular strategy. This problem is present in several schools, not only in the internal structure but in the overall structure itself and in the partnership between the medical school and the network that provides healthcare to the community.

E2: One of the things I consider a problem is the library. I really need to adapt it adequately.

E3: We need to identify other sources of aid, principally to be able to offer courses, hire consultancy services, and to stimulate community interaction since we don't have funding to pay people.

E17: ...we have several operational difficulties because the funding is in a single account belonging to the government, isn't it, belonging to the university; so, everything has to go out to tender, to a bid.

Every process of curricular reform needs funding to implement its new guidelines and to support the structures that have already been put in place.

Another component mentioned was the limitations represented by the faculty. There is a consensus that overcoming these limitations is fundamental for the development of the student. Even considering the transformation in which the faculty becomes an advisor and partner in the

learning process, crucial points may be found that interfere in the development of the projected curricular changes. The new view of teaching is not centered on the professor, but instead, he/she becomes a supervisor of the student participating in the teaching process, in which the student will learn through practice.

E2: The only problem that we continue to have is with respect to the group of anatomy professors and we are trying to find alternatives through the use of skills laboratories with model parts (...) to see if we can identify some professors who would also agree to adopt this way of working.

E9: A department with a long tradition of specialist or hospital activities (...) convincing them of the idea that this has to change (...) is difficult.

E11: It means permanent, continuous training, training so that these new methodologies may be successfully developed and implemented, and a new kind of relationship may be established with the students.

In other words, the reform was initiated prior to having the human resources required to carry it out. This is a contradiction that indicates a need to be progressively adapting to changes while the faculty is not yet prepared to implement them. This profile of the faculty has existed for decades and the training of new professors to work within this new curriculum has not yet been clearly established.

The course coordinators have experienced the challenge of creating new ways of doing things without removing the current model, and the faculties tend to offer resistance to incorporating the curriculum changes. The new relationship had not been inserted into the historical constitution of each professor. Therefore, there is a perception that this process could undergo a crisis and will take a long period of time to be implemented.

E4: It was and is a difficult process, particularly because you are obliged to witness the transition of different curricula (...) which forced us to go ahead with this process as each term approached.

E7: Now, with respect to the change in the theoretical concept, we believe that it is possible to change and we believe that this may take between 10 and 15 years considering that we have been discussing it since the year 2000 (...) the university has a structure that is...rigid and inefficient (...) there is a problem (...) we have not clearly defined the knowledge required to generate competence in a doctor.

E8: A process of change, of transformation, is much more complex than you can imagine or than you would envisage when you design a project.

E11: Always running the risk of...returning to hegemony and to the traditional ways because they are predominant out there (...) the majority of our professors, almost all of them, were trained in the traditional method, in a traditional view.

Another component of interest was the community-service interaction. One of the main guidelines of PROMED is the diversification of practical scenarios as a strategy in training a professional acting in primary healthcare, in this case, after their graduation, acting as general practitioners in the health system. The partnership between the university and the health unit is an agreement between the university and the municipal council where the schools are located. The students can begin their activities from the first phases in the health units of the district/communities, with knowledge of the territory, the customs, the services carried out in the health units, and the profile of the population. The students carry out the activities supervised by tutors contracted by the university, and they also participate in the activities of attending the patient during the course, gaining knowledge of the real demands of the assistance provided, and experiencing the everyday life of the health professionals in the community in which they attend the users of the health service. Ways to integrate the teaching process with the network of health services are being sought, including offering professionals at the local health units post-graduate courses in strategic areas or in areas lacking professionals trained by SUS. Although essential for medical training, this involves various problems, which, although reported in the other components, deserve further emphasis: problems with relationships, lack of funding, cultural differences, training, etc.

E3: The students find working in the community very strange; they question whether they are learning medicine there.

E5: Our curriculum was absolutely focused on hospitals. By forcing the student into the healthcare network we thought the result would be a greater focus on doctors working in primary and secondary healthcare.

E8: The difficulties are constant...our experience of the partnership...with the city council...made us aware that this partnership must have advantages for both sides.

E10: We have had some difficulties in placing our students in the healthcare system. We have succeeded because of our long tradition.

The category referring to limitations may be summarized as: the clear view of the coordinators is that this is a *process* of change. All change generates a certain discomfort and when it is a question of changing paradigms, and carrying out these changes with insufficient funding and with personnel who are not yet prepared for reform, this leads to new ways that are "incomplete, full of imperfections and challenges, because new things that continue to be burdened with the old ones need to be reinvented yet again". However, there is a clear perception that "it is the concrete questions that mobilize people; that create the strength required for interaction and action". You only learn to do things by doing them, and this process is still in its infancy [12].

Challenges

On the other hand, in contrast to the items presented as limitations, other options exist that are considered requirements that must be achieved. A component presented as a limitation may also be a potential item for change. In this respect, three components were identified: integration, the process itself, and the future, which are clearly characterized in the following dialogues.

E1: The most important challenges are: basic-clinical integration, integration between areas of knowledge and the collaboration of the professors in adhering to the proposals and working together to achieve this integration.

E3: The greatest challenge is basic-applied integration.

E14: Implementation of new teaching strategies in the area of primary healthcare in basic health units.

The challenges were found to be similar in the various medical schools. Through comprehension of the perspectives of all of the structural and ideological reforms it is possible to raise awareness of the importance of the governmental programs and the promotion of the curricular changes through programs such as PROMED.

E4: This change also brings us...an opportunity to see a curriculum as dynamic, something that should be undergoing permanent revision and adaptation to requirements and which should be in accordance with the wishes of the people who have participated in this educational experience.

E12: I think this is going to be one of the most difficult things in the future (...) it is in the change of the actors

involved that we show the importance of the partnership, isn't it?

E19: There is a long way to go yet before I can say (...) that it is completely consolidated (...) with respect to the teaching-service relationship; in our case we have a good relationship, but it is not perfect.

The challenges encountered go through the process of restructuring and also that of making the faculty aware of the process itself.

E16: It is a long process and is not yet complete, principally because we are changing people, changing ways of being.

Conclusion

In the movement for change in the training of health professionals in Brazil, the PROMED program was understood as being strong enough to trigger other processes. Nevertheless, it faces difficulties, one of which is that it has failed to predict the need for monitoring and the permanent application of an evaluation program. This evaluation will allow us to verify whether PROMED has been able to instigate this change or whether it lacks the necessary influence to achieve this.

The principal social actors involved in the process are ultimately the coordinators of the courses in which the reforms are being implemented. Within the 19 institutions, a great diversity of universes was found, which, in some way, functions as a synthesis of the opinion of these social actors. What may be deduced is that: the participants understand that this is a process, and is therefore unfinished; there are no protocols indicating how the changes should be carried out; and it will take a long time for the changes to be implemented. The course coordinators understand the limitations, and they have been making efforts to overcome them. They know that this process will trigger future changes in the overall practice of healthcare. It will be other professionals who will manage the healthcare system. Changes will no longer be limited to alterations in appearances, rearrangements of schedules or the introduction of a new course unit. "The pathways that lead to this are not easy; they involve suffering and confusion together with the pleasure of discovering new visions, new possibilities, new solutions" [13].

Competing interests

This article forms part of a doctoral dissertation, held at the Graduate Program in Child and Adolescent Health of the Faculty of Medical Sciences (FCM), the State University of Campinas (UNICAMP), Brazil.

Authors' contributions

PAS collected data, drafted the manuscript, made the analysis of the results. AMBZ participated in the orientation and preparation of the manuscript. MAR carried out the analysis of the results and participated in the writing of manuscript. All of the authors have read and approved the final manuscript.

References

1. PROMED: **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. *Uma nova Escola Médica para um novo Sis- tema de Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação 2002.
2. **Comunicação Social, 30 de agosto de 2004**. [<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtml>]
3. ABEM: **Associação Brasileira de Educação Médica**. [<http://www.abem-educmed.org.br/escolas.php>].
4. Ros MA: **A ideologia nos cursos de medicina**. In *Educação médica em transformação. Instrumentos para construção de novas realidades* Edited by: Marins JJ, Rego S, Lamper JB, Araújo JGC. ABEM. São Paulo: Editora Hucitec; 2004:224-44.
5. Feuerwerker L: **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. In *Tese (Doutorado em Saúde Pública)* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
6. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: **Por que somos contra a abertura de novos cursos de medicina? Associação Paulista de Medicina**. *Federação dos médicos do estado de São Paulo* 2003.
7. Filho AA, Vieira ALS, Garcia ACP: **Formation in medicine and nursing in Brazil**. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2006, **30(3)**:161-70.
8. **Organização Pan-Americana de Saúde** [<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/politrh.pdf>]
9. Henry R: **Community partnerships: going beyond curriculum to change health professions education**. *Med Educ Online* 1996, **1**:4.
10. Gillam S, Bagade A: **Undergraduate public health education in UK medical schools – struggling to deliver**. *Med Educ* 2006, **40(5)**:430-6.
11. Bardin L: **Análise de conteúdo**. *Edições 70*. São Paulo 1977.
12. Minayo MCS: **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde**. In *Hucitec – ABRASCO 3rd edition*. Rio de Janeiro – São Paulo; 1994.
13. Feuerwerker L, Costa H: **Intersectorialidade na Rede UNIDA**. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro 2005, **2**:25-35.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/54/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here



http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp