

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

“Os Novos Cursos de Medicina Fazem mal à Saúde?”

Autor: Lucirleia Alves Moreira Pierucci
Orientadora: Ana Maria Fonseca de Almeida

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por Lucirléia Alves Moreira Pierucci e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data:

Assinatura:.....

Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:

Prof.A Dra. Letícia Bicalho Canedo

Prof. Dr. Alexandre Leite Rodrigues de Oliveira

Suplente – Profa. Dra. Kimi Aparecida Tomizaki

Suplente – Profa. Dra. Heloisa Helena Pimenta Rocha

2007

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Z65e	Pierucci, Lucirleia Alves Moreira Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde / Lucirleia Alves Moreira Pierucci. -- Campinas, SP: [s.n.], 2007.
	Orientador : Ana Maria Fonseca de Almeida Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.
	1. Ensino superior. 2. Curso de medicina. 3. Currículo. 4. Estudantes de medicina. 5. Perfil profissional. 6. Mercado de trabalho. I. Almeida, Ana Maria Fonseca de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.
	06-798-BFE

Título em inglês: The new courses of medicine make badly to the health?

Keywords: Higher education; Course of medicine; Students of medicine ; Professional Profile ; Work market of

Área de concentração: Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte

Titulação: Mestre em Educação

Banca examinadora: Profa. Dra. Ana Maria Fonseca de Almeida (orientadora)

Prof. Dr. Alexandre Leite Rodrigues de Oliveira

Profa. Dra. Leticia Bicalho Canedo

Profa. Dra. Kimi Aparecida Tomizaki

Profa. Dra. Heloísa Helena Pimenta Rocha

Data da defesa: 2007

Programa de pós-graduação : Educação

e-mail : lucirleia@yahoo.com.br

*Dedico este trabalho ao meu marido Amauri,
à minha mãe Maria Alves de Araújo,
à minha avó, Sebastiana Olimpia (in memoriam)
e aos meus irmãos.*

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Do ponto de vista intelectual, agradeço com profunda gratidão e admiração a professora Ana Maria Almeida, por me acompanhar nesses anos de aprendizado, pela orientação atenta e paciente.

À professora Leticia, pelo desprendimento em ler o trabalho e sugerir caminhos que o enriqueceram significativamente.

Ao professor Alexandre e família pela sensibilidade com que contribuíram para o meu desenvolvimento, e por permitir o meu livre trânsito pelo laboratório, local em que durante os finais de semana e feriados junto com o Amauri, pude utilizar os micros para escrever esse trabalho.

À minha família, pelo carinho e incentivo em todos estes anos de estudo, e pelo apoio dado nos momentos de dificuldade.

Aos meus amigos, Izabel e Rebequinha, Wanda, Simone, Adriana (xexê) e sua família, Van, karol e aos demais companheiros da Cidade dos Meninos, em especial aos meus ex-alunos dos cursos profissionalizantes.

Às minhas colegas do Focus/FE, um grupo realmente diferenciado nas suas ações, sempre dispostas a ajudar e contribuir para o sucesso das pesquisas, “meninas” sem igual.

Aos meus amigos da Faculdade de Educação, aos colegas da pós-graduação, aos colegas e amigos do curso de mestrado e doutorado pela convivência, amizade e discussões. Aos professores da Pós, em especial à Néri.

Aos funcionários da Faculdade de Educação, desde a Recepção, Multimeios, Informática, Biblioteca, aos meninos do ‘xerox’, cantina, todos têm também sua parcela nesse trabalho.

Aos funcionários da Faculdade de Medicina da Unicamp, em especial das Coordenações de Graduação, Residência Médica, e Estágio, pelas preciosas informações e pela receptividade.

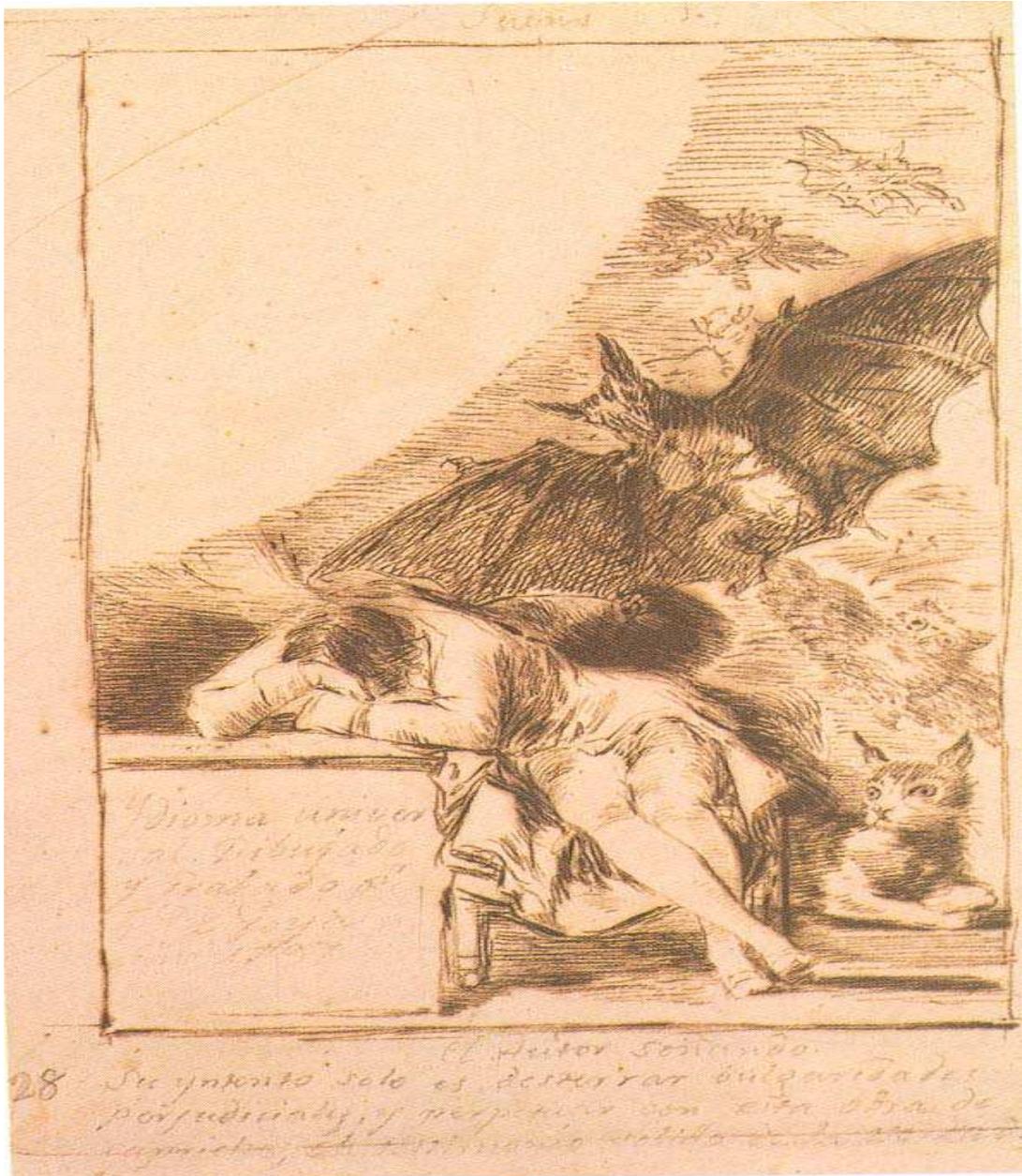
Agradeço aos professores e alunos da Faculdade de Medicina de Londrina, pela pronta resposta as minhas dúvidas e indagações, em especial aos professores Márcio Almeida e Maurício Marchese.

Agradeço também às entidades médicas CREMESP, Associação Médica Brasileira e a FENAM, pelo envio dos documentos solicitados. Ao Dr. Nassif, agradeço pelo depoimento.

À Fiocruz, em especial ao Dr. José Roberto e sua equipe de trabalho, pela acolhida.

Finalmente, agradeço ao meu companheiro de todas as horas, Amauri, pela paciência nos momentos de crise, pelo incentivo constante, pelo exemplo de dedicação e vontade que tanto me inspiraram nesses seis anos juntos.

À Capes pela contribuição financeira, que possibilitou condições materiais para desenvolver este trabalho nos últimos dois anos do mestrado.



“O sonho da razão produz monstros”
Francisco de Goya

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABP ou PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIRH/CNS	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos/Conselho Nacional de Saúde
CLATES	Centro Latino-Americano de Tecnologia e Educacional em Saúde
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRUB	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
CSE	Conselho Superior de Ensino
EMA	Educação médica nas américas
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina
FWKK	Fundação W. K. Kellogg
FR	Fundação Rockefeller
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MNRS	Movimento Nacional da Reforma Sanitária
MP	Medida Provisória
MPAS/INAMPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPV	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde

OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIUB	Programa de Avaliação das Instituições Universitárias Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PREPS	
RM	Residência Médica
SESu/MEC	Secretaria de Ensino Superior/MEC
SGMS	Secretaria Geral do Ministério da Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SNE	Sistema Nacional de Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
UDUAL	União das Universidades da América Latina
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNI	Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
USAID	United States Agency International Development
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- I. NÚMERO DE ESCOLAS DE MEDICINA CRIADAS, POR REGIÃO E POR PERÍODO
- II. ESTRUTURA DO CURSO CLÁSSICO
- III. NÚMERO DE VAGAS DE GRADUAÇÃO E DE INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL.
- IV. CONCENTRAÇÃO DE RESIDENCIA MÉDICA NO BRASIL
- V. ESPECIALIDADES CREDENCIADAS PELA CNRM
- VI. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA MÉDICA
- VII. ESTRUTURA CURRICULAR INICIAL - USP
- VIII. MODULOS CURSO DE MEDICINA – UEL
- IX. ÁRVORE PRIMEIRO ANO - MÓDULO 1 UEL
- X. QUADRO COMPARATIVO MODELOS
- XI. OBJETIVOS POR EIXO DE ORIENTAÇÃO
- XII. ATIVIDADES PROMED-UEL
- XIII. ORÇAMENTO DA ATIVIDADE
- XIV. MEMBROS REDE UNIDA

RESUMO

Esta pesquisa focaliza o debate sobre a formação médica contemporânea na sociedade brasileira por meio do estudo das lutas materiais e simbólicas que cercaram a transformação do modelo comunitário de medicina em currículo incentivado pelo estado. Interroga-se, particularmente, sobre os efeitos da circulação internacional dos médicos nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE:

Ensino Superior; Educação Médica; Formação Médica

ABSTRACT

This research looks into the medical education reform in course in contemporary Brasil by examining the process by which a new model, called “communitarian” approach, came to be endorsed by the Health and Education Departments, of State. It shows how the international circulation of doctors played a role in this process.

KEYWORDS:

Superior Education; Medical education; Medical formation

SUMÁRIO

<i>Dedicatória</i>	II
<i>Agradecimentos</i>	III
<i>Epígrafe</i>	V
<i>Lista de siglas</i>	VI
<i>Lista de tabelas e Gráficos</i>	VIII
<i>Resumo</i>	IX
<i>Abstract</i>	X

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1: A Produção Escolar do Médico	12
1.1 Saberes práticos x saberes escolares	12
1.2 Queres ser médico meu filho?: seletividades e elitização	15
1.3 O adiamento da Prática	15
1.4 A importância da Especialização: Residência	18
Capítulo 2: Modelos de formação e as novas configurações curriculares	28
2.1 Medicina Flexneriana ou científica	30
2.2 O modelo comunitário	35
2.2.1 O currículo da medicina comunitária: o caso da UEL	36
2.2.2 Implantação e Difusão desse Modelo	41
2.3 Intervenção de Organizações Internacionais e legitimação do modelo de medicina comunitária	42
a) Fundação Kellogg e os Programas UNI	
b) A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva	
c) A OPAS e os Departamentos de Medicina Preventiva e Social	
Capítulo 3: “Medicina Comunitária” como política de governo	58
3.1 Inspiração do Promed e ação da OPAS no Brasil	60
3.2 O PROMED e o fortalecimento do Projetos UNI (Kellogg)	65

3.3 Diretrizes Curriculares e o Programa de Incentivos MS/MEC	67
3.4 Guerras de desqualificação	69
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	
I. DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA NO PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINAS	85
II. PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES PARA AS ESCOLAS MÉDICAS (PROMED) RESULTADO DAS ESCOLAS SELECIONADAS	89
III. ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL: POR ANO DE CRIAÇÃO, VÍNCULO JURÍDICO E MANTENEDORA – 1808 A 2002	90
IV. ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS NO BRASIL	94
V. GRADE CURRICULAR CURSO DE MEDICINA DA USP	95
VI. NÚMERO DE CANDIDATOS INSCRITOS POR ESPECIALIDADES- UNICAMP	104
VII. ARVORES TEMÁTICAS DOS MÓDULOS PBL	106
VIII. MEMBROS DA COMISSÃO DO PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES - PROMED - MEC/MS -2002	113

INTRODUÇÃO

“Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde”

“Proteja-se: Lute pela proibição da abertura e novos cursos de Medicina”



Fonte: (Site: www.proteja-se.org.br)

“Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde”, tal é a frase que, desde meados dos anos 2000, ainda encontramos estampada em adesivos, como vemos acima, cobrem carros de várias cidades do estado de São Paulo e de outras regiões do país. Ela expressa, evidentemente, uma posição contra a criação de novos cursos de medicina e deixa supor uma luta em torno das autorizações de funcionamento desses novos cursos. Vinculado a isto está, não apenas uma luta corporativista pelo controle do número de médicos exercendo a profissão, mas também uma batalha simbólica sobre a formação médica legítima.

Essa campanha era encabeçada pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira. Por meio dela, estas duas entidades da área médica se posicionavam contra a autorização de funcionamento de determinados cursos que estariam “fora” do que elas consideravam como adequado. Que cursos seriam esses? O que diferenciava esses novos cursos daqueles já reconhecidos e aprovados pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira? Que critérios seriam utilizados para avaliar a abertura de um curso de medicina dentro dos princípios de “uma medicina ética com qualidade e compromisso social” alardeados nos adesivos? O que significaria um curso de medicina fazer “mal à saúde”? Fazem mal por não formarem bons profissionais?

Analisando os documentos do CFM e da AMB¹, observamos que as lutas em torno da criação de novos cursos não são uma novidade, ou um evento dos anos 2000. Em pelo menos dois outros momentos ao longo do século XX, essas lutas se manifestaram com bastante intensidade.

O primeiro momento se deu em meados da década de 60 dentro do seguinte contexto, durante quase um século apenas dois curso de medicina formavam médicos no Brasil, ambos foram criados com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil no início do século XIX, o primeiro em Salvador, Colégio Médico-Cirúrgico, o segundo no Rio de Janeiro², Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Como podemos observar no anexo 9, somente no final de 1898 criou-se outro curso de medicina desta vez no Rio Grande do Sul.

Nas primeiras três décadas do século XX, a distribuição regional dos cursos de medicina estendeu-se para as regiões Norte, no estado do Pará, Nordeste, nos estados do Ceará e em Pernambuco, a região Sul ganhou o segundo curso só que dessa vez no estado do Paraná. Os dados apresentados foram coletados nas publicações do CFM/AMB (2005), BRIANI (2003), AMARAL (2002).

O processo de concentração de cursos de medicina na região Sudeste teria se intensificado consideravelmente nesse período, com o surgimento de 06 novos cursos, dos quais 03 no Rio de Janeiro, 02 em São Paulo, 01 em Minas Gerais.

Das 27 escolas criadas no primeiro período, 13 escolas médicas surgiram entre os anos de 1808 a 1935. No intervalo entre 1935 e 1955, foram criadas outras 13 escolas.

Logo após a proposta de criação da 27ª. escola médica, em 1956, observou-se uma forte reação por parte de uma entidade médica. Nesse ano, a Associação Médica Brasileira (AMB)³, preocupada com esse aumento do número de escolas, e conseqüentemente de

¹ Dentre as finalidades da Associação, definidas em seu estatuto, estão a defesa da categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural; contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do País, orientar a população quanto aos problemas da assistência médica, preservar e recuperar a saúde e, ainda, elaborar a classificação de honorários para prestação de serviços médicos para convênios e concessão de título de especialista. O título de especialista é considerado uma das mais importantes contribuições da AMB à qualificação dos médicos, pois enfatiza a valorização a carreira médica e diferencia o profissional que o possui dentro do mercado de trabalho.

² VER ANEXO - Escolas Médicas do Brasil: Por Ano de Criação, Vínculo Jurídico e Mantenedora (1808 a 2002)

³ Dentre as finalidades da Associação, definidas em seu estatuto, estão a defesa da categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural; contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do País, orientar a população quanto aos problemas da assistência médica, preservar e recuperar a saúde e, ainda, elaborar a classificação de honorários para prestação

médicos, criou a Comissão de Ensino Médico, com o objetivo de avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil.

Essa reação da AMB teria sido uma resposta ao que considerava ser um desordenado crescimento das escolas médicas no país: alta concentração no Sudeste (12 cursos) e no Nordeste (9 cursos).

Os resultados do trabalho da comissão foram apresentados ao então presidente Juscelino Kubitschek, que incumbiu o médico Dr. Clóvis Salgado, então Ministro da Educação, de organizar uma Comissão Interministerial com a participação de professores de medicina para elaborar um projeto de lei com intuito de adequar o ensino de medicina no país àquela nova realidade (VERAS, 1981).

A iniciativa da AMB apontada acima é apontada por Amaral (2002), como sendo a primeira tentativa do movimento associativo médico de incluir na agenda política brasileira a questão da avaliação das escolas do país. Isso é uma das evidências de como a discussão sobre o número de médicos se associa à discussão sobre o tipo de currículo em vigor.

A partir da década de 60 com a reforma universitária e a expansão das vagas o sistema de ensino superior teve um novo aumento, até 1960 cerca de 27 escolas e cursos médicos respondiam por toda a formação, até 1969 o número de cursos chegara a 35, dos quais 22 se encontravam no Sudeste, 07 no Sul, enquanto no Nordeste, com relação ao período anterior, notamos uma queda considerável de nove para dois cursos, e um aumento na região Centro-Oeste que de zero expandiu para 03 cursos de medicina.

Em 1965, segundo o CFM (2005), o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, ou seja, um médico para 1.963 habitantes. Para tentar aumentar essa proporção o governo militar aumentou o número de matrículas no setor privado e público, essa expansão se deu mais no âmbito da iniciativa privada que de 4 cursos de medicina cresceu para 20, principalmente na região Sudeste.

Na década de 70 até a década de 80 o Brasil já contava com mais de 50 cursos dos quais 35 criados como vimos, na década anterior. Dos 17 cursos criados nesse período, 10

de serviços médicos para convênios e concessão de título de especialista. O título de especialista é considerado uma das mais importantes contribuições da AMB à qualificação dos médicos, pois enfatiza a valorização a carreira médica e diferencia o profissional que o possui dentro do mercado de trabalho.

ficavam no Sudeste, sendo 5 apenas em São Paulo; no Sul foram criados 3; no Nordeste 2 cursos; no Norte 1 e Centro-Oeste também 1.

O segundo, se deu em 1971, na ocasião a Associação Médica Brasileira (AMB), constatou o crescimento acelerado de escolas médicas, e encaminhou às autoridades responsáveis o documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil”, cuja repercussão gerou a constituição pelo MEC da Comissão de Ensino Médico. Esse aumento aconteceu principalmente em quatro estados: São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro. Isto significou um crescimento espetacular da matrícula, principalmente a partir de 1966, e foi percebido como gerando a possibilidade de uma forte pressão sobre o mercado de trabalho dos médicos (DONNANGELO, 1975).

Ao investigar o assunto, a Comissão de Ensino Médico produziu o “Documento n.º.1”, que reafirmava as conclusões e proposições do documento confeccionado pela AMB. Este documento serviu de subsídio a uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Com isso, apenas aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram se implantar. Dessa forma, durante 13 anos de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987 ficou suspensa a autorização a novos cursos de medicina no país⁴ (Ver quadro Ia)

QUADRO I: NÚMERO DE ESCOLAS DE MEDICINA NOVAS, POR REGIÃO E POR PERÍODO

Regiões/Períodos	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período
	1808-1959	1960-1969	1970-1989	1990-1999	2000- 2004
Norte	01	01	01	02	07
Nordeste	09	02	02	01	15
Centro-Oeste	00	03	01	01	05
Sudeste	12	22	10	07	13
Sul	05	07	03	06	04
Total P/ Período	27	35	17	17	44
Total Geral	140				

Fonte: DAES/INEP/MEC

⁴Bueno, R.R.L. & Pieruccini, M.C. Abertura de Escolas de medicina No Brasil: Relatório de um cenário sombrio. 2004.

Nossa hipótese inicial era de que essas lutas, caracterizadas na forma de campanhas contra abertura de novos cursos, estavam associadas aos momentos de expansão dos efetivos e levavam em consideração os efeitos dos enfrentamentos sobre o aumento do número de médicos em atividade no país.

Esse grupo reitera a má formação que é dada ao médico, principalmente através dos novos cursos, que tem infra-estrutura precária e péssimas condições de ensino.

Nesse mesmo ano, vi um cartaz na Faculdade de Educação convidando para uma palestra sobre um novo modelo de Ensino de Medicina que estava sendo desenvolvido pela Universidade Estadual de Londrina. Durante a palestra feita pelo então Vice-Reitor da UEL, Dr. Márcio José de Almeida, doutor em Saúde Pública⁵, tomei conhecimento do fato de que se desenrolava naquele momento no Brasil uma nova maneira de se formar um médico. Essa mudança se baseava em metodologias de aprendizagem baseada em situações problema, e contava com uma nova forma de organização não mais baseada em disciplinas, mas em módulos temáticos.

Após analisar mais a fundo a trajetória do Professor Márcio Almeida e de formar a sua rede de relações, chegamos a ABEM e a Rede Unida, duas Organizações voltadas para o fomento do chamado “Movimento de Mudança na Educação Médica”. Encontramos também forte influência da fundação Kellogg, que financiou na década de noventa, projetos em toda a América Latina voltados para formação de recursos humanos em saúde, que visava adequar a formação do médico às necessidades da comunidade. Esse programa financiado pela Kellogg, ficou conhecido como Programa UNI, no Brasil, foi incorporado pela Rede Unida e apoiado pela Abem.

Segundo Briani (2003), a criação da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), em 1962, “trouxe forte estímulo aos trabalhos de revisão de currículos”. Em 1971, o MEC (Ministério de Educação e Cultura) criou a Comissão de Ensino Médico, com o intuito

⁵ O conceito de saúde pública no Brasil está historicamente ligado à atuação do Estado: Saúde Pública = sanitarismo = higiene = público. A Saúde pública no Brasil, no entanto, "começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção de doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública. A saúde pública era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade - a epidemiologia". (GRIGORIO 2002, opcit. Bertolli Filho, 1999, p. 12-13)

de analisar a situação do ensino médico no país. Ao instalar-se, a Comissão solicitou a imediata suspensão do processo de criação de novas escolas. O primeiro documento dessa comissão, fruto da análise das respostas a um questionário enviado a todas as escolas e de visitas *in loco*, fez recomendações visando homogeneizar o processo de formação de médicos, contendo a expansão desordenada da rede escolar e estimando em bases mais realistas o número de vagas oferecidas pelas faculdades. Contraditoriamente os membros da ABEM **“reconheceram que o número de escolas era muito reduzido para as exigências do país”**.

Temos então a primeira oposição entre a ABEM⁶, favorável ao aumento do número de escolas de medicina, e AMB, segundo reforça Veras (1981),

em suas primeiras reuniões, a ABEM apontava o número insuficiente de médicos no país e a distribuição regional desigual, marcada pelo contraste entre a plethora de profissionais nos grandes centros e a carência no interior. Em 1966, o então ministro da Educação e Cultura, Raymundo Moniz de Aragão, na Quarta Reunião Anual da ABEM, lançava a proposta de criação de 6.000 matrículas para o 1º ano de medicina e a meta de 60.000 médicos em exercício no ano de 1976. A ABEM, coerente com suas posições anteriores, imediatamente colocou-se em defesa da proposta de expansão, valendo-se, para isso, de um inquérito que teria sido realizado com as escolas médicas e que demonstrara a necessidade de rápido aumento das vagas. O ano de 1966 foi precisamente aquele em que teve início a expansão do número de escolas e vagas, com o aval da ABEM. A expansão do ensino médico foi apoiada pela ABEM até 1970.

Esse fato ressalta a diferença entre AMB e ABEM, que de maneira geral se dá principalmente com relação à questão do número de médicos ser suficientes para a AMB e insuficientes para ABEM, e se há necessidade social para a criação de novos cursos no caso da AMB vemos que a preocupação é com a saturação do mercado e com a perda do prestígio do médico, já a ABEM, justificaria nas necessidades de médicos do SUS a abertura de novos cursos de medicina, principalmente os cursos de formação generalista, do chamado movimento da medicina comunitária.

(a) Expansão dos efetivos e lutas pelo currículo: uma relação um tanto obscura

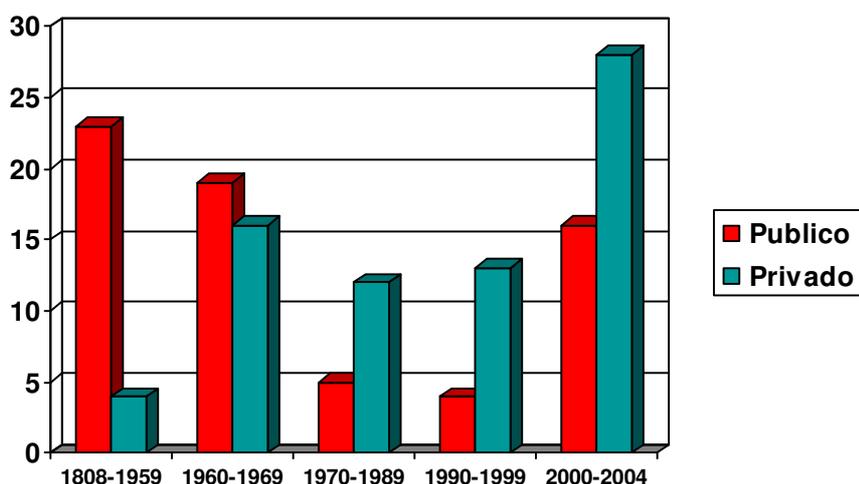
⁶ A ABEM, foi fundada em 21 de agosto de 1962, após suceder a Associação Brasileira de Escolas Médicas, com sede provisória na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Para Briani (2003), a sua criação trouxe um forte estímulo aos trabalhos relacionados a revisão curriculares. Possui entre os seus associados: institucionais, Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos vinculados a educação médica, individuais, honorários e beneméritos buscando o aprimoramento da Educação Médica.

Uma primeira questão que procuramos esclarecer foi a relação implícita nessa campanha entre “novos cursos” e a “má qualidade” desses.

Para isto estudamos, uma série de trabalhos sobre, por um lado, a história dos cursos de medicina e da profissão médica no Brasil e, por outro, análises sobre a profissão médica no país.

A partir desses estudos pudemos ver, em primeiro lugar, como a expansão do número de escolas médicas havia se acelerado a partir da década de noventa, uma tendência que se acentuou ainda mais nos anos 2000 em comparação com os anos 60. (Conforme anterior Tabela Ia)

Além disso, os dados produzidos pelos órgãos oficiais mostram que essa expansão se deu sobretudo no setor privado do sistema de ensino superior. (Tabela Ib)



Embora a coincidência entre o surgimento de uma campanha que alerta para os perigos das novas escolas de medicina e o crescimento acelerado dessas escolas possa parecer auto-explicativo, restava compreender os fundamentos do argumento: por que as novas escolas eram acusadas de produzir maus médicos?

A segunda fase do trabalho foi então dedicada a explorar essa questão. Para isto estabelecemos uma comparação entre os currículos de algumas novas escolas e de escolas tradicionais. No entanto, embora tenha sido relativamente fácil reunir documento sobre os currículos dessas escolas novas, percebemos logo que várias das escolas que havíamos classificado como tradicionais, por que estavam estabelecidas há mais de vinte anos e eram

instituições públicas de qualidade reconhecida no meio médico, estavam passando, justamente naquele momento por reformas curriculares importantes.

Ao final, o exame do currículo de faculdades particulares do estado de São Paulo mostrou que essas, por oposição ao currículo em vigor na USP, adotavam uma abordagem classificada, como “comunitária” e acusada, por seus opositores de ser, na verdade, “simplificada”.

Ficou claro, assim, que o aumento do número de cursos de medicina, principalmente em escolas privadas, mas não apenas, está baseado na adoção de um currículo que não exige grandes investimento.

A expansão real do número de efetivos⁷ serve como pano de fundo para uma luta contra a ampliação do número de escolas de medicina que se manifesta também como uma luta contra o currículo baseado na medicina comunitária, percebida como “medicina simplificada” e, portanto, passível de ser adotado por um maior número de escolas devido a seu custo mais baixo.

O crescimento de curso de medicina é facilitado pela adoção de um currículo “simplificado” que não exige grandes investimentos em laboratórios, em cadáveres para as aulas de anatomia e dispensa o Hospital Universitário.

(b) O problema de pesquisa

Descobrimos, então, que a luta contra os novos cursos se desenrolava também em outra arena onde se confrontavam também diferentes estilos de prática médica, diferentes modelos de atendimento em saúde pública, etc.

Porém, o trabalho se constituiu em pesquisa de fato quando descobrimos que, em 2001, havia sido restaurado, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, conjuntamente, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), que oferecia incentivos financeiros para as escolas médicas que adotassem as linhas mestras do modelo comunitário em seus currículos.

Nesse ponto do trabalho eu poderia definir o meu problema de pesquisa como uma discussão desses modelos de formação médica, focalizando suas diferenças e pontos em comum, numa tentativa talvez até de oferecer uma contribuição para uma arbitragem do

⁷ Em 2002, o Brasil contava então com aproximadamente 234.554 médicos em atuação no país. (CFM, 2002)

“melhor” modelo. No entanto, como se sabe, modelos de formação, assim como métodos pedagógicos, não são necessariamente bons ou ruins intrinsecamente. Essa definição depende da clientela a que estão destinados, dos objetivos a que servem, dos profissionais que os veiculam. Essa é uma antiga discussão na área educacional. Meu objetivo, portanto, não era arbitrar modelos de formação, mas compreender como as disputas entre os dois modelos puderam ter lugar e em que se apoiavam.

Para construir essa questão como problema de pesquisa, utilizei a problematização do projeto “Circulação Internacional e Recomposição das Elites Nacionais”, desenvolvido no Focus sob coordenação da professora Letícia Bicalho Canêdo⁸. As pesquisas vinculadas a esse projeto coletivo procuram entender os processos subjacentes a determinadas transformações do espaço científico e universitário brasileiro como, entre outros, a criação de instituições e cursos, a definição de certos objetos de estudo e teorias como legítimos por oposição a outros, relacionando-os à intensificação das trocas internacionais principalmente a partir da segunda metade do século XX. O foco desses estudos são os indivíduos responsáveis por essas transformações que, em alguns casos, podem ser conceituadas como reformas do Estado. Operacionaliza-se a hipótese de que a atuação desses indivíduos no espaço nacional é tributária em boa parte dos processos de formação a que foram submetidos e das redes profissionais, políticas ou outras de que fazem parte.

Meu trabalho focalizou, assim, a transformação progressiva da medicina comunitária em currículo difundido pelo Estado. Pude verificar que os modelos de formação médica estavam associados a modelos de gerenciamento da saúde pública responsáveis por definições fundamentais da organização do sistema de saúde nacional como, entre outros, o tipo de cuidado médico a ser custeado pelo Estado, a autoridade do médico *vis-à-vis* outros profissionais de saúde na rede pública, a relação entre faculdades de medicina e os serviços públicos de saúde.

Nesse contexto, universidades como a USP alinham-se à medicina científica e integram certo tipo de rede internacional de formação, enquanto outras, como a Universidade

⁸Trata-se de um estudo coletivo mais amplo, de que faz parte o presente trabalho, desenvolvido no quadro de um acordo CAPES-COFECUB, cujo objetivo é estudar os efeitos da realização dos estudos no exterior sobre a apropriação de novos saberes ligados à modernização do espaço político e científico nacional. Trata-se de um projeto em andamento desde o ano 2000 sob a coordenação de Letícia Bicalho Canêdo (Focus/Unicamp) e Afrânio Garcia (Centre de Recherches sur le Brésil Contemporain/EHESS, Paris).

Estadual de Londrina, alinham-se à medicina comunitária e passam a integrar outro tipo de rede internacional de formação. No espaço nacional, esses alinhamentos correspondem a formas de se pensar a formação médica e sustentam um embate pela definição legítima que essa deve tomar. Nesse jogo, a regulação do Estado vai desempenhar um papel particularmente importante, na medida em que, apropriado por um dos lados, se torna árbitro e difusor de uma forma específica de se pensar a medicina.

Para compreender essas lutas, procurei estudar as características sociais e intelectuais dos agentes mobilizados por ela, indagando sobre as estratégias que empregam para tentar alcançar seus objetivos. Estudando esses profissionais e os projetos nos quais estão envolvidos, pude identificar a rede profissional a que pertenciam e os mecanismos empregados para a produção, divulgação e implementação de propostas de formação apresentadas como antagônicas. Em suma, pude verificar, então, a associação entre posições tomadas pelos envolvidos nessas lutas e suas trajetórias de formação.

É nesse sentido que só podemos compreender as lutas em torno do currículo legítimo em medicina se nos damos ao trabalho de produzir uma sociologia da população que envolveu-se nesses últimos vinte anos com as iniciativas de governo relacionadas à gestão do sistema de formação médica (e particularmente no âmbito da avaliação) seja nas condições de formulador, de implementador, de consultor e mesmo de crítico, já que isto permitirá determinar os recursos específicos mobilizados para a participação na arena política brasileira desse período.

O embate entre os médicos em torno da boa formação pode se constituir assim num objeto de estudos privilegiado para tornar mais inteligível os efeitos da circulação internacional sobre as transformações nos espaços de gestão pública no Brasil, no caso, uma transformação fundamental do espaço de formação médica, qual seja a alteração nos currículos impulsionada pela ação do estado, via PROMED (Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina).

Esse texto apresenta a organização dos resultados obtidos com pesquisa baseada em fontes de diferentes tipos (documentos, publicações diversas, entrevistas, observações) e está organizado em 3 capítulos. No primeiro capítulo, pretendemos mostrar (i) que o peso da escola na formação dos médicos brasileiros não é um dado do acaso, mas resultado de lutas que tiveram lugar no início do século XX e (ii) como se estruturava o percurso de formação

escolar dos médicos antes das modificações recentes, impostas como resultados das batalhas em torno do currículo que aconteceram ao longo da década de 90.

No segundo, apresentamos os dois modelos de formação médica hegemônicos no Brasil, com o objetivo de mostrar a que transformações sociais e grupos de interesses eles estão ligados. O capítulo começa com o exame do currículo conhecido como “tradicional” e, na segunda parte, apresenta e discute o modelo de formação que os departamentos de medicina estão sendo incentivados a adotar por meio de programas patrocinados pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Por fim, no terceiro e último capítulo, analisamos de forma mais precisa os jogos e batalhas envolvidas na formação e implementação do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, conhecido como PROMED, lançado no final de 2001, pelo governo federal.

Capítulo 1: A Produção Escolar do Médico

*"Queres ser médico meu filho? Esta é a aspiração de uma alma generosa, de um espírito ávido de ciência. Tens pensado bem no que há de ser a tua vida?"
Esculápio*

Este capítulo tem por objetivo mostrar (i) que o peso da escola na formação dos médicos brasileiros não é um dado do acaso, mas resultado de lutas renhidas que tiveram lugar no início do século XX e (ii) como se estruturava o percurso de formação escolar dos médicos antes das modificações recentes, impostas como resultados das batalhas em torno do currículo que aconteceram ao longo da década de 90.

1.1 Saberes práticos x saberes escolares

"Mais do que todas as profissões, a do médico é a mais humanitária, a mais altruísta, a mais sacrificada. Por isso é a mais nobre. Ela combate a dor, a doença, a morte – traz a cura, o conforto, a esperança, a vida. Tudo isso sem ser um deus – mas é quase. E é isso que a população espera desse super-homem: que ele esteja à altura da expectativa ética da comunidade – de agir não como um profissional comum, humano, mortal, com defeitos e erros, mas como um semideus" (Jornal do Conselho Federal de Medicina, Ano X, nº56, Janeiro, 1995)

Embora não sempre lembrado, o monopólio dos médicos sobre o atendimento aos doentes não é um dado da natureza, mas um privilégio obtido por meio de lutas renhidas e sempre ameaçado.

Tomando para análise os documentos produzidos durante o Congresso Nacional dos Práticos que aconteceu em 1922, Pereira Neto (1995) mostra que um dos temas "reincidentes nos relatórios apresentados" dizia respeito à reivindicação dos médicos quanto à sua exclusividade na "arte de curar". Essas reivindicações expressavam-se como um combate ao charlatanismo ou como tentativas de estabelecer "uma hierarquia entre os profissionais da saúde". (Pereira Neto, 1995, p.607)

Os primeiros tinham como objetivo "persuadir o público de que apenas os médicos, por dominarem... de saúde" (p.607)

Como mostra Pereira Neto, "um dos elementos estruturais e históricos presentes na configuração da profissão médica no Brasil está associado à concorrência que manteve, e ainda mantém, com as práticas de cura leigas de origem ameríndia e africana" (p.608). Assim,

a valorização da profissão médica passava pelos convencimentos da clientela de que só o médico, porque academicamente [escolarmente] formado, “detinha as condições para o exercício pleno desta atividade” (p.608)

O segundo grupo, ao mesmo tempo, procurava estabelecer uma diferenciação entre os protagonistas da arte de curar, providência considerada necessária num momento em que o hospital se estrutura a partir de um trabalho de equipe (p.608).

Assim, os médicos que se expressam nos documentos produzidos nesse congresso amparam-se explicitamente “no seu estatuto científico e acadêmico para definir o conteúdo dos cursos de formação e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde. A intenção era fazer com que os outros saberes se tornassem menos complexos e misteriosos que o do médico, estabelecendo-se assim uma hierarquia com farmacêuticos, parteiras, enfermeiras” (p.609)

Como as primeiras escolas médicas do país datam do início do século XIX, só foi possível formar médico no país após 1808. Antes disso, a formação médica era realizada na Europa, principalmente em Coimbra, Montpellier e Edinburgh. No Brasil, pela própria ausência de médicos, o atendimento aos enfermos era feito por curandeiros, espíritas, homeopatas e, no acaso das mulheres grávidas em trabalho de parto, por parteiras. Essas funções eram exercidas por pessoas do povo, geralmente analfabetas.

Dessa forma, “todos aqueles que dominavam alguma técnica podiam instalar-se como profissional. Tornar-se “médico” no Brasil Colônia era muito mais uma questão de vontade e habilidade pessoais do que de capacitação por destreza e conhecimento técnico” (Machado, 1996).

A elite médica já vinha lutando no sentido discutido acima, principalmente com o incentivo à graduação em medicina. A passagem pela escola é que legitimava a prática médica. A primeira reforma no ensino médico ocorreu em 1812 com o Projeto Bom Será. O curso que era de quatro anos passou para cinco, além disso, introduziu-se a língua inglesa e duas modalidades de habilitação, Cirurgia e Curas de Cirurgia; e ampliou-se o número de cadeiras, com Terapêutica, Obstetrícia, Química e Farmácia (Edler; Fonseca, 2000, citado por BRIANI, 2003, p.27).

Dessa forma, os que quisessem atuar na área da saúde precisariam passar pela formação escolar, passar nos exames, entrar numa faculdade, terminar os estudos, e ter o aval de órgãos médicos que regulavam a formação desses profissionais, com definição dos campos de conhecimento.

A formação do farmacêutico, por exemplo, integrava a Faculdade de Medicina. Enquanto o curso de medicina era composto por 24 disciplinas no decorrer de seis anos, o de farmácia era composto por 10 disciplinas ao longo de 3 anos. (PEREIRA NETO, 2001, p.67)

Como a abrangência do conhecimento do médico com relação ao farmacêutico era maior, essa diferença no tempo de formação justificaria a subordinação de um profissional frente ao outro, e a formação acadêmica, a escolha das disciplinas e o tempo de escolarização se tornaria o diferencial entre os dois tipos de ocupação. Esse mesmo padrão pode ser observado na formação das enfermeiras, e posteriormente na formação das parteiras.

Alguns teóricos da sociologia das profissões argumentam, com razão, que quanto menor for a abrangência do conhecimento, menor será o poder de reivindicação de uma ocupação em relação ao monopólio desta ou daquela atividade. Controlando a formação, o conteúdo e o número de disciplinas que integravam a grade curricular da formação do farmacêutico, os médicos criavam instrumentos para justificar a preservação do poder do médico sobre os exames clínicos e as prescrições de medicação. (PEREIRA NETO, 2001, p. 67)

Assim, todo esse processo de escolarização se tornou também um processo de constituição de um determinado profissional que detinha um saber científico específico. No caso dos médicos com relação aos demais profissionais, isso era legitimado pelos anos de graduação e pelos estudos aprofundados. Essa herança ainda está muito presente no imaginário social, e se concretiza na diferença de salários e prestígio social entre as profissões de saúde, e nas diferenças do grau de seletividade dos cursos superiores que preparam para as profissões na área, na disputa via vestibular e, por fim nas diferenças curriculares entre os cursos de medicina e as demais profissões da área da saúde.

No entanto, para se compreender a importância das lutas curriculares no interior da profissão, não basta apontar a força da formação escolar. É preciso também compreender essa formação e porque ela é considerada como decisiva na qualificação profissional.

1.2 Quereres ser médico meu filho? : Um curso seletivo e elitizado

O vestibular para ingressar na escola médica é um dos mais concorridos e exige recursos financeiros satisfatórios para a cobertura dos custos com cursinho preparatório, além de muita dedicação do aluno. Na mídia, classifica-se o vestibular de medicina como sendo uma “GUERRA”.

O Vestibular de Medicina é uma GUERRA. E uma GUERRA do “salve-se quem puder”. Desta forma, o meio adequado para enfrentar o adversário é o caminho do estudo continuado, individual, controlado, passo a passo, de modo que a nota de cada disciplina seja aproximada ao valor máximo, 10!!! (Reportagem: Vestibular para medicina. In: <http://www.funcarc.com.br/medicina.php>)

Em todas as universidades do país, o curso de Medicina é quase sempre o mais disputado. Segundo Edson de Oliveira Andrade, presidente do CFM, na média nacional, cada vaga é disputada por cerca de 50 candidatos. A esta dificuldade soma-se outra de natureza qualitativa: o curso de Medicina é o que exige maior nota para entrar na universidade.

Nessa fase de preparação e estudos, a rotina do candidato ao curso de medicina será de exercícios continuados: leitura variada, múltipla, de literatura a jornais e revistas; precisará dar ênfase na Matemática, considerada como “a chave final do raciocínio exato”, “o pilar de sustentação das demais disciplinas”; Biologia, Física e Química, Geografia e História e Línguas. Em média, os aprovados acertam 85% das questões do vestibular. (idem)

1.3 O adiamento da Prática

Na faculdade, o aluno precisa de respaldo financeiro para cobrir seis anos de estudos, desenvolvido em horário integral e, se em faculdades particulares, mediante o pagamento de altas mensalidades. Além disso, a formação não para aí, pois a maior rentabilidade da profissão encontra-se na prática especializada que só é possível com anos adicionais de estudo como será visto mais à frente.

Dentre as 12 universidades que mais formam médicos no país, a pesquisa do CFM (2003) apontou que a metade são do Sudeste (Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de

São Paulo, Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Severino Sombra⁹ -RJ), cinco do Nordeste (Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal da Paraíba - JP, Universidade Federal da Bahia, Universidade de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco) e uma do Sul (Universidade Federal do Paraná).¹⁰

QUADRO II: ESTRUTURA DO CURSO TRADICIONAL¹¹ (Dois Primeiros Semestres)

Anatomia Geral e Aparelho Locomotor	Neurofisiologia
Neuroanatomia Humana	Fisiologia Cardiovascular e Respiratória
Biologia Celular e do Desenvolvimento	Fisiologia Digestiva
Bases Humanísticas da Medicina	Histologia dos Sistemas I
Bioquímica: Estrutura de Biomoléculas e Metabolismo	Métodos Quantitativos em Medicina
Biologia Molecular	Genética Humana
Anatomia do Sistema Digestivo	Anatomia do Sistema Urinário
Anatomia do Sistema Circulatório	Anatomia do Sistema Reprodutor
Anatomia do Sistema Respiratório	Fisiologia Renal
Fisiologia de Membranas	Fisiologia Endócrina

Fonte: USP, 2003

O aluno do curso de medicina passa por dois momentos distintos durante a graduação uma vez que, nos quatro primeiros anos ele cursa as disciplinas obrigatórias e eletivas, e 5º e no 6º ano o aluno entra no período de estágios práticos em regime de internato, em hospitais, centros de saúde, ou em unidades de atendimento básico. Esse período de estágio curricular

⁹ “Universidade de caráter Privada Filantrópica. A Sociedade Universitária John F. Kennedy (SUNEDY) foi criada com o objetivo de angariar fundos para formar o patrimônio inicial da Fundação Universitária Sul-Fluminense (FUSF). Posteriormente, denominada Fundação Educacional Severino Sombra, Entidade Filantrópica, sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública, mantenedora da Universidade Severino Sombra e demais órgãos suplementares. Em 29/01/67, em assembléia realizada no salão nobre da Câmara Municipal de Vassouras, o Prof Severino Sombra de Albuquerque foi eleito, por unanimidade, seu Presidente "ad vitam". Em maio do mesmo ano, foi conseguido, junto ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, a cessão de uso do Palacete Barão de Massambará, para a implantação da Faculdade de Medicina, autorizada a funcionar em 13/12/68, dando origem ao embrião da Universidade Severino Sombra.” Site: http://www.universia.com.br/ondeestudar/instituicoes_zoom.jsp?instituicao=1828 acessado em 09/01/07.

¹⁰ Na configuração geral, vemos que a maioria dos médicos em atividade graduou-se no Brasil (99,1%), principalmente em instituições de ensino superior (IES) de natureza pública (70,6%). (CFM, 2003)

¹¹ Duração mínima de 06 anos (12 semestres) e máxima de 08 anos (16 semestres).TOTAL: 457-Crédito Aula , 463 -Crédito Trabalho, 920- Total de Créditos, 2075- Carga Horária Semestral.

obrigatório¹² consiste no treinamento em serviço, de acordo com o Art. 7º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Nesse período de internato, os alunos cursam as disciplinas práticas e no momento da atuação, são divididos em grupos menores, e fazem rodízio para que todos tenham a oportunidade de passar por diferentes formas de atuação nessa determinada disciplina. Por exemplo, se a disciplina for de pediatria, os alunos estagiários são divididos em 3 ambientes de atuação diferentes, obstetrícia; ambulatório; gineco-onco, o rodízio se dá ao longo dos cerca de 60 dias nessa disciplina.(Entrevista com Funcionária da Comissão de Graduação da FCM, Campinas, 2007). Nas palavras de um defensor desse currículo:

A matéria é relevante e sua análise, sem dúvida, da mais alta importância, na medida em que, dificilmente poder-se-á formar Médicos, como bem salientado na consulta, notadamente das especialidades cirúrgicas, sem o adequado - e profundo - conhecimento da Anatomia.(...) Para tanto, se faz necessária a prática da dissecação de cadáveres e o exame, ictu oculi, das diferentes peças anatômicas, suas características, eventuais malformações, etc., permitindo a indispensável familiarização dos futuros Médicos, com todos os aspectos da Anatomia Humana. (MAREY NETO, 2006)¹³

Ao se formar, o aluno recebe um diploma de clínico geral e deve se inscrever no Conselho Regional de Medicina para receber uma autorização para clinicar. Nesse ponto, o aluno pode começar imediatamente a clinicar ou pode se inscrever no concurso para Residência Médica para obter um diploma de especialista. Contudo, muitos que não conseguem uma vaga acabam “atuando sem especialização e conseguindo emprego em unidades básicas de saúde, em cidades pequenas e distantes”. (CREMESP, 2006)¹⁴

¹² Internato ou Estágio Curricular Pré-profissional é o último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde, vinculada ou não à escola médica. Tanto o Internato quanto a Residência são Programas de treinamento em medicina e especialidades médicas oferecidas por hospitais para graduados em medicina para ir ao encontro às exigências estabelecidas por autoridades competentes. (Biblioteca Virtual em Saúde).

¹³ MARREY NETO, José Adriano. **O aproveitamento de cadáveres para o estudo de anatomia**. Site: www.migalhas.com.br/arquivo_artigo/art20060130.htm (acessado em 10/12/2006). O autor é Professor de Anatomia da USP.

¹⁴ CREMESP NA MÍDIA. Déficit de residência médica será de 4 mil vagas em 2008. Site consultado: www.cremesp.org.br/?siteAcao=CremespMidia&id=208. (acessado em: 28/12/2006)

1.4 A importância da Especialização: Residência

Segundo Wolff (1993), a Universidade deve ser entendida, como um campo de treinamento para as profissões liberais, as faculdades de Medicina e de Direito, por exemplo, são as faculdades profissionais de maior relevância na atualidade. O autor entende como “Escola ou Faculdade Profissional, aquela instituição de dedicada ao estudo exclusivo” de um determinado saber, como é o caso da medicina. Para se tornar médico de prestígio é exigido do candidato educação superior e treinamento especializado. A parte referente ao curso profissional é realizada após o curso básico de graduação, visando o treinamento especializado para o exercício da profissão e tem duração variada de dois a quatro anos.

O ideal da escola das profissões liberais pressupõe a existência de um número de papéis ou categorias ocupacionais socialmente definidos, cujas características correspondem aproximadamente ao que chamamos de “profissão”. Tais papéis ocupacionais são organizados como grupos auto-reguláveis e auto-credenciáveis de homens e mulheres que possuem e exercitam uma habilidade especial ou um conjunto de conhecimentos técnicos. (WOLFF, 1993, p.36)

Dessa forma, um profissional liberal submete seu trabalho à avaliação de outros membros da profissão e não à de seus clientes, sobre quem ele exerce autoridade originária da sua proficiência, mas para Wolff (1993), a marca essencial e definidora da profissão liberal é a dependência do profissional em relação a seus pares, principalmente no tocante ao seu credenciamento na profissão.

Para Wolff (1993), grande parte do alto *status* social das profissões na sociedade norte-americana advém dessa autonomia de credenciamento da profissão, pois dessa forma, a profissão se constitui como uma “espécie de poder que confere dignidade a seus portadores”. Da mesma forma, o alto status vem geralmente, acompanhado de altos salários, e servem como incentivo para a permanente profissionalização. (WOLFF, 1993, p.36)

Para se transforma em uma categoria profissional, alguns passos foram dados, num primeiro momento o grupo afirma que sua atividade baseia-se num conjunto de conhecimento e técnicas que podem ser formulados em princípios e ensinados em sala de aula, como vimos acontecer no Congresso dos práticos de 1922. Dessa forma, coube ao médico como profissional competente o poder e o direito de ensinar a atividade a outros e avaliar se o outro a dominou. Assim, foi a partir dessa demanda, que as escolas para formar os profissionais de medicina foram criadas, “exigências de admissão fixadas, diplomas concedidos e comissões

oficiais de credenciamento indicadas, de modo que somente aqueles qualificados a praticar a profissão estarão legalmente autorizados” a exercer a medicina. (WOLFF, 1993, p.37)

Dentro dessa lógica da técnica, que o médico em níveis mais altos de profissionalização reservam-se o direito de “julgar quais fins seus clientes deveriam almejar, bem como quais meios deveriam empregar”.

Esse nosso sistema atual de especialização em medicina, baseado na Residência Médica¹⁵ (RM), teve início em 1889 no Hospital da Johns Hopkins University¹⁶. Na ocasião, o médico William Halsted nomeou quatro ex-internos que estavam sob a sua tutela como residentes em cirurgia. O treinamento dos residentes implicava atuar com progressiva responsabilidade na execução de cirurgia e nos cuidados pré e pós-operatórios um ano depois. Em 1890, William Osler, adotou o mesmo sistema para a especialização em Medicina Interna nesse mesmo hospital.

O sistema de RM acabou se difundindo de tal forma que, em 1927, a Associação Médica Americana (AMA), reconheceu sua necessidade como treinamento de pós-graduação, e acabou estipulando a primeira relação de hospitais capacitados no desenvolvimento e execução de programas de RM no país.

No Brasil, o primeiro programa de Residência médica foi implantado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo¹⁷, em 1945, que já seguia o modelo norte-americano de formação médica das *Rockefeller Schools*. (MARINHO, 2003) O primeiro programa da USP foi para a especialidade de Ortopedia. Alguns anos depois, em 1948, surge o segundo programa no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro com RM em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia.

¹⁵ Como indica o documento do MEC (2006), “a Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977 e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos altamente qualificados ética e profissional, sendo considerada o 'padrão ouro' da especialização médica. O mesmo decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o título de especialista.”

¹⁶ O modelo de formação médica utilizado nessa universidade foi implementado nas *Rockefeller Schools* principalmente após o relatório Flexner, 1910, como padrão de medicina científica. (MARINHO, 2003)

¹⁷ O modelo de medicina implementado na USP, em 1922 foi baseado no modelo das *Rockefeller Schools*, o que explicaria a incorporação do modelo de residência médica pelo Hospital Universitário.

Associação Médica Brasileira, reconheceu a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) que foi criada em 1967. Dez anos após a criação da ANMR, o decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977 regulamentou a RM e criou a Comissão Nacional de Residência Médica¹⁸ (CNRM). A partir desse decreto, a expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela CNRM.

Devidamente definida como modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, o “objetivo da RM seria permitir ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nos diferentes ramos da atividade Médica e teria como principal característica o treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais qualificados em instituições de saúde, universitárias ou não”.(CNRM, 2002)

A partir de 1981, com a promulgação da Lei 6.932, a RM foi regulamentada e passou a ser definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. A lei estipulou que os programas de RM teriam que ser credenciados pela CNRM, que ao final do período de treinamento os residentes fariam jus a um título de especialista outorgado pelo MEC e que durante o estágio teriam direito a uma bolsa, com valor mínimo estipulado por lei. (BRASIL, 1981), (FEUERWERKER, 2000)

Em 1989, a partir de um protocolo conjunto, o CFM e a AMB passaram a reconhecer como especialistas somente os médicos aprovados nos exames promovidos pelas associações de especialistas, a CNRM não reagiu a essa iniciativa, e foi criticada pelos defensores do SUS que acreditam que cabe a ele regular a formação de recursos humanos na saúde, conforme consta na Constituição (1988). A principal justificativa para a medida foi a existência de muitos programas de residência médica precários, o que tornaria necessária essa avaliação antes da concessão do título (KNOPLICH, 1994), (FEUERWERKER, 2000)

¹⁸ Formada pelas seguintes entidades: Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR).

Em meio a controvérsia, em dezembro de 1996, a CNRM promoveu um seminário para discussão das especialidades médicas. O seminário tinha como objetivo anunciado um esforço de compatibilização entre as especialidades reconhecidas pela CNRM e pela AMB e CFM, foi feita uma reclassificação das especialidades, redefinindo o que seriam as especialidades, e áreas de atuação.

Porém nem todos estão satisfeitos com os rumos da RM. Laura Feuerwerker¹⁹ (2000), critica fortemente (i) a posição da CNRM, pois acredita que da forma como a comissão está organizada “contempla fundamentalmente a representação de entidades médicas de classe - o que na prática reforçaria a compreensão da residência como elemento fundamental da organização do processo de trabalho da corporação médica”, e (ii) a omissão do SUS em relação à formação de recursos humanos, que segundo ela, não deveria se restringir à residência médica. (FEUERWERKER, 2000)

Há duas possibilidades de se tornar médico especialista no país: freqüentar um programa de Residência Médica ou submeter-se a exame da respectiva sociedade de especialista. (...) dados da Comissão Nacional de Residência Médica que indicam que 80% dos médicos formados no país entram para programas de residência. O poder público financia 73% das bolsas de residência. Estes programas, no entanto, não se enquadram em nenhum projeto de política pública. (FEUERWERKER, 2000, trecho do Resumo)

Para a autora, o SUS e suas instâncias, apesar de estarem constitucionalmente definidos como “ordenadores da formação de recursos humanos em saúde”, na prática ainda não se debruçaram sobre o assunto. A proposta de Laura quanto a isso, caminha no sentido de promover uma mudança do modelo de atenção, “tendo em vista a necessidade de interferir no processo de formação profissional e no perfil dos profissionais formados, parece estar entrando na pauta do MS e do SUS”, e defende a definição de estratégias nesse sentido. (FEUERWERKER, 2000)

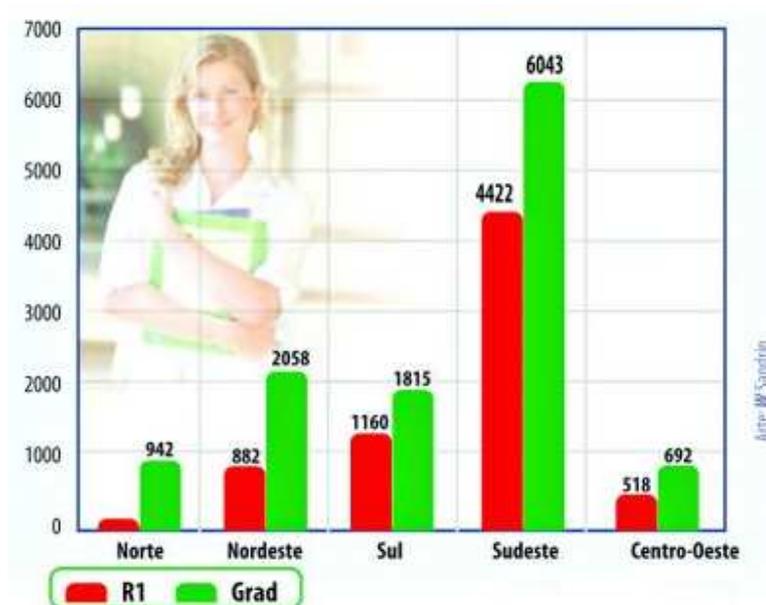
Para o presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, a Residência é importante para a carreira “porque o contínuo progresso científico do setor faz com que os seis anos de graduação sejam insuficientes para o bom desempenho das especialidades médicas. Nenhuma

¹⁹ Material preparado para o curso de Política de Recursos Humanos para a gestão do Sistema Único de Saúde, realizado em Brasília, DF, entre 20 de novembro e 1º de dezembro de 2000. Site: www.opas.org.br/rh.

outra profissão da área da saúde experimenta coisa parecida. Tornar-se médico é um processo cada vez mais demorado e custoso, pois esse profissional não pode ser improvisado: necessariamente, tem que ser bem formado”. (CFM, 2002)

Assim, para ser um especialista, o médico recém-formado deve se candidatar a um dos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), subordinada à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESu MEC), uma vez aprovados em um dos concursos, realizará o estágio em serviço que pode durar no mínimo dois anos e no máximo cinco. O processo seletivo pode variar de acordo com a instituição, mas geralmente se dá por meio de concurso com prova teórica, entrevista e análise de currículo. (UNICAMP, 2006)

QUADRO II : NÚMERO DE VAGAS DE GRADUAÇÃO E DE INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL.



Fonte: USP

Esse quadro demonstra o que estudos recentes da Universidade de São Paulo têm apontado como uma tendência: o aumento da competição por vagas na residência médica. Uma das justificativas seria o aumento no número de escolas de medicina e conseqüentemente o aumento no número de médicos recém-formados e ávidos por

aperfeiçoamento no mercado. O aperfeiçoamento é pré-requisito para o médico obter prestígio junto à classe médica, mas os fatores de mercado, são relevantes nessa busca por reconhecimento, através da conquista de posições mais valorizadas no mercado de trabalho.

Na previsão de pesquisadores da USP, serão 11.548 graduados para 7.135 vagas de R1 (residência 1). Como cerca de 87% das vagas de residência são credenciadas no país em situação regular, tem-se notado uma carência geral de vagas e programas de residência médica no Brasil, o que acirra ainda mais a competição nos PRM.

Esse aumento no numero de médico recém-formados interessados em cursar residência médica, faz com que alguns programas de residência médica fossem mais disputados que o vestibular de medicina, chegando a ultrapassar 100 candidatos por vaga em alguns hospitais e especialidades. (CREMESP, 2006)

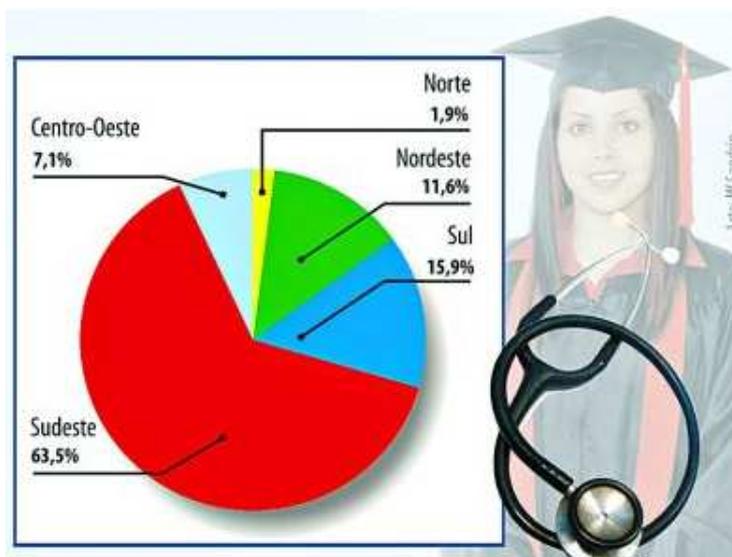
Em entrevista ao Jornal BOM DIA (Bauru), em 15 de janeiro de 2006, o bauruense Daniel Seiji Kawai, 26 anos, formando em Catanduva, residente em cirurgia geral no hospital Santa Marcelina, conveniado ao SUS, na Capital. Para conseguir a em cirurgia geral prestou quatro residências públicas em São Paulo e também em Minas Gerais. Dessa vez, disputa com centenas de colegas a chance em cirurgia vascular.

“Minha escolha é por afinidade. Vou buscar ainda fazer outra residência em endovascular”, revela o médico. Ele aponta que muitos optam pelas residências que vão “render mais”, como dermatologia ou radiologia, deixando de lado especialidades vitais como cardiologia.(JORNAL BOM DIA, 2006)

Outra tendência importante que os estudos da USP apontaram para a crescente migração de outras regiões do país para o Sudeste. Além disso, importa destacar que das 57,5% das residências no país são públicas e 42,5% em parceria com instituições privadas. (CREMESP/USP, 2006)²⁰

QUADRO III: CONCENTRAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

²⁰ Reportagem : “Déficit de residência médica será de 4 mil vagas em 2008”. Site: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CremespMidia&id=208>.(acessado em 12 de dezembro de 2006).



Fonte: USP

Uma grande parte dos migrantes vem do Norte e Nordeste, como Luiz Henrique Andrade Araújo, 27, formado na Universidade Federal de Recife. Faz residência em São Paulo e quer voltar para clinicar em Pernambuco.

“Eu desceria de qualquer jeito”, diz. “A formação lá é boa, mas a estrutura para lidar com paciente é muito menor. Volto muito mais preparado.” Ele gastou R\$ 4 mil para conseguir tentar uma vaga em urologia, fez oito provas e aguarda resultados.(JORNAL, BOM DIA, 2006)

Dentre as especialidades mais disputadas²¹ pelos jovens médicos são dermatologia, oftalmologia, ortopedia e radiologia. Na lanterna das escolhas e com menores relações candidato-vaga, está cirurgia geral geral, cardiologia, reumatologia, pneumologia e medicina familiar. (JORNAL BOM DIA/CREMESP/USP, 2006)

(b) Variações na duração e tipo da residência médica

Os Programas de Residência Médica (PRM) são exclusivamente destinados a médicos que tenham sido aprovados em concurso público de admissão na Instituição, de acordo com as normas regularmente divulgadas no Diário Oficial do Estado e pela internet.

²¹ Para um exame da hierarquização das especialidades centrada numa discussão de gênero ver artigo: CANÊDO, Leticia Bicalho. Masculino, feminino e estudos universitários no estrangeiro: Os bolsistas brasileiros no exterior (1987-1998). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004, especialmente páginas 184 e 185.

As especialidade credenciadas pela CNRM, podem ser de “acesso direto”, ou seja o candidato faz o concurso e entra nessa modalidade básica, para depois ingressarem nas que exigem “pré-requisitos” que são programas mais avançados.

QUADRO IV : ESPECIALIDADES CREDENCIADAS PELA CNRM

Especialidades Credenciáveis pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)		
I – Acesso Direto	Acupuntura, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Genética Médica, Homeopatia, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva e Social, Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia.	
II – Com Pré-Requisito	A – Clínica Médica	Alergia e Imunologia, Angiologia, Cancerologia/Clínica, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Medicina Intensiva*, Nefrologia, Neurologia, Nutrologia**, Pneumologia e Reumatologia.
	B – Cirurgia Geral	Cancerologia/Cirúrgica, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Coloproctologia, Mastologia***, Medicina Intensiva*, Nutrologia**, Urologia.
	C – Obstetrícia e Ginecologia	Mastologia***
	D – Anestesiologia	Medicina Intensiva*
	E - Pediatria	Cancerologia/Pediátrica

Obs.:

(*) Pré-requisito em Clínica Médica ou Cirurgia Geral ou Anestesiologia.

(**) Pré-requisito em Clínica Médica ou Cirurgia Geral.

(***) Pré-requisito em Cirurgia Geral ou Obstetrícia e Ginecologia.

Assim o processo para formar um especialista nas quatro especialidades mais disputadas, se faz necessário, para a obtenção do título de especialista em Dermatologia, se faz necessária uma formação de dois anos num programa de RM reconhecido pela CNRM, além do concurso da AMB através da Sociedade Brasileira de Dermatologia, após aprovação o especialista poderá atuar nas áreas de Cosmiatria; Cirurgia Dermatológica e Hansenologia. No caso da oftalmologia são necessários três anos de formação num programa de RM credenciado pela CNRM, Concurso da AMB através do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Enquanto que para obtenção do título de especialista em ortopedia e traumatologia, são três anos de formação, num programa credenciado pela CNRM, e concurso da AMB via Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Já para os interessados em radiologia os requisitos para o título de especialista em radiologia e diagnóstico por imagem, formação de 3 anos, num programa credenciado pela CNRM, Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem e concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, AMB. (RESOLUÇÃO CFM nº 1.763/05)

Os programas de Residência Médica, (PRM), como podemos ver no exemplo a seguir, são extremamente concorridos, e considerados difíceis até mesmo pelos funcionários da Instituição “o exame pra residência médica é pior que o vestibular, uma provona mesmo... muito difícil! Poucas vagas, então a concorrência é grande!”²² (Secretária da Comissão de Graduação, FCM/Unicamp, Campinas, 2007)

Todos os anos a Comissão Nacional de Residência Médica credencia cerca de 20 mil vagas de Residência Médica em todo país, para suprir cerca de 2.550 programas de Residência Médica, distribuídas em 415 Instituições de Saúde.

Após ser selecionado o médico residente tem direito ao recebimento de bolsa de estudo de acordo com o piso estabelecido na Lei Federal no 10.405/2002, cerca de R\$1.861,00, paga pela Secretaria de Estado da Saúde e administrada pela FUNDAP, complementação da bolsa, auxílio moradia, e alimentação, podem ser pagos pela Instituição proponente. Além disso, é assegurado o período de férias de 30 dias, licença saúde, gestante, paternidade.

Para a obtenção do título de Especialista, o médico residente deverá ser aprovado em todas as disciplinas obrigatórias do PRM, de acordo com o período acima citado. O total de créditos resultará da soma dos créditos obtidos em disciplinas obrigatórias e disciplinas eletivas.

Já a especialização complementar, em áreas de atuação, tem por objetivo aperfeiçoar o médico residente, após ter cumprido o PRM obrigatório, em áreas de conhecimento específico da especialidade. De acordo com a Lei 6.932 (1981), Artigo 6º, serão conferidos títulos de especialistas pela Instituição onde o médico residente finalizou o PRM credenciado, os quais constituirão comprovantes hábeis para fins legais junto ao Sistema Federal de Ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Dessa forma, vemos que cabe aos conselhos de medicina estabelecer quais serão os níveis de educação e de qualificação dos médicos, e de maneira geral, como observamos os padrões estabelecidos pelas entidades médicas são extremamente altos. Nesse contexto o papel da “escola” é definidor no processo de seleção dos melhores formandos.

Para Wolff (1993), do ponto de vista das profissões liberais, espera-se que uma faculdade desempenhe três funções: (i) dividir os graduandos em dois grupos, aqueles que são

²² Em anexo: Número De Candidatos Inscritos Por Especialidade - Unicamp

aceitáveis como candidatos à admissão a programas profissionais e os que são aceitáveis; (ii) classificar os aceitáveis segundo uma escala de excelência em aptidão e realização, a fim de facilitar uma distribuição honesta e eficiente de poucas vagas nos mais cobiçados programas profissionais (a dificuldade para entrar em programas mais concorridos como o da UNICAMP, por exemplo); (iii) preparar graduandos para o treinamento profissional pela inclusão, no currículo, de matérias que os cursos de especialização exigem como pré-requisito para admissão.

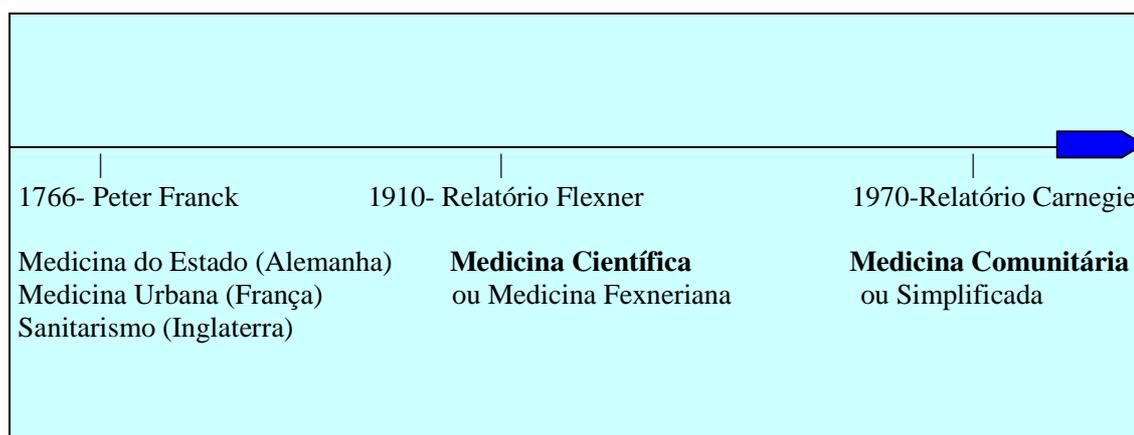
No campo de formação de medicina podemos classificar distintas concepções de currículos de graduação: (i) a faculdade como o estágio inicial do treinamento profissional, que deve ser complementada, com a residência médica (ii) a faculdade como sendo uma extensão da escola secundária, mas com mais matérias, com a exigência de um nível mais alto de perfeição, com uma liberdade de escolha e independência de hábitos de trabalho maiores, mas na essência um complemento da escola secundária. Sendo assim, no próximo capítulo, apresentaremos respectivamente os modelos de “escola” médica tradicional e o novo modelo de medicina comunitária.

Capítulo 2: Modelos de formação e as novas configurações curriculares

Esse capítulo examina os dois modelos de formação médica hegemônicos no Brasil, com o objetivo de mostrar a que transformações sociais e grupos de interesses eles estão ligados. O capítulo começa com o exame do currículo conhecido como “tradicional” e, na segunda parte, apresenta e discute o modelo de formação que os departamentos de medicina estão sendo incentivados a adotar por meio de programas patrocinados pelos Ministério da Educação e da Saúde.

Vários são os modelos de medicina que podem ser encontrados no decorrer da história da medicina mundial. (ver Quadro V)

QUADRO V : EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA MÉDICA



Fonte: Mendes (1985, p.17), Martins (2002, p.95)

Segundo Martins (2002), a medicina do Estado de origem alemã, contribuiu para manter o crescimento populacional, garantir a presença suficiente de médicos e criar uma legislação eficiente de saúde pública. Estruturou-se a partir dos trabalhos de Peter Franck, consistindo em:

- Um sistema aperfeiçoado de morbidade e mortalidade;
- Normatização da prática e do saber médicos, através das universidades. Assim, a medicina e o médico são normatizados antes que o doente;
- Organização administrativa para o controle da atividade médica;

- Surgimento de uma burocracia médica com autoridade sobre determinada região;
- Ação estatal nos campos da prevenção e controle das doenças transmissíveis, da habitação, da educação sanitária, da nutrição e da higiene pessoal e ocupacional.

A Medicina Urbana, por sua vez, ainda segundo Martins (2002), nasceu na França. Com a urbanização e com os crescentes medos e angústias diante da cidade, a classe burguesa, preocupada com o possível surgimento de doenças endêmicas, lançou mão do modelo médico e político da quarentena, estabelecido desde a Idade Média, que representava a exclusão e que consistia basicamente em:

- Imobilidade
- Setorização
- Registro
- Revista dos vivos e dos mortos
- Desinfecção

Assim, o quadro geral no qual se insere a Medicina Urbana tinha como objetivos: analisar os espaços urbanos que poderiam provocar doenças, em especial, os cemitérios; controlar a circulação dos principais fatores patogênicos considerados naquela época (ar, água); organizar a distribuição e a seqüência dos elementos da vida em comum das cidades. Trata-se assim de uma medicina ligada às condições ambientais da cidade, uma medicina das coisas, sendo a função do médico entendida como mais higienizadora do que terapêutica. Foucault (1979), Machado (1978), Mendes (1985), (MARTINS, 2002)

O Sanitarismo ou a medicina da força de trabalho, por sua vez, tinha como objetivo o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres com a finalidade de reprodução da força de trabalho e do controle sanitário e social. Sua gênese está na Revolução Industrial que substituiu o artesão pelo trabalhador coletivo, produção e controle dos mais pobres. Foi um período de constituição de muitas leis, com o intuito de intimidar a rebeldia e a desobediência (Leis específicas dos pobres 1601; Lei dos pobres 1834; Nova Lei dos pobres 1848; Lei da saúde pública). Foucault (1979), Machado (1978), Mendes (1985), (MARTINS, 2002)

Essencialmente, na atualidade, a luta em torno do melhor modelo é travada em torno de dois modelos distintos e concorrentes de educação médica. Nos dois próximos itens, discuto

as bases desses modelos, procurando identificar as lutas e grupos a que estiveram e estão associadas, tanto no que diz respeito à sua formulação, quanto à sua difusão para o Brasil.

2.1 Medicina Flexneriana ou científica

A chamada “medicina flexneriana” surgiu nos Estados Unidos, mas sob forte influência alemã, na passagem do século XIX para o século XX, quando o país acelera o processo de industrialização.

No início do século XX, o Conselho de Educação Médica da Associação Americana de Medicina, em plena campanha pela reforma dos cursos de medicina, encarregou a Fundação Carnegie de promover um levantamento da educação médica nos Estados Unidos, como forma de promover sua agenda reformista. O presidente da Fundação Carnegie, Henry Pritchett, ele próprio um advogado da reforma da educação médica, escolheu Abraham Flexner, um professor e teórico da educação para desenvolver o levantamento (BECK, 2004).

O resultado foi a publicação, em 1910, do Relatório Flexner que se tornou a base de uma série de recomendações acadêmicas patrocinadas pela Associação Médica Americana. Nessa época, a Universidade de Johns Hopkins, foi considerada escola modelo entre as 150 em atividade nos USA. Essa universidade, por sua vez, tinha se inspirado nas universidades alemãs, “onde a ciência médica era altamente valorizada e os laboratórios muito bem equipados”. (site:www.hopkinsmedicine.org/about/history/history3.html, consultada em 12/12/2007)

Em 1912, “um grupo de conselhos de acreditação formou o Federation of State Medical Boards, que voluntariamente concordou em basear suas políticas de acreditação nas recomendações acadêmicas determinadas pela Conselho de Educação Médica da Associação Médica Americana. (BECK, 2004, p. 2140). As decisões desse conselho passaram assim a ter força de lei. Durante esse mesmo período, “fundações filantrópicas começaram a fazer largas contribuições para promover pesquisa e educação médica num grupo seletivo de universidades médicas. Nos anos 30, os esforços combinados dos conselhos de acreditação, das fundações filantrópicas e do Conselho de Educação Médica da Associação Médica Americana

resultaram na erradicação das faculdades médicas privadas²³ e na padronização do modelo universitário baseado em pesquisa desenvolvidas em laboratório e em hospitais defendido por Flexner em seu relatório” (Beck, 2004, p. 1204).

Esse período de transformação teria perdurado nos Estados Unidos até 1930 e deu lugar a importantes transformações tanto na organização das escolas médicas, quanto no processo de ensino. Segundo Martins (2002) estavam presentes entre as diretrizes do relatório Flexner (1910):

- Definição de padrões de entrada e ampliação para quatro anos de curso;
- Introdução do ensino laboratorial;
- Regime de tempo integral para docentes, a criação do ciclo básico;
- Expansão do ensino clínico nos hospitais;
- Vinculação das escolas médicas à universidades;
- Ênfase na pesquisa biológica;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Nessa proposta, também chamada de cientificista, a medicina é concebida como ciência, tal como a física, a química e a biologia, que constituem seu suporte. A especialização, exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa são conseqüências dessa nova metodologia. Nesse novo paradigma se privilegiava a pesquisa de cunho biológico, desfocando o interesse da higiene e do sanitário para o estudo das patologias.

Essa concepção de formação médica foi transportada para diferentes países por intermédio da ação de fundações filantrópicas, nas cidades de Praga, Varsóvia, Londres, Toronto, Copenhague, Budapeste, Oslo, Belgro, Zagred, Madri, Cluj, Ancara, Sofia, Roma, Tóquio, Atenas, Budapeste, Estocolmo, Calcutá, Manila e São Paulo, todas baseadas no modelo da Universidade de Johns Hopkin, com investimentos na casa dos US\$25 milhões. (MARINHO, 2003)

No Brasil, diferentes iniciativas e programas financiados pela Fundação Rockefeller tiveram esse efeito. Assim, o paradigma da medicina flexneriana ou científica acabou se

²³ Privadas aqui deve ser entendido no contexto americano, como faculdades cujos proprietários eram indivíduos e, portanto, organizadas com fins lucrativos.

consolidando em um modelo predominante de currículo nas faculdades de medicina no Brasil e em diversos países da América Latina. (AMARAL, 2002)

A constituição de nossas escolas de medicina no Brasil sofreu uma forte influência inicial do modelo alemão e do modelo francês, que foram substituídos pelo padrão de medicina científica (baseado no relatório Flexner), na década de 20, com a proposta da Fundação Rockefeller (FR) de trazer para o Brasil, ou mais especificamente, para a USP, o modelo de formação médica utilizado nas suas *Rockefeller Schools*.

Benedicto Montenegro e Arnaldo Vieira de Carvalho, por exemplo, foram alguns dos importantes definidores dos destinos da Faculdade de Medicina da USP, intermediaram importantes acordos que asseguraram apoio fundamental para suas faculdades, assim como Zeferino Vaz, criador da escola de medicina da USP em Ribeirão Preto, da UNESP em Botucatu e da Unicamp (MARINHO, 2003).

Como mostra Marinho (2003) em sua pesquisa sobre a influência da Fundação Rockefeller na constituição da USP, a fundação tinha como objetivo introduzir uma instituição-modelo de ensino voltada para a medicina experimental que estivesse em conformidade com seus critérios de excelência, que eram bem definidos: limitação do número de alunos, introdução e manutenção do contrato exigindo dedicação em tempo para os professores, principalmente aqueles das disciplinas pré-clínicas e da atividade laboratorial, organização das disciplinas no sistema de departamentos e a vinculação do ensino clínico à estrutura de hospital-escola.

Um convênio foi firmado, em grande parte pela ligação entre Benedicto Montenegro e Alexandrino Pedroso, com o então responsável pelo convênios da Rockefeller, Richard Mills Pierce do qual foram discípulos nos Estados Unidos durante a graduação em medicina realizada nesse país. A vinda de Pierce para o Brasil se deu depois de solicitação de Arnaldo Vieira de Carvalho, médico da elite de São Paulo, muito influente, cunhado do proprietário do jornal “O Estado de São Paulo” Júlio de Mesquita, do qual era colunista. Na sua coluna no jornal era defensor da criação da Escola de Medicina em São Paulo e destacava “a urgência na instalação de uma instituição de ensino médico e a escassez de verbas para sua instalação” (MARINHO, 2003, p. 46)

O convênio com a Rockefeller permitiu a instalação a Faculdade de Medicina da USP. A estrutura curricular²⁴ da FMUSP criada efetivamente em 1912, apresentava-se da seguinte maneira:

QUADRO VI : ESTRUTURA CURRICULAR INICIAL - USP

1º. Ano Cursos Preliminar	Física Médica, Química Médica; História Natural
1º. Ano Curso Geral	Anatomia Descritiva, Fisiologia e Farmacologia Médica
2º. Ano	Anatomia Descritiva, Fisiologia, Histologia, Clínica Dermatológica e Sifiligráfica, Clínica Otorrinolaringológica.
3º. Ano	Microbiologia, Anatomia e Histologia Patológicas, Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparelhos, Clínica Médica, Patologia Interna, Clínica Cirúrgica, Patologia Externa e Clínica Oftomológica
4º. Ano	Patologia Geral e Experimental e Clínica, Arte de Formular, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, Ptericultura
5º. Ano	Higiene, Medicina Legal, Clínica Médica, História da Medicina, Clínica Ginecológica, Clínica Pediátrica, Moléstias Nervosas

Fonte: MARINHO, 2003

As linhas mestras do modelo tradicional de formação pode ser apresentado da seguinte forma:

- Definição de sete áreas básicas: anatomia, embriologia, histologia, bioquímica, farmacologia, parasitologia, microbiologia.
- Curso básico de 4 anos seguido por 2 anos de internato;
- Laboratórios complexos e bem equipados;
- Número reduzido de alunos;
- Aulas magistrais com professores especialistas;
- Ensino clínico, especialmente em hospitais;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Estímulo à especialização.

A Faculdade de Medicina de São Paulo (FMSP) alcançou um nível de excelência acadêmica e científica que fez dela uma escola modelo, e sua estrutura de ensino se tornou referência para a criação de outras escolas no país. Destacam-se entre as escolas de São Paulo que seguiram o modelo da USP: a Escola Paulista de Medicina; A Faculdade de Medicina de

²⁴ Em anexo a grade curricular atual do curso de medicina da USP

Ribeirão Preto; a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas; a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa; a Faculdade de Medicina de Botucatu; Faculdade de Medicina de Taubaté; a Faculdade de Medicina de Santos, entre outras.

Além do reconhecimento nacional, expresso pela adoção do seu modelo de ensino em outras escolas, a Faculdade conseguiu indicadores de prestígio no exterior, com duas premiações, uma em 1951 quando foi incluída na relação das melhores escolas médicas do mundo, numa listagem de critério de excelência, e outra, em 1952, durante o congresso de Educação Médica no Peru, quando foi escolhida como a melhor escola médica da América Latina. (MARINHO, 2003, p.43)

Até o final da década de 90, esse era o modelo vigente na maioria universidades federais, na USP, na Unicamp, na Escola Paulista de Medicina, na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, na Faculdade de Medicina de Botucatu, na Faculdade de Medicina de Taubaté, na Faculdade de Medicina de Santos. Esse modelo é ainda hoje defendido pelo CFM e pela AMB, além da Confederação Médica Brasileira, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Associação Paulista de Medicina (APM), Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP), Federação dos Médicos do Estado de São Paulo.

No início da década de 90, com os Programas Financiados pela Fundação Kellogg, iniciou-se um movimento de mudança na formação do médico voltado para o atendimento das necessidades básicas da comunidade, a medicina comunitária.

Na verdade, a própria reforma do ensino médico norte-americano foi, ao longo do século, objeto de diversos estudos que mostravam, entre suas conseqüências não necessariamente previstas, a “redução desproporcional do número de médicos atuando em comunidades pobres: já que maioria das faculdades rurais e pequenas e quase todas as faculdades reservadas à clientela negra foram forçados a fechar. (...) Além disso, o aumento dos requisitos de entrada e o alongamento do período de formação agora necessário para formar um médico teriam promovido um 'elitismo profissional', inibindo os menos privilegiados de procurar seguir uma carreira em medicina” (BECK, 2004, p. 1204).

Como os dados da pesquisa do CFM apresentados no primeiro capítulo mostram, uma das conseqüências da implementação do modelo de medicina científica no Brasil foi o não interesse dos médicos formados por esse modelo em trabalhar com a população menos desfavorecida, e principalmente na dificuldade do Sistema Único de Saúde de absorver esses

efetivos preparados para uma medicina de alta complexibilidade e com um alto retorno econômico. Outro aspecto é a falta de médico generalista no mercado, uma vez que a tendência é procurar alguma forma de especialização como vimos anteriormente.

2.2 O modelo comunitário

O paradigma competidor do modelo anterior é conhecido como medicina comunitária ou medicina simplificada e surge a partir das experiências de sistemas de saúde em países subdesenvolvidos, na década de 60, principalmente da África Colonial Inglesa. (Martins, 2002)

Conforme afirma King (1966), esses trabalhos realizados no Quênia, Zâmbia, Uganda, faziam parte da estratégia de expansão dos países colonizadores e se acabaram se constituindo na base técnica da medicina simplificada ou comunitária.

Sua transformação em modelo de formação médica foi auxiliada por outro relatório da Fundação Carnegie que, na década de 1970, diagnosticou a crise da Medicina Flexneriana devido ao seu alto custo, e propôs para o ensino e para a prática médica as seguintes ações (MARTINS, 2002):

- Integração docente-assistencial;
- Expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico;
- Integração de matérias básicas e profissionalizantes;
- Incremento de vagas com prioridade para estudantes de baixa renda;
- Estruturação de um programa sanitário nacional

Essas propostas foram oficialmente integradas pela Organização Mundial da Saúde por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978, justificando que, diferentemente da medicina científica, sua inserção nos serviços públicos de saúde estaria mais bem estruturada, sua concepção de atendimento seria mais aceitável para os que a praticam e para o seus beneficiários. Além disto, a medicina comunitária seria mais adequada à cultura local, mais simples e de baixo custo, foi encampado pela UNICEF e pelo Banco Mundial.²⁵

A metodologia utilizada contempla a produtividade, a redução de custos, a extensão da cobertura, a simplificação dos recursos e a participação comunitária. Segundo Martins (2002),

essa metodologia teria sido apropriada pelas universidades e pelos órgãos governamentais norte-americanos na estruturação de programas destinados às populações marginalizadas, como parte das políticas sociais de combate à pobreza, implementadas no início da década de 60. Nos Estados Unidos, a medicina comunitária tornou-se uma prática complementar, coexistindo com a medicina flexneriana, tendo como foco o atendimento as categorias sociais excluídas do processo de medicalização, e pressupõe a intervenção do Estado no campo da saúde.

2.2.1 O currículo da medicina comunitária: o caso da UEL

Utilizaremos como exemplo de modelo Comunitário, o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, que tem como característica estrutural o currículo modular, substituindo a estrutura tradicional que é disciplinar. Essa estrutura modular foi proposta com o intuito de fortalecimento as áreas de conhecimento, “liberando-as do encargo de instrumentos acadêmico-administrativos no desenvolvimento das atividades curriculares”. (UEL, 2002)²⁶

Nesse modelo, cada série escolar é composta por 7 módulos. Cada módulo desenvolve-se durante 2 a 7 semanas compatibilizando-se com a carga horária atual da UEL que é de 19 semanas letivas por semestre e 38 semanas por ano.

A operacionalização dos conteúdos modulares se dará através de problemas relacionados ao processo saúde-doença, com base nas respectivas árvores temáticas²⁷. Estas não devem fazer parte do currículo “strictu sensu”, pois é objeto de permanente atualização.

VII- MODULOS CURSO DE MEDICINA - UEL

Quadro 1 - Módulos de ensino da 1ª série.

Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 7
<i>Introdução ao estudo da medicina</i>	<i>Concepção e formação do ser humano</i>	<i>Metabolismo</i>	<i>Funções Biológicas</i>	<i>Eletivas</i>	<i>Mecanismos de agressão e defesa</i>	<i>Abrangência das ações de saúde</i>

²⁵ Referência ao patrocínio da Conferência de Alma-Ata em 1978 com o lema “saúde para todos no ano 2000”.

²⁶ Relatório apresentado na reunião do Conselho de Ensino Pesquisa Extensão da UEL em agosto de 2002.

²⁷ As árvores temáticas em vigor atualmente no curso de medicina da UEL se encontram em ANEXO

Quadro 2 - Módulos de ensino da 2ª série.

Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 7
Nascimento e crescimento e desenvolvimento	Percepção e Consciência e Emoção	Processo de envelhecimento	Proliferação Celular	Eletivas	Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar	Doenças Resultantes Da Agressão ao meio Ambiente

Quadro 3 - Módulos de ensino da 3ª série.

Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 7
Dor	Dor abdominal, diarreia, vômitos e icterícia	Febre, inflamação e infecção	Problemas mentais e de comportamento	Eletivas	Perda de sangue	Fadiga, perda de peso e anemias

Quadro 4 - Módulos de ensino da 4ª série.

Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 7
Locomoção	Distúrbios sensoriais, motores e da consciência.	Dispneia, dor torácica e edemas	Desordens nutricionais e Metabólicas	Eletivas	Manifestações externas das doenças e iatrogenias	Emergências

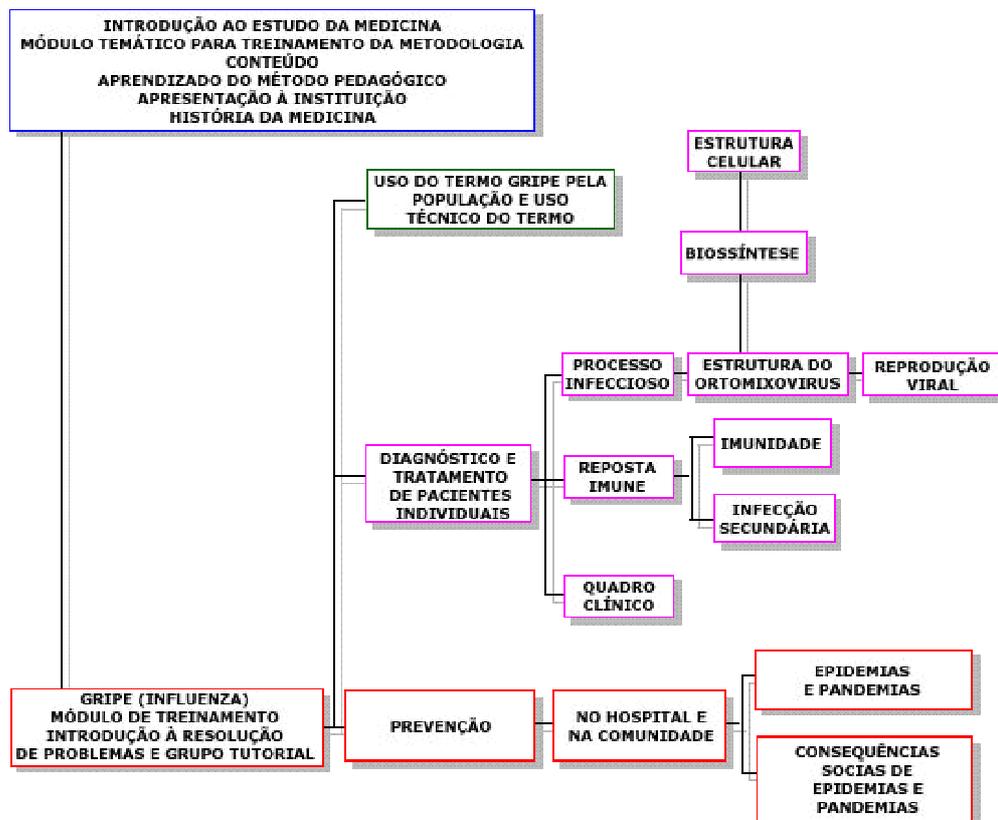
De acordo com a proposta de Londrina, fazem parte da estrutura e conteúdos curriculares as seguintes atividades:

- α) Conferências semanais;
- β) Interação ensino-serviços-comunidade;
- χ) Capacitação em habilidades e atitudes;
- δ) Módulos eletivos.

Um Exemplo de Árvores Temáticas dos Módulos Pbl²⁸:

VIII - ÁRVORE : PRIMEIRO ANO - MÓDULO 1 UEL

²⁸ <http://www.uel.br/ccs/medicina/arvores/01.htm>



De maneira geral, esse modelo se apresenta com as seguintes características:

- Não há áreas básicas, mas “conteúdos nucleares” e “eletivos”, propiciando a integração interdisciplinar em torno de “grandes temas”;
- Inserção no sistema de saúde já nos primeiros anos de curso;
- Laboratórios simplificados, de menor curso;
- Número alto de alunos;
- Sistema tutorial, interdisciplinar, organizado pelos “grandes temas”, com profissionais de vários tipos.
- Prática generalista, principalmente em postos de saúde;
- Ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população.
- Foco na prevenção e no atendimento global ao indivíduo e sua família;
- Associa o ensino às políticas sociais de combate à pobreza.

Além disso, há uma grande polêmica em torno da Anatomia, que com a nova proposta curricular baseada na medicina comunitária, teve uma redução drástica na carga horária, de cerca de 300 para 120 horas, perdendo o status de disciplina básica no currículo médico.

No currículo tradicional de medicina, os alunos passam por um extensivo estudo do corpo humano, para isso as aulas de anatomia são fundamentais, e o uso do cadáver como recurso didático também o é. O aluno precisa conhecer as estruturas, tomar contato com o corpo humano e saber utilizar o cadáver como ferramenta de estudo. As aulas de anatomia são divididas em aulas teóricas e práticas. Em entrevista, um professor de anatomia esclarece que (i) as aulas teóricas são importantes para o aprendizado teórico e suas correlações com a clínica, (ii) as práticas são importantes para se estudar a morfologia dos órgãos, sua localização e suas relações com os demais órgãos assim sendo a prática e uma extensão da aula teórica (Depoimento Professor de Anatomia Humana, Campinas, 09 de janeiro de 2007)

Sobre o uso do cadáver como ferramenta de estudo para um aluno, o professor explica que “para o estudo da anatomia é fundamental termos cadáveres, pois são os elementos de estudo mais próximos do vivente”. Existe alternativas para se estudar anatomia. Algumas escolas trabalham com a utilização de modelos (bonecos), ou disponibilizam aulas de anatomia pelo computador através de softwares. Uma possível justificativa para essa novas metodologias, poder estar relacionadas a diminuição no número de doação de cadáveres as universidades²⁹.

No passado, o trabalho dos anatomistas era limitado apenas por normas da Igreja. Atualmente, o estudo do corpo humano está ameaçado por problemas jurídicos, religiosos e pela falta de conscientização da sociedade sobre a importância da doação de cadáveres para as universidades. (Jornal da UNIFESP. Anatomia: Projeto aponta solução para evitar o uso clandestino de corpos. Ano 2, n° 06, abr-mai-jun de 2002)

²⁹ É só preencher um formulário de doação. Depois da morte, depende-se da autorização da família, o que dificilmente acontece. A segunda opção é usufruir do que determina a lei 8.501, de 30 de novembro de 1992, que regulamenta o uso de cadáveres humanos pelas universidades brasileiras. (...) O problema é que, apesar de ter representado um avanço, essa legislação ainda gera muitos conflitos, principalmente porque autoriza apenas as escolas de medicina a utilizarem cadáveres não reclamados, ou seja, não reconhecidos e requisitados por familiares. Essa restrição é um dilema para cursos como os de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física que têm a disciplina de anatomia é exigida pelo Ministério da Educação (MEC). (Jornal da UNIFESP. Anatomia: Projeto aponta solução para evitar o uso clandestino de corpos. Ano 2, n° 06, abr-mai-jun de 2002)

Quando perguntei sobre qual a diferença entre essas formas de ensino tradicional e as novas, o professor de anatomia respondeu que “os cadáveres são o meio de estudo mais próximo do vivente, já os bonecos são materiais que reproduzem as estruturas e suas correlações similares as figuras de um Atlas, a diferença se baseia na exploração e descobertas de variantes na estrutura cadavérica, não se observada nos modelos sintéticos”. (Depoimento Professor de Anatomia Humana, 09 de janeiro de 2007)

“O cadáver não é o fim. É o meio pelo qual se chega ao vivo”, diz José Carlos Prates que há mais de 30 anos leciona na Unifesp. Apesar de nem todos os estudantes terem maturidade emocional para adotar uma postura adequada diante de um cadáver, algumas escolas de medicina oferecem aula de anatomia no primeiro e terceiro ano do curso. Há uma explicação: trata-se de uma matéria básica e é também pré-requisito para outras disciplinas, como cirurgia e fisiologia. (Jornal da UNIFESP. Anatomia: Projeto aponta solução para evitar o uso clandestino de corpos. Ano 2, nº 06, abr-mai-jun de 2002)

A reportagem do jornal da Unifesp reforça o depoimento do Professor citado acima, mesmo com a tecnologia interativa, “os exames de diagnóstico por imagem pode-se dizer que já se faz anatomia em vivos. Há também softwares e modelos (bonecos) que auxiliam o ensino de anatomia. Mas os professores são unânimes: a utilização do cadáver para estudo e pesquisa é insubstituível”, a carga horária de um curso tradicional, varia no total de 270 (Unicamp); 300 (Federal da Bahia); 352 horas (UNIVILLI)³⁰.

Na proposta da medicina comunitária, segundo José Roberto Ferreira (MS), em depoimento colhido para essa pesquisa, afirmou que o diferencial da proposta é fazer o aluno frequentar a realidade, manipular os doentes, vivenciar os diversos cenários de atendimento à saúde, (centro de saúde e unidades básicas de atendimento).

Se você realmente diversifica os cenários de prática e põe o aluno diretamente em atividade, porque você vai ter que criar uma sala com camas pra enfermeiras, se elas têm um hospital cheio de camas, com

³⁰ Conteúdos: Introdução ao estudo da anatomia. Anatomia sistêmica: sistema tegumentar; aparelho de movimento: sistema ósteo-articular; sistema muscular; sistema nervoso central; sistema nervoso periférico; sistema sensorial; aparelho circulatório: sistema sangüíneo, sistema linfático; sistema digestivo; sistema respiratório; aparelho urogenital: sistema urinário, sistema genital masculino, sistema genital feminino; sistema endócrino. Anatomia topográfica: dorso; tórax; abdome; pelve e períneo; membros inferiores; pescoço, membros superiores; cabeça.

doentes, pra trabalhar com elas, porque os estudantes de medicina não podem manipular o doente, se a enfermeira e a própria atendente manipula (...) (José Roberto Ferreira, Rio de Janeiro, 2006)

2.2.2 Implantação e Difusão desse Modelo

O modelo comunitário foi progressivamente se construindo como alternativa para a formação médica a partir dos anos 60 na esteira de uma série de projetos desenvolvidos pela Fundação Kellogg em associação com a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina - FEPAFEM³¹ (ALMEIDA, 1999).

Alguns autores foram importantes na difusão desse modelo, podemos destacar entre eles (i) Laura Feuerwerker, (ii) Márcio Almeida, que contribuíram para que esse modelo tivesse visibilidade no cenário nacional.

Nos trabalhos de Carlos Arteaga Rodriguez (2003)³², podemos encontrar um exemplo da forma como o modelo tradicional é criticada pela vertente favorável á medicina comunitária. Como podemos observar no quadro abaixo o autor reforça a idéia de que esse modelo “está voltado à leitura, memorização, repetição e acumulação do conhecimento, dá maior relevância aos conteúdos e ao produto final do que o processo de semear ou cultivar o saber”. (p.64)

IX – QUADRO COMPARATIVO MODELOS

³¹Constituída oficialmente em 1962 em Vinã Del Mar, Chile, como uma instituição interamericana de caráter exclusivamente acadêmico e científico cujo propósito é contribuir ao aperfeiçoamento da Educação Médica nas Américas,, “Promover el desarrollo y perfeccionamiento de la Educación Médica en el Continente dando prioridad a los procesos que demandan las exigencias de los tiempos presentes, utilizando técnicas gerenciales”. fonte: <http://www.fepafem.org.ve/queesfepafem.php>

³² As Inovações no Ensino Superior e a Formação do Médico Professor. Curitiba, 2003.

Ensino Médico Inovador	Ensino Médico Tradicional
Visão social e integradora.	Visão biologista, tecnicista e especializada
Integração das ciências básicas e clínicas	Separação das ciências básicas e clínicas
O homem como unidade biopsicossocial e inserido na sociedade	Segregação dos níveis biológico, psicológico e social
Formação generalista, integral e interdisciplinar	Modelo reducionista: corpo humano como máquina perfeita; paciente separado em sistemas e órgãos
Ensino baseado em problemas e centrado no estudante	Aulas teóricas e expositivas
O aluno como sujeito do processo	Ensino disciplinar e eminentemente hospitalar: curativo versus preventivo
O trabalho e estudo em equipe	O professor como sujeito do processo
Considera os saberes preventivos e curativo	Aluno passivo, receptor e armazenador dos conhecimentos e informações transmitidas pelo docente
Resgata o papel do médico como educador	Educação individualista
Relação justa entre teoria e prática	
Integração do hospital com as áreas de atenção primária e comunidade	
MÉDICO BEM-FEITO	COMPUTADOR AMBULANTE

O Paradigma Inovador por sua vez na visão de Rodriguez “visa superar a reprodução do conhecimento pela produção do mesmo (Sociedade de Produção do Conhecimento), através da aliança da visão holística com a abordagem progressista e com o aprendizado embasado na pesquisa” (BEHRENS, 2000, citado por Rodriguez, 2003, p.70).

A visão holística supera o saber disciplinar do ensino tradicional, resgata o conhecimento do ser humano na sua totalidade e estabelece a necessidade de uma educação global, em que os temas éticos, humanos e sociais estão inseridos nos temas instrutivos.(RODRIGUEZ, 2003, p.71)

2.3 Intervenção de Organizações Internacionais e legitimação do modelo de medicina comunitária

(a) Fundação Kellogg e os Programas UNI

Ao contrário do que já acontece com a Fundação Rockefeller, objeto de um volume já razoável de estudos (ROCHA, 2003; FARIA, 2002; MARINHO, 2001; CASTRO SANTOS, 1985) até onde pudemos verificar, ainda está por ser feita a história da atuação da Fundação

Kellogg na América Latina. Os trabalhos existentes que localizamos são todos patrocinados pela própria fundação e sua função hagiográfica é bastante explícita.

Não obstante, a atuação da Fundação foi relevante, particularmente na área da saúde desde 1941 quando, segundo um histórico da própria fundação “o Ministério de Relações Exteriores dos Estados Unidos solicitou a ajuda da Fundação Kellogg para estreitar os laços entre os hemisférios norte e sul” (Kellogg Foundation, 2006). Foi por meio de uma doação de 5 milhões de dólares da Fundação Kellogg, por exemplo, que a Organização Pan-Americana de Saúde pode construir sua sede em Washington no início da década de 60 e, por meio de um acordo especial de apoio, pode disponibilizar fundos para projetos de saúde da OPAS na América Latina (KELLOGG FOUNDATION, 2006).

Trata-se de uma atuação multifacetada que incluiu a concessão de doações para a construção de serviços de atendimento à saúde (na cidade de São Paulo), a construção de escolas de enfermagem (no Nordeste do Brasil), passando, a partir do final dos anos setenta ao apoio de ações de saúde que integrassem as universidades com os serviços de saúde do estado³³. Em meados dos anos 80, a Fundação desenvolve uma parceria com a Fundação Getúlio Vargas para a implementação de cursos de formação de administradores hospitalares e de sistemas de saúde.

Embora uma de suas linhas fortes de atuação na área médica nos anos 40 e 50 tenha sido tendo a distribuição de bolsas a profissionais da área da saúde para a realização de estudos nos Estados Unidos mediante o compromisso de retornar ao país de origem e ali “aplicar os conhecimentos adquiridos” (Lins, 1997:7), essa estratégia foi modificada na década de 60 e a fundação decidiu não mais conceder bolsas a profissionais, individualmente, mas pautar sua atuação no país por meio do financiamento a projetos voltados para a integração entre universidades e serviços estatais de atendimento à saúde (Lins, 1997, p.10)³⁴.

Esses projetos provocaram e incentivaram o contato de médicos latino-americanos inseridos nas universidades com as idéias da medicina comunitária nos Estados Unidos³⁵.

³³Ao que parece, a primeira doação nessa linha de intervenção foi feita à Universidade Federal de Minas Gerais.

³⁴Até onde pude verificar, a circulação de profissionais parece ter passado a fazer parte do programa de formação de lideranças, uma rubrica tornada independente e que se conecta com várias áreas além da médica.

³⁵Pude recensar projetos nas seguintes áreas: “Saúde materno-infantil (15 projetos); Inovações em ensino e serviços Odontológicos (12 Projetos); Ensino e cuidados primários de enfermagem (5 projetos); Tecnologia educacional em enfermagem (9 projetos); Desenvolvimento rural integrado e esforços transeitoriais (3 projetos); Tecnologia e desenvolvimento educacional (12 projetos); Desenvolvimento do ensino da administração da saúde

Além disso, eles permitiram que se construíssem alguns laços entre eles próprios, embora atuando em regiões muito diferentes do país.

Em parte com o auxílio desses projetos, tomava forma um “movimento pela medicina comunitária”, denominação dada pelo grupo ao sentido da sua própria atuação, como mostram alguns trabalhos desenvolvidos com apoio da fundação (Lins, 1997; Almeida, 1999). Para seus autores, esse movimento teria sido uma reação à “inadequação das ações e dos serviços [do estado] diante dos problemas de saúde dos setores populares, que ficavam à margem dos benefícios dos cuidados à saúde”. Seu objetivo declarado era, portanto, “rever toda estratégia que se construiu no pós-guerra para enfrentar a questão da saúde dos povos” (Lins, 1997, p.7).

No final da década de setenta, passaram a ser desenvolvidas uma série de ações que buscavam articular os Projetos de Integração Docente-Assistencial numa rede denominada Rede IDA-Brasil³⁶. Tais projetos estavam espalhados por “praticamente todas as universidades públicas brasileiras e também em algumas privadas” (Rede Unida, 2006). O papel principal da rede foi, nas palavras de seus membros, “romper o isolamento” dos profissionais que atuavam nesses projetos espalhados pelo território nacional. Eles atribuem a essas ações o papel de ter servido de “ensaio geral para um grande contingente de profissionais das universidades que terminou se deslocando para o cenário de construção geral do SUS” (Idem, 2006).

Contudo, a Fundação Kellog, no final da década de 80, após uma série de seminários de avaliação dos projetos por ela financiados, dentre os quais estavam os Projetos de Integração Docente Assistencial, decidiu implementar uma nova proposta de integração das universidades com a assistência à comunidade. Esse projeto recebeu o nome de Iniciativa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade e

(6 projetos); Cuidados primários de saúde, regionalização docente-assistencial, medicina geral e familiar (17 projetos); Medicina Comunitária (7 projetos)” (Chaves & Kisil, 1999).

³⁶Os projetos de integração docente assistencial buscavam a integração entre universidades e serviços de saúde do estado. Em geral, o financiamento permitia a construção de uma unidade básica de saúde em uma comunidade carente próxima à universidade, onde, por alguns anos, se desenvolveriam atividades de ensino (Torres, 2002).

foi desenvolvido em vários países da América Latina. Até 1997, o Brasil receberia seis deles (Lins, 1997, p.10).

O Programa UNI representa para seus participantes uma iniciativa de cooperação entre as instituições e a OPS/OMS e com o “Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences”.

Durante a sua vigência – entre julho de 1990 e 2002 - o Programa foi implantado em Universidades de vinte e três cidades da América Latina, distribuídas por onze países: Botucatu (SP, Brasil); Marília (SP-Brasil); Londrina (PR-Brasil); Natal (RN-Brasil); Brasília (DF-Brasil); Montevideo (Uruguai); Tucuman (Argentina); Temuco (Chile); Santiago (Chile); Sucre (Bolívia); Quito (Equador); Cali (Colombia); Rio Negro (Colombia); León (Nicarágua); México City (México); Colima (México); Monterrey (México); Merida (México); Barranquilla (Colombia); Maracaibo (Venezuela); Barquisimeto (Venezuela).

Esses vinte e três projetos desenvolvidos em onze países envolvem: 103 cursos universitários, com predomínio de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Nutrição; 2.308 professores; 21.077 estudantes; 224 Unidades de Saúde, nos três níveis de atenção; 1.584 profissionais de Saúde; 624 organizações Comunitárias; 3.793.860 habitantes nas áreas de atenção dos Sistemas Locais de Saúde, denominados SILOS³⁷. Os recursos investidos nesse programa totalizaram pouco mais de 54 milhões de dólares (Kellogg Foundation, 2001). O financiamento incluía além da elaboração e o desenvolvimento dos projetos, recursos necessários processo de formação de lideranças, acompanhamento e avaliação das experiências.

Assim, na década de 90, no que diz respeito à saúde, a Fundação Kellogg se propôs a atuar em três frentes : serviços de saúde, educação e organização comunitária. Dessa forma, o Programa UNI foi pensado como uma estratégia para o “desenvolvimento de modelos de serviços de saúde, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento comunitário para contribuir para o desenvolvimento de um setor saúde mais efetivo” (Lins, 1997).

³⁷“Os SILOS são uma estratégia impulsionada pela OPAS para dar mais efetividade aos sistemas nacionais de saúde e maior poder de resolução à Atenção Primária à Saúde, sistematizada na Conferência de Alma-Ata em 1978, sendo esta, por sua vez, uma estratégia proposta para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” da Organização Mundial de Saúde”. “Preconiza a reconstrução dos Sistemas Nacionais de Saúde a partir de sistemas locais, teoricamente mais sensíveis às necessidade da população e mais próximos do controle dos usuários.” (Novaes, 1990; Chaves, 1994 citados por Lins, 1997). Critérios de definição de SILOS: “área geográfica definida; população adstrita; atendimento em diferentes níveis; rede física estruturada segundo grau

Os projetos UNI se apoiam no tripé: escola de medicina – serviço de saúde – comunidade organizada. O pólo captador dos recursos é sempre a escola de medicina, preferencialmente, mas não obrigatoriamente ligada a uma universidade. Essa ficava responsável por articular os outros pilares de sustentação. O serviço de saúde é o SUS e a comunidade organizada são os sindicatos, ONGs, associações de todo o tipo (Lins, 1997).

Em 1998, essas redes IDA e UNI se aglutinaram e surgiu a Rede Unida, concebida com o propósito de reunir “projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social” (Rede Unida, 2006). Os princípios dos Projetos Uni foram mantidos. Segundo seus organizadores, “a principal idéia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias” (Idem). Essa parceria é concebida como “uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos” (Idem).

Uma forte característica dos Projetos UNI é a adoção em massa da metodologia chamada PBL (Problem Based Learning) ou Aprendizagem Baseada em Problema. Essa metodologia se baseia numa técnica de ensino de medicina que surgiu no final da década de 1960 na Universidade de Mc Master, em Hamilton, Ontário, no Canadá.

Num certo sentido, essa reformulação do ensino médico passou a ser vista e gerida como a solução para um problema educacional existente no campo da medicina. Assim, segundo Souza (2003), por exemplo, essa reforma educacional seria o “antídoto” tanto para os problemas na educação médica, quanto para os problemas da assistência médica.

(...) compressão absurda de informações nos quatro primeiros anos de curso, com sobrecarga do cognitivo e pulverização do conhecimento. Dois dos principais problemas deste método hoje clássico são a falta de integração entre as disciplinas, principalmente entre as do ciclo básico e as do ciclo clínico e a excessiva autonomia do docente frente a sua disciplina. As formas de controle desta autonomia, através das ementas e programas aprovados pelos órgãos colegiados, raramente conseguem impedir que os docentes incorporem, a cada ano, mais conteúdo, de forma indisciplinada e relativamente anárquica (...) exigindo esforço descabido por parte do aluno e resultando na prática de **estratégias pedagógicas terroristas**.

³⁸ (PBL- Centro de Ciências da Saúde – UEL, 2006) (grifo nosso)

de complexidade dos recursos e instalações; participação de parcelas organizadas da comunidade; ações de saúde integradas” (Loureiro, 1994; Silva Junior, 1996, citados por Lins, 1997)

³⁸ <http://www.uel.br/ccs/pbl/GERAL.HTM>

Na proposta para o curso médico do projeto UNI, pegando como exemplo a proposta de Curso de Medicina de Faculdade de Marília que, junto com o de Londrina, foram os pioneiros no Brasil, o projeto tem como objetivo permitir a “obtenção dos seguintes produtos” após a implementação do programa:

- introdução de 20 horas verdes semanais nas 4 primeiras séries, como tempo pró-aluno;
- redução da carga horária da disciplina de Anatomia em 120 horas, o que permitiu a introdução de novos conteúdos;
- reorientação da distribuição e organização da grade curricular em torno de conteúdos nucleares e eletivos, propiciando a integração interdisciplinar nos grandes temas;
- transferência para duas unidades básicas de saúde, do ambulatório primário em clínica geral, anteriormente realizado exclusivamente nos hospitais universitários;
- transferência parcial para as unidades básicas de saúde das disciplinas de Pediatria, Gineco-obstetrícia, Clínica Cirúrgica e Saúde Mental, envolvendo alunos da 4ª, 5ª e 6ª séries, alterando o cenário de ensino;
- manutenção das atividades da disciplina de Saúde Coletiva II no Centro de Saúde Escola, ampliação do cenário de ensino para o Ambulatório de Especialidades e outras instituições como creches, sindicatos e escolas infantis.
- introdução de cursos eletivos em Inglês e Informática em Saúde capacitando os alunos para o acesso aos novos conhecimentos;
- introdução do programa de integração medicina e enfermagem com base comunitária incentivando a atuação multiprofissional;
- criação da semana de integração para recepção dos alunos de medicina e enfermagem propiciando a interação inicial entre os dois cursos;

- constituição de grupos de trabalho para o desenvolvimento do modelo pedagógico, processo avaliativo e revisão curricular;
- identificação e capacitação de lideranças estudantis, qualificando a participação dos discentes na formulação e implementação do novo projeto educacional;
- divulgação do novo projeto educacional em fóruns nacionais relevantes voltados ao ensino médico e de enfermagem;
- incorporação da cultura de acesso às informações e informática;
- incorporação da cultura de avaliação formativa, contínua e sistematizada.

Essa concepção do Projeto Uni propõe a “criação de grupos interdisciplinares de trabalho em substituição aos departamentos” e redefine a “carreira docente tornando indissociável ensino, pesquisa e atenção à saúde”.

Segundo o depoimento de um opositor a nossa pesquisa, a tendência atual é de “expansão desse novo modelo do ensino médico. A Medicina Baseada em Evidências (PBL ou MBE), tende a crescer porque reduz ao máximo o corpo docente, gerando um baixo custo para a instituição sem, contudo, baratear as mensalidades. Isto posto, trata-se de um grande negócio ser dono de uma escola médica”. (Ex- Diretor da Associação Médica Brasileira, AMB). Ele continua:

Durante 32 de magistério superior na UFPR trabalhei com o método tradicional ou Flexeriano. Não tenho experiência vivida com o PBL. A análise que fiz - documentalmente - desse novo método levou-me à conclusão manifestada na minha mensagem anterior, ou seja, prefiro o tradicional pela oportunidade que dá ao professor de convívio maior e direto com os estudantes de medicina. O PBL "quebra" em grande parte esse convívio. (idem)

O financiamento dos Projetos UNI, pela Kellogg, foi finalizado em 2002. Como isso poderia acarretar na extinção do projetos, houve uma procura por novas alternativas de financiamentos, e de fato, acabaram encontrando, principalmente através dos Programas do Ministério da Saúde, que passaram a partir de 2001, a financiar os projetos de medicina comunitária no país e que é o assunto do próximo capítulo. Antes, porém, examinaremos a atuação de outra instituição chave nesse processo.

b) A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi criada em 1902 na “Segunda Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos”, sendo considerada como o organismo regional especializado em saúde do Sistema Interamericano. (LIMA, 2002)

Segundo o site oficial, a OPAS tem por missão “orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (OPAS, 2007)

Para Nísia Lima (2002), cujo trabalho procura compreender o “papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do Século XIX”, a OPAS, criada em 1902 “é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional”. (p.25)

Em seu trabalho, Lima (2002), divide a história da OPAS em momentos distintos. No primeiro momento, entre 1902 a 1947, a atuação da OPAS se deu principalmente por meio das “Conferências Sanitárias Pan-Americanas”, que difundiam as idéias científicas e as ações de saúde desenvolvidas pela Organização, principalmente por intermédio do Boletim da Oficina Sanitária Pan-americana, conseguindo implementar o Código Sanitário Pan-Americano em 1924, que regulamentava as ações pertinentes ao controle das doenças transmissíveis. (LIMA, 2002, p.48).

Num segundo foi a implantação do programa de descentralização e transformação da OPAS em organismo regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1946.

Contudo, a incorporação da OPAS à OMS somente ocorreu em 1948, quando os países Latino-americanos fizeram consideráveis contribuições em dinheiro, fazendo com que o orçamento da OPAS, que ficava na casa dos US\$ 100 mil dólares, chegasse a incrível marca dos quase US\$ 1,3 milhão. Assim, nesse mesmo ano, os acordos entre a OMS e OPAS, foram conduzidos à 1ª. Assembléia Mundial de Saúde. (Boletim, ABRASCO, no. 86)

Esses dados históricos expressam a determinação dos países americanos em preservar sua Organização. Esta determinação, que é muito consistente, nasceu e é orquestrada pelos Ministérios de Saúde. Ela é tão forte nos países latino-americanos e do Caribe que compensa uma certa ambigüidade nos

Estados Unidos, responsáveis por mais de 60% das contribuições do orçamento regular da Organização. (idem, p.86)

Os rumos da OPAS sob a direção de Fred Soper³⁹ consiste no segundo momento, no período de 1947 a 1958. Esse período ficou marcado pelo advento da segunda guerra, e pelos acordos bilaterais entre o Instituto de Assuntos Interamericanos, criado em 1942 e subordinado ao Departamento de Estado, e os governos latino-americanos, que permite passar a entender a saúde como uma forma estratégica de atuação. Fred Soper teria estabelecido uma forte interação com sanitaristas brasileiros, principalmente com Clementino Fraga, Belisário Pena e João de Barros Barreto, e “pode-se afirmar que suas atividades, segundo o modelo de ampla cobertura territorial e vigilância sanitária estrita, apresentavam afinidades com a centralização da administração pública durante o Governo Vargas”. (LIMA, 2002)

Durante esse período, com o fortalecimento da organização, estabeleceu-se cooperação mais efetiva com o governo brasileiro, evidenciada, entre outras medidas, pela criação do Centro Pan Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), pelo apoio ao laboratório de produção da vacina de febre amarela, na Fundação Oswaldo Cruz, e pela criação da Zona V de representação regional, com sede no Rio de Janeiro. (LIMA, 2002, p.27)

No terceiro período, entre 1958 a 1982, a autora cita, entre os grandes temas que envolveram as relações entre Brasil e OPAS, a reforma no ensino médico. Entre as iniciativas esta a criação da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) em 1967 com sede em São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde.

Na década de 60, a OPAS, começou a difundir o modelo de medicina preventiva na América Latina. A proposta pretendia reformular o ensino médico, introduzindo a "mentalidade preventivista" e a implantação da medicina comunitária. Para isso, a OPAS procurou apoiar o surgimento de departamentos de Medicina Preventiva no país. (CANESQUI, 1990)

Como o desenvolvimento urbano e industrial do Brasil pós década de 60 acarretou um impacto significativo nos serviços públicos, nas condições saúde de habitação e trabalho,

³⁹ Dr. Soper desempenhou papel na luta contra a febre amarela e outras doenças infecciosas no Brasil como parte do seu trabalho com a Fundação Rockefeller nas décadas de 20 e 30, no controle do tifo na África do Norte e na Itália durante a Segunda Guerra Mundial. Atuou também como Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas) de 1947 a 1959.

“esse quadro suscitou os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 1960 e 1970, intensificando os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias”. (LIMA, 2002, p.80)

No período correspondente a 1958 a 1982, em parte marcado pela Guerra Fria, e pelo esfriamento das relações entre Estados Unidos e Cuba, a OPAS teria, segundo Macedo (1977), a única a ter apoiado e utilizado a experiência desse país nas áreas de desenvolvimento tecnológico em saúde e de ações assistenciais, como o programa de médico de família. (LIMA, 2002, p.80)

c) A OPAS e os Departamentos de Medicina Preventiva e Social

Um importante marco na história da educação e formação profissional na área da saúde na América Latina, foi a realização do Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile, em 1955. Durante esse evento, apontaram-se propostas alternativas ao modelo de organização da educação médica proposto no relatório do educador norte-americano Abraham Flexner, medicina científica, então predominante no continente americano desde a segunda década do século XX. Assim, foi a partir do Seminário de Viña del Mar, que intensificou-se a criação de departamentos de medicina preventiva ou social em vários países, através da OPAS. (LIMA, 2002, p.91)

Nesse rumo, vários departamentos de Medicina Preventiva e Social, foram sendo criados nas Universidades e em instituições públicas brasileiras⁴⁰. Como exemplo veremos como se deu a implementação do Departamento na Unicamp, Canesqui (1990), descreve em seu artigo as etapas e as tendências do departamento.

(...) na primeira etapa de existência deste Departamento (1965-1970) reproduzimos parte daquele modelo importado, juntamente com os conteúdos da higiene que orientou a formação e a prática dos antigos sanitaristas. Um estudo efetuado por Everardo Duarte Nunes, sobre as disciplinas ensinadas no nosso Departamento na graduação médica, mostrou que figuravam, naquele período inicial, conteúdos da velha higiene, como a

⁴⁰“No início da década de 1980, verificava-se a institucionalização, no Brasil, da abordagem da medicina social, ainda que, naturalmente, comportasse inúmeras clivagens e diferenciações nos planos teórico e político. Encontrava-se representada pelos seguintes centros: os departamentos de medicina preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP), o Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP),³¹ na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)”. (Escorei, 1998; Teixeira, 1985, apud LIMA, 2002, P.92).

Medicina Construtiva e Educação Sexual, ao lado de disciplinas que colocavam novos conteúdos pertencentes ao modelo importado, como as Ciências Sociais Aplicada à Medicina e a Clínica de Família, numa perspectiva de Medicina Integral.(CANESQUI, 1990)

No início da década dos anos 70 o modelo de medicina comunitária e o elenco de disciplinas ensinadas pelo departamento passaram por grande crítica e reformulação, produtos de reelaborações teóricas que se faziam intensamente. Novos rumos se imprimiram, resultando na introdução de novos conteúdos curriculares, como a Medicina Social, preocupada com a organização social da prática médica no país e com a política de saúde; a Epidemiologia, criticada nos seus modelos explicativos sobre o processo saúde e doença e nos seus métodos de investigação de base positivista; as Ciências Sociais, de base funcionalista e comportamental. Enfim, procurava-se reorientar a formação médica nos parâmetros da Medicina Social e de uma Epidemiologia renovada e não mais reproduzir os modelos preventivistas e da higiene. Ao mesmo tempo impulsionava-se a produção científica, resultando em muitas teses de doutoramento defendidas pelos docentes.Redefiniu-se ainda, naquele momento o modelo comunitário de ensino e assistência (...) (CANESQUI, 1990)

Apesar da tentativa de reelaboração teórica com relação aos conceitos de medicina preventiva, medicina social e saúde pública, essas expressões segundo Schramm, "referem-se a uma mesma realidade de 'reunião' (coletivo), de 'associação' (social), de 'coisa comum' (público)" e não alterariam de maneira significativa a prática dos departamentos envolvidos dentro desse processo de reelaboração. (GRIGÓRIO, 2002, op.cit SCHRAMM, 1993)

Tomando como pontos fundamentais os temas do desenvolvimento e da medicina social, destaca-se a forma como a agenda proposta pela OPAS, ao mesmo tempo influenciou e se forjou a partir de forte interação com instituições e intelectuais brasileiros.

No campo da formação profissional e ensino, o Programa de Livros- Texto da OPAS tornou acessível a estudantes e professores literatura especializada. As metas de divulgação da informação, de modo sistemático e altamente profissionalizado, já haviam levado ao estabelecimento, em 1967, em São Paulo, da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (BIREME), que estabeleceu uma rede pan-americana de informação biomédica e social (OPAS, 1992). Durante esses 35 anos, a BIREME tem desempenhado papel importante, inclusive na intensificação das trocas intelectuais e do intercâmbio de bibliografia e informações entre o Brasil e os demais países latino-americanos.(LIMA, 2002, p.86)

A OPAS teve papel determinante na disseminação da Medicina Social no país no início dos anos 80,

(...) verificava-se a institucionalização, no Brasil, da abordagem da medicina social, ainda que, naturalmente, comportasse inúmeras clivagens e

diferenciações nos planos teórico e político. Encontrava-se representada pelos seguintes centros: os departamentos de medicina preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP), o Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (Escorei, 1998; Teixeira, 1985). Uma das implicações desse processo foi a incorporação de cientistas sociais aos quadros docentes dessas instituições.(LIMA, 2002, p.92)

Com a criação do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária⁴¹, em 1981, houve segundo Grigório (2002) um embate ideológico e de interesses muito intenso, dentro do Conselho. De um lado estavam, os representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, AMB, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. *Versus* representantes do “Movimento Sanitário”⁴², sindicatos médicos REME (Rede Médica), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), Institutos de Saúde Coletiva e Departamentos de Medicina Preventiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, posteriormente os secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos. Segundo Grigório (2002), por conta desse embate a implementação do Conselho foi "marginal" ao interior da Previdência, não assumida como proposta do Governo.

O grande marco histórico do grupo do Movimento Sanitário, segundo Andrade (2000), foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma

⁴¹ O Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, foi criado numa “tentativa de reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos”. (GRIGÓRIO, 2002)

⁴² O Movimento Sanitário surgiu em contraposição à Lei 6229, que organizou em 1975, o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. Segundo Andrade (2000), essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior. (ANDRADE, 2000)

sanitária⁴³. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, para Andrade (2000), o grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, principalmente na articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, como ocorreu dentro do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, mas segundo Andrade (2000), numa tarefa construtiva.

A Carta de 1988 enunciava as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva: a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. (ANDRADE, 2000)

Na década de 90, no entanto, os incentivos à saúde pública, emergiram principalmente em 1994 com o documento “Saúde Pública nas Américas”, segundo Lima, esse documento teria surgido da visão particular sobre a esfera da reforma setorial da saúde no continente. A tentativa era de revalorização do sanitarista.

⁴³ “O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. (...) Surgiram, também, outras denominações, como "movimento pela reforma sanitária" e "movimento da reforma sanitária". No livro “O dilema preventivista” uma nota feita por Arouca diz que todos esses termos podem ser usados indistintamente”. Trecho retirado da página: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, em 12 Dezembro de 2006.

(...) proposição de uma metodologia de acompanhamento das 'funções essenciais de saúde pública' em sua relação com o fortalecimento da função dirigente da autoridade sanitária. Seu ponto de partida pode ser identificado na crítica à concentração dos processos de reforma do setor saúde nas mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e de ajustes na prestação dos serviços aos indivíduos. Ressalta-se, entre outros aspectos, a pequena atenção dedicada à saúde pública. Entre os objetivos da iniciativa "A saúde pública nas Américas", destacam-se: promover conceito comum de saúde pública e suas funções essenciais nas Américas; criar metodologia para avaliação; propor um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura e melhorar a prática de saúde pública.(LIMA, 2002, p.98)

O pioneirismo da OPAS nos projetos de reformulação dos recursos humanos em saúde foi alvo do artigo de Paiva (2004), que trabalhava no projeto “História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil”. (COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS). Segundo esse autor, na década de 60 a carta de Punta Del Leste pode ter sido o primeiro marco político-institucional e simbólico da mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas. Contudo, a OPAS/OMS já havia firmado um acordo complementar ao acordo celebrado a 14 de novembro de 1973 entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, com a Organização Panamericana da Saúde para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil, prevista para 1975, que ficou conhecido mais tarde como Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). (PAIVA, 2004)

O PPREPS foi criado⁴⁴ em 1975 por convênio entre o governo brasileiro e a OPAS, de 1975 a 1978, e desenvolveu projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as secretarias estaduais de saúde, de integração docente assistencial, a cargo de universidades e de tecnologia social. (LIMA, 2002, p.95).

(...) para promover adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades de serviços através de uma progressiva ‘integração’ das atividades de formação na “realidade do Sistema de Serviços de Saúde”. (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.3, grifo do autor)

⁴⁴ “Segundo, Simões (1986), o PPREPS teria sido criado em atendimento à indicação do Grupo Interministerial que havia sido criado, em 1974, para estudar a questão de RH em saúde e propor soluções a serem incorporadas ao II Plano Nacional de Desenvolvimento.”

Dessa forma, o PPREPS apresentava como propósito: "adequar progressivamente a formação de Recursos Humanos para a saúde com os requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizada e de assistência progressiva de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta." (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.5), (SIMÕES, 1986)

Sabe-se que os projetos que compuseram o PPREPS destinaram-se a cobrir três áreas de atuação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde: (i) planejamento de recursos humanos, (ii) preparação direta de pessoal para a saúde, (iii) apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e (iv) distribuição estratégica de pessoal de saúde. (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.3)

Esse Programa explicitou como um dos seus grandes objetivos, "apoiar o estabelecimento de Sistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos em cada Estado da federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivo", sendo a consecução deste objetivo o que poderia assegurar a continuidade de desenvolvimento de recursos humanos pelas Secretarias Estaduais.(Simões, 1986, p.3)

Desde o Grupo Interministerial (1974) criado para diagnosticar as condições da saúde pública, até a implementação do PPREPS, participou de forma ativa o Dr. Jose Roberto Ferreira⁴⁵, que atualmente é o Diretor na FIOCRUZ da Agência de Cooperação Internacional (ACI/FIOCRUZ), e membro do Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares (PROMED), que é visto por ele como uma espécie de "deja vú" que a OPAS tentou implementar com o PREPS em 1975- 78.

Assim, no final de 2001, ocorre uma mudança importante no cenário nacional. O governo federal lança o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, conhecido como PROMED, desenvolvido numa parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação com o apoio da OPAS.

Com esse programa, o estado passou a disponibilizar recursos financeiros da ordem de R\$ 1,2 milhões para três anos de trabalho para cada Instituição de Ensino Superior que adequasse sua proposta de formação às diretrizes da medicina comunitária (PROMED, 2002).

⁴⁵ Médico formado pela Universidade do Brasil, especialista em cirurgia cardíaca, trabalhou durante 29 anos como diretor de RH da OPAS em Washington.

Diante desses fatos, não é possível compreender a forma como se organizaram e se organizam as lutas em torno do currículo legítimo da educação médica nas últimas décadas no Brasil sem levar em conta o fato de que elas estão estreitamente imbrincadas com uma luta em torno da definição social do lugar do médico na sociedade ou, em outras palavras, pelo prestígio do médico.

Embora correndo o risco de simplificar uma batalha simbólica bastante complexa, é possível ver que um elemento que facilita a aglutinação dos defensores da formação médica dita tradicional é a luta da definição do médico como profissional garantidor da saúde. Para os defensores da medicina dita tradicional, a garantia dada pelo médico e, por consequência, o seu prestígio, apoia-se na sua formação técnica, especializada, capaz de manipular os conhecimentos mais complexos e sofisticados produzidos na área, assim como encarregado de acompanhar as modificações desses conhecimentos.

Para os defensores da medicina comunitária, por sua vez, o médico é parte de uma equipe interdisciplinar de profissionais da saúde (enfermeiros, psicólogos, dentistas, etc.) e nela tanto pode ocupar as posições de direção quanto de subordinação. No entanto, seu prestígio continuaria assegurado pelo lugar central dos Programas de Médico da Família. Trata-se, no entanto, de dois tipos diversos de médico. Para os defensores da medicina comunitária, o médico necessário é o generalista, definido na prática pelos programas municipais, por oposição ao especialista, enfatizando-se suas posições éticas (ver Anexo I).

A cada um desses tipos médicos, como foi visto, corresponde um modelo de formação. Nas últimas décadas, a luta em torno do currículos se torna particularmente aguda, impulsionada pela expansão do número de efetivos, acompanhada por sua vez pelo assalariamento da profissão.

Capítulo 3: “Medicina Comunitária” como política de governo

Não é possível compreender a forma como se organizaram e se organizam as lutas em torno do currículo legítimo da educação médica nas últimas décadas no Brasil sem levar em conta o fato de que elas estão estreitamente imbrincadas com uma luta em torno da definição social do lugar do médico na sociedade ou, em outras palavras, pelo prestígio do médico. Embora correndo o risco de simplificar uma batalha simbólica bastante complexa, é possível ver que um elemento que facilita a aglutinação dos defensores da formação médica dita tradicional é a luta da definição do médico como profissional garantidor da saúde. Para os defensores da medicina dita tradicional, a garantia dada pelo médico e, por consequência, o seu prestígio, apoia-se na sua formação técnica, especializada, capaz de manipular os conhecimentos mais complexos e sofisticados produzidos na área, assim como encarregado de acompanhar as modificações desses conhecimentos.

Para os defensores da medicina comunitária, por sua vez, o médico é parte de uma equipe interdisciplinar de profissionais da saúde (enfermeiros, psicólogos, dentistas, etc.) e nela tanto pode ocupar as posições de direção quanto de subordinação. No entanto, seu prestígio continuaria assegurado pelo lugar central dos Programas de Médico da Família nesses projetos de reestruturação do atendimento médico. Trata-se, no entanto, de dois tipos diversos de médico. Para os defensores da medicina comunitária, o médico necessário é o generalista, definido na prática pelos programas municipais, por oposição ao especialista, enfatizando-se suas posições éticas (ver Anexo I).

Conforme vimos no capítulo anterior que focalizou as duas arenas constituídas pelos participantes como espaços fundamentais da luta por seus interesses via currículo. O primeiro grupo, definido pelos seus oponentes como "tradicional", mobiliza-se em torno do controle do número de cursos de graduação, por entenderem que uma ampliação dos cursos indica uma queda na qualidade e nos requisitos mínimos de uma formação considerada "cara" e "exigente". O segundo grupo mobiliza-se pela "reforma sanitária". Uma cartografia dessas lutas pode nos ajudar a melhor identificar os grupos envolvidos, seus argumentos e palavras de ordem, assim retratar os princípios de suas tomadas de posição às redes a que se encontram associados.

Sendo assim, nesse capítulo, procuramos mostrar como um grupo de pessoas ligadas à OPAS/OMS e a Kellogg, se incorpora ao Estado e conseguem implementar mudanças nos cursos de medicina no Brasil.

O PROMED foi um programa que funcionou entre 2002 e 2005, tendo sido apresentado como um “sistema de incentivos às instituições acadêmicas dispostas a adequar a formação profissional que oferecem às necessidades do SUS”, segundo o Diretor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, Paulo Seixas, em reportagem no site da OPAS em 02/01/2002.

O PROMED visava essencialmente promover e apoiar iniciativas de reorganização curricular de cursos de medicina reconhecidos pelo MEC. As diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas pelo Ministro da Educação, constituem na visão de seus idealizadores, “uma oportunidade para que as escolas médicas reorganizem os cursos oferecidos com o objetivo, entre outros, de formar profissionais dotados de conhecimentos e proficiência técnica que os habilitem a uma prática competente, ética e socialmente responsável”. (PROMED, 2001)

Os objetivos do PROMED são, através do financiamento parcial ou total, incentivar mudanças que visem a adequação dos graduandos, conhecimentos e serviços prestados pelas instituições acadêmicas às necessidades do SUS, tendo seis princípios básicos:

- 1) a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS;
- 2) a adequação da pós-graduação e a oferta de educação aos profissionais da rede SUS;
- 3) a mudança pedagógica na direção de um aprendizado mais ativo;
- 4) a melhor integração entre os ciclos básico e profissional e entre a teoria e a prática, criando oportunidades de aprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade ao longo de todo o curso;
- 5) a diversificação de cenários do processo de ensino de forma a contemplar todos os ambientes nos quais ocorrem o processo saúde – doença, particularmente aqueles vinculados ao SUS e às comunidades e
- 6) a abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

O Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina selecionou em todo o País cerca de 20 escolas de Medicina, distribuídas regionalmente. Para cada escola

que foi selecionada destinou-se um financiamento de R\$ 1,2 milhões para três anos de trabalho, na preparação interna da instituição para a mudança pretendida. O processo será acompanhado pelo Ministério da Saúde, com avaliação a cada semestre.

Assim, por um lado, a política do ministério tem procurado reorganizar e estimular o desenvolvimento da atenção básica como estratégia de substituição ao modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, centrado na doença e no atendimento hospitalar. Por outro, as escolas médicas foram incentivadas, por meio desse programa, a reorientar sua formação para produzir profissionais melhor ajustados ao novo modelo.

Com o PROMED, várias universidades mudaram o modelo de formação para se adequar à sua proposta. Dentre as vinte escolhidas na primeira seleção, dez eram federais, quatro estaduais e cinco particulares.

A intenção do Estado com esse Programa de Incentivo foi regular a formação dos recursos humanos na saúde, uma vez que faz uma crítica a excessiva “flexibilização permitida pela nova LDB”. Além disso, segundo consta na proposta do PROMED acusa-se os órgãos de formação superior de excessiva autonomia, que teria acarretado um “afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade”. (PROMED, 2001)

3.1 Inspiração do Promed e ação da OPAS no Brasil

O PROMED se enquadra na estratégia para efetivação de atividades que já haviam sido realizadas desde a década de 70 no Brasil, principalmente com o Apoio da OPAS via Ministérios da saúde, o Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde é uma das marcas da Organização. Que como vimos no capítulo anterior de 1975 a 1982 o governo em parceria com a OPAS estabeleceu no país um fundo interinstitucional para o desenvolvimento de Recursos Humanos, com a participação do Ministério a Saúde e da Educação, dentre as atividades desenvolvidas podemos citar (i) apoio da implantação de RR.HH e (ii) desenvolvimento de cursos de especialização em saúde nos Estados (iii) implantação da integração docente-assistencial nas escolas do setor de saúde, (iv) introdução do programa de formação de larga escala e promoção do programa de educação permanente. (FERREIRA, RJ, 2005, p.11)⁴⁶

⁴⁶ Documento consultado: ‘Curriculum Vitae’ de José Roberto de Araújo Ferreira, 2005.

Dentre os membros que compõem a equipe do Promed⁴⁷, dois médicos de renome se destacam. São eles respectivamente José Roberto Ferreira, médico com especialização em cirurgia, tendo durante sua primeira década de exercício profissional e, posteriormente dedicado as três décadas subseqüentes à atividade internacional no campo (i) do desenvolvimento da educação superior e, (ii) da saúde pública e, (iii) educação médica em particular e (iv) a cooperação técnica internacional” (FERREIRA, RJ, 2005, p.1), e Benedictus Philadelpho de Siqueira, médico, “Notório Saber em saúde pública” pela UFMG, participou ativamente de várias comissões ligadas ao ensino superior de medicina, tais como a (i) Comissão de Avaliação do Curso de Medicina (PROVAO) em 2001, (ii) a Comissão de Ensino médico e Pós- Graduação da AMB em 1999 e, (iii) presidente da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico em 1991 a 1992, foi presidente das seguintes entidades: (i) da ABEM em 19990, e (ii) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Dentre os dois médicos, escolhemos para entrevistar o D. José Roberto, por dois motivos. Primeiro porque ele após 29 anos de trabalho na OPAS e, por isso, tem uma visão ampla das ações dessa organização não somente no Brasil, mas em toda da América Latina, segundo porque ele atua como Diretor da Agência de Cooperação Internacional da Fiocruz foi chamado para fazer parte da Comissão do Promed pelo seu ex-funcionário no escritório da OPAS nos Estados Unidos e atual Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETS/MS), Francisco Campos.

Em depoimento a essa pesquisa, o Dr. José Roberto esclarece que a idéia inicial do PPREPS e posteriormente do Promed era retomar o projeto da Faculdade de Ciências da Saúde de Brasília (1966). O Dr. José Roberto foi convidado a participar da constituição da Escola de Medicina de Brasília, pelo Dr. Ernani Braga, então Diretor Executivo da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (FEPAFEM).

O Dr. Ernani Braga, nasceu em 1913, no Mato Grosso, tendo curso medicina na antiga Universidade do Brasil (RJ), formou-se em 1935. Recebeu título de sanitarista, pela conclusão do Curso de Saúde Pública, em 1941. Foi colaborador do Departamento Nacional de Saúde, da Delegacia de Saúde do Ceará e da Secretaria de saúde do Pará. Na Fundação Sesp,

⁴⁷ Ver quadro da equipe completa do PROMED em ANEXO

permaneceu de 1944 a 1959; em 1954, tinha assumido cargo de Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde. No início dos anos 90 voltou-se para a formação de Recursos Humanos, atuando junto a CAPES/MEC e a Fundação Rockefeller, participando do programa nacional de ensino e pesquisa das ciências biomédicas. De 1962 a 1967 dirigiu a FEPAFEM, criada com o objetivo de impulsionar o ensino médico da América. “A grande experiência acumulada e o enorme e merecido prestígio que conquistou colocaram-no na Direção da Diretoria de Recursos Humanos da OMS, em Genebra, de 1967 a 1973”. Participou também da Diretoria da American Public Health Association, e da Sociedade Brasileira de Higiene. (fonte: www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/ernani_braga.htm, acessado em 20/12/06)

Foram convidados para compor o quadro na UNB, os Drs. José Roberto de Araújo Ferreira, então Diretor executivo da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), e Luiz Carlos Galvão Lobo, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Eles participaram de um Grupo de Trabalho que deveria organizar a nova Faculdade. Segundo o Dr. José Roberto, foi essa experiência em Brasília com a implantação da Faculdade de Ciências da Saúde (com curso básico integrado) que deu visibilidade ao seu trabalho. A seguir, a OMS, através da indicação de Ernani Braga, o convidou para ser consultor na implantação de uma Faculdade de Medicina na África Central em 1968.

Foi também uma iniciativa do Ernani Braga, que estava em Genebra. Como ele na época mandava todo mundo visitar Brasília, Brasília tava no auge, ele achou que o modelo de Brasília é que seria o modelo, não pra ser transferido, mas exatamente para orientar o novo projeto de Camarões, Cameroon. E me chamou, quem financiou foi o BM. Ele fez com que fizessem um contrato comigo, e logo esse outro que tá aqui do lado (Dr. Galvão Lobo) que era diretor de Brasília naquela época, e ajudar o desenvolvimento do plano de ensino deles. Na época participava desse projeto o governo francês, desde logo puxando pra trás, mais tradicional; o governo canadense com o prof. que me acompanhou inclusive na primeira, Dr. Decan, de Montreal (...) Apresentamos o projeto e foi aceito. Seis meses depois nos levaram pra a implantação e finalmente, dez anos depois, resolveram fazer uma avaliação e me convidaram. Na véspera de ir pra avaliação eu tive rubéola e não pude ir (...)

Após esse primeiro trabalho pela OMS a OPAS o convidou para ir a Washington, DC, por dois anos, onde acabou se estabelecendo e trabalhando durante 29 anos para a OPAS, onde permaneceu de 1969 até 1996, dedicando-se amplamente a Saúde Pública seu

desenvolvimento na América Latina, principalmente com relação a formação de Recursos Humanos, além de cooperação técnica internacional em saúde, até a sua aposentadoria em abril de 1996, quando retornou para o Brasil, e ingressou na Fundação Oswaldo Cruz, para orientar as relações internacionais da instituição em seus aspectos político-diplomáticos, administrativos e de cooperação técnica. Tendo concentrado suas ações na coordenação de cooperação técnica da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e na assessoria de suas relações internacionais, expandindo posteriormente seu campo de ação para toda a Fundação, a partir de 2001.

Contudo, sobre a tentativa de adequação dos recursos humanos de saúde para o SUS, o Dr. José Roberto esclarece na mesma entrevista, que a tendência em geral de adoção das orientações da medicina voltada para a comunidade se dá em geral pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. A idéia do Promed é incentivar os outros professores e Departamento das Escolas Médicas a aceitarem as mudanças propostas e se adequarem à proposta do governo para a educação médica no país.

A gente fala até em tom de brincadeira: Enquanto o pessoal da comunitária e preventiva e social faz o seu piquenique no pátio das escolas, o resto dos professores faz o seu banquete nos centros cirúrgicos. E não há como competir com eles! Então a gente queria era quebrar essa coisa, e fazer com que a escola como um todo pudesse participar do processo e não só o pessoal da preventiva. Essa foi à origem (...) (Entrevista de pesquisa, RJ, 2006)

Com essa perspectiva de envolver toda a escola médica nas mudanças nos cursos, e consequentemente na formação do médico no Brasil, que o governo trabalha oferecendo incentivo financeiro às escolas. Segundo o Dr. José Ferreira trata-se de uma estratégia de atuação em três frentes:

Confesso que estamos fazendo força. Primeiro a idéia de que a escola deve incorporar uma visão mais ampla da saúde, entrando no ciclo de vida, e promoção da saúde, todos esses aspectos gerais que levam a conhecer o normal antes de conhecer o patológico. Segundo, que o cenário de prática se diversifique, o hospital tradicional o hospital de clínicas tradicional, em geral terciário, que eles não sejam utilizados como elemento básico de ensino. O hospital de pós-graduação é base de um sistema de referência da rede. O ideal é que os alunos pudessem se concentrar nos laboratórios, nos centros de saúde, e nos hospitais de nível secundário, usando o Hospital Universitário como hospital de referência, acompanhando os casos. Isso é o esquema teórico, porque na prática é difícil alcançar isso. Os professores

preferem ensinar desde logo onde eles têm mais conforto, que é dentro do cenário clínico. Um terceiro elemento é a orientação pedagógica, criando elementos de estruturação e orientação ativa do aluno, um sistema formativo com realidade na prática clínica e não só de teoria que é o que você encontra. Esse é o esquema fundamental que você encontra. Agora romper com todo o esquema tradicional dos professores é difícil. (Entrevista do Dr. José Roberto Ferreira, RJ, 2006)

Com relação ao andamento do Promed, e as dificuldades encontradas para sua implementação o Dr. José Roberto, em tom de desapontamento esclarece que,

(...) não diria que existam opositores, o que existe são professores que estão vinculados, sobretudo as áreas mais especializadas, que não estariam dispostos a deixar sua prática usual, inclusive sair do seu hospital de alto padrão e atender centro de saúde comunitário, isso aí é até compreensível, e sim de defasados da atividade que eles estão desenvolvendo a 30, 50 anos, daí a dificuldade de se fazer isso (mudar o tipo de formação do médico). (Entrevista de pesquisa. Dr. José Roberto Ferreira, RJ, 2006).

Com relação à adesão ao programa de cursos com metodologia PBL, o Dr. José Roberto foi enfático com relação aos Projetos Uni e a atuação da ABEM, entidade que ajudou a formar e da qual está afastado:

“Marília e Rondônia, se incorporaram como questão do PBL e se tornaram consultores vendendo projetos PBL a preços altíssimos pra todos mundo, mercantilizou-se o processo de tal forma, que sinceramente acho uma coisa desprezível hoje. Longe de ser a realidade. A abem acompanha isso hoje em dia, mesmo que a gente chame pra participar desses processos todos, agora mesmo, apresentaram um projeto pra entrar no Pró-saúde, que entrem, o que acontecesse: isso não é pecado, ela representa um total de 165 escolas, não pode fugir muito do que são essas 165 escolas. Ela não pode dizer “eu acho que o bom, é só isso que duas ou três fazem, elas se desligariam rapidamente, assim a ABEM representa a maioria da membresia”. (Entrevista de Pesquisa, RJ, 2006)

Apesar de a iniciativa do programa de incentivos ter partido do Ministério da Saúde, atualmente o Ministério da Educação é que atua na regulação e na implementação de políticas de incentivo a mudanças curriculares na medicina. Mas tem se confrontado com as ações e com os ideais de uma profissão liberal auto-regulável, principalmente no caso das associações como CFM e da AMB. Esse embate se dá em muitas frentes, uma delas diz respeito à mudança do modelo hegemônico de medicina do científico ou flexneriano para o Comunitário.

Contudo, é importante ressaltar que o aumento no número de escolas médicas por parte da SESu/ MEC, tem apontado para uma adequação dos modelos dessas escolas novas ao modelo PBL de baixo custo.

Têm escolas numa pobreza total e absoluta. Agora mesmo, uma quantidade enorme de escolas privadas está cobrando por um curso relativamente caro. Mas por um curso sem pesquisa, uma escola só de quadro negro e giz que se dá ao luxo inclusive de cobrar três mil reais por mês dos alunos. E mantém um padrão quase que luxuoso das suas instalações, é impressionante isso, não posso dizer o mesmo da qualidade de ensino. Mas já cheguei a algumas com a biblioteca cheia de couro e tal, muito bonito, porque dinheiro tem, mas não fazem pesquisa, os professores não têm nem sala, vão lá dão aula e vão embora. Acho que isso foi o que aconteceu com essa grande explosão de escolas. (Entrevista de Pesquisa, RJ, 2006)

3.2 O PROMED e o fortalecimento dos Projetos UNI (Kellogg)

Analisando os documentos da proposta do PROMED, observamos que esse programa foi pensado como uma “estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde” (Brasil, 2002), numa referência velada à formação “flexneriana”, com uma forte crítica ao modelo de atendimento e de formação “centrado na doença e no atendimento hospitalar”. Esse argumento se encaixa como uma luva no raciocínio desenvolvido nos artigos dos membros da Rede Unida e das publicações da ABEM que vêm atuando em conjunto na tentativa de promover uma “nova prática de atenção à saúde” que supere o modelo hegemônico de gestão centralizada, que não integraliza as ações assistenciais e de promoção à saúde”⁴⁸.

O PROMED está sendo estratégico para a continuidade do processo de mudança dos modelos de formação no Brasil, cuja iniciativa é atribuída aos Programas IDA na década de 80 e depois pelo Programa UNI na década de 90, encampados depois pela Rede Unida, conforme visto no capítulo dois desse trabalho.

Uma figura central no processo de gestão dos projetos UNI na América Latina, mas principalmente no Brasil, foi Laura Feuerwerker, médica por formação, especialista em saúde pública, que na condição de coordenadora da equipe de apoio, tinha como responsabilidade

⁴⁸ Projeto de Consolidação UNI Marília, período 1996 a 1999. Apoio W. K. Kellogg Foundation.

desenvolver as estratégias de suporte técnico ao desenvolvimento dos projetos, além de apoiar diretamente o trabalho em outros oito projetos no México, Colômbia, Brasil, Peru e Venezuela, no período de 1995 a 2002.

Contratada como consultora, seu objetivo era acompanhar dos projetos UNI, da Kellogg. Essa experiência na Fundação Kellogg permitiu a Laura Feuerwerker assumir, em 2003, o cargo de Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, no Ministério da Educação⁴⁹. Essa secretaria foi criada no Governo Lula para se responsabilizar pelos vários projetos que tinham como objetivo fazer valer a decisão constitucional de deixar ao SUS a responsabilidade sobre a gestão do trabalho (carreira, regulação das profissões, mesa de negociação) e da formação dos trabalhadores da saúde no país.

A inserção de Laura Feuerwerker no Ministério da Educação possibilitou à Rede Unida, a qual ela está intimamente ligada, ter seus projetos valorizados no âmbito nacional. Concretamente, o governo acabou por incorporar o ideário dos projetos UNI e da medicina comunitária à gestão do sistema de saúde pública brasileiro.

Entendemos que o fato desses atores estarem atuando nesse cenário da maneira como apresentamos reforça o que pretendemos demonstrar, que de fato esse projeto, nascido e implementado com participação da Fundação Kellogg e de profissionais médicos brasileiros com o objetivo de reformular a formação de recursos humanos para a saúde, via Rede Unida, acabou sendo incorporado pelo governo atual, principalmente com o lançamento do Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED). Esse projeto foi implementado numa ação conjunta da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) e da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) em parceria com a Rede UNIDA, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O lançamento da proposta para intervir na formação do profissional médico no Brasil, foi apresentada publicamente em um seminário realizado em São Paulo, em 18 de dezembro de 2001.

Além disso, os membros da Rede Unida estão conseguindo viabilizar novas Escolas de Medicina. Como se vê, o PROMED acabou reforçando a proposta da Rede Unida de tornar

⁴⁹ Uma das três coordenações do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, e pertence à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

central na formação dos médicos o modelo de medicina comunitária já difundido por meio dos projetos UNI e incorporado à rede nacional de atendimento à saúde com a criação do SUS.

Sobre essa questão quando perguntado sobre as similaridades dos Projeto UNI com a proposta do Promed, o Dr. José Roberto justificou que o UNI “é um programa que queria fazer a mesma coisa que nós estamos fazendo com o PROMED e com o PRÓ-SAÚDE só que a estratégia era outra. Eles não tinham essa idéia de trabalhar com os 3 vetores, mas o objetivo era o mesmo, orientar o ensino comunitário”.

3.3 Diretrizes Curriculares e o Programa de Incentivos MS/MEC

Uma outra estratégia utilizada pela Rede Unida diz respeito à intensa participação dos seus membros no processo de discussão e negociação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina, homologadas pelo Ministro da Educação em 10 de outubro de 2001.

Nesse contexto de incentivos à mudança na formação dos profissionais de saúde, a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa para o Estado uma forma de tentar homogeneizar a formação e diminuir a autonomia das instituições de ensino superior cujas conseqüências estariam fortemente expressas nos perfis da formação dos médicos [que tenderam] ao longo das últimas décadas, à extensão e à segmentação.

As diretrizes curriculares que foram propostas para os cursos de medicina receberam influência da proposta da Rede Unida, cujos membros se mobilizaram⁵⁰, produzindo diversos congressos e seminários para encaminhar ao MEC sua proposta. Essa estratégia foi uma forma de valorizar o seu modelo de formação do médico, de forma a conciliá-lo com a proposta do Estado com o discurso da formação terminal do médico generalista, que visa conter a tendência à especialização que vigoraria apesar do ideário contido nas diretrizes curriculares atualmente em vigor. No Artigo 3º, por exemplo, propõe-se a formação centrada

⁵⁰ Como Exemplo de mobilização podemos citar o seguinte Artigo: FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Márcio. **Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!**. Revista Brasileira de Enfermagem, 56(4):351-2, 2003. Tanto a Laura como o Márcio trabalharam juntos, a Laura como consultora da Kellogg e o Márcio como vice-reitor da UEL na ocasião da implantação do Projeto UNI – Londrina, atualmente, ambos são membros da Secretaria Executiva da Rede UNIDA, e da ABEM.

na 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.

As diretrizes foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como fundamento o parecer da Câmara de Ensino Superior de 07/08/2001, elaborado depois de uma audiência pública realizada em Brasília, e que contou com a ativa participação da Rede UNIDA, através dos seus representantes.

Assim, a Rede Unida com o apoio da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), realizou, no dia 18 de dezembro de 2001, o Seminário de lançamento do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP⁵¹. Nesse mesmo Seminário houve também o lançamento das Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina, acompanhado da discussão do edital de chamada de propostas dos projetos de inovação curricular dos cursos de medicina, a serem implementados com financiamento do Programa PROMED.

Participaram do Seminário os dirigentes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Educação, Associação Brasileira de Educação Médica, Rede UNIDA e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

Segundo boletim da Rede Unida foi firmado uma parceria entre o Ministério da Saúde, MEC e escolas médicas, isto e todas as Escola Médicas integrantes do Programa UNI, para,

(...) 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, estratégia esta que requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente apto a prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade. (Boletim Rede Unida, Ano XVI, n.36)

⁵¹ Campos, João. “Diretrizes Curriculares e o Programa de Incentivos MS/MEC: uma nova conjuntura”, Boletim Informativo da Rede Unida, nº 36, p.3.

3.4 Guerras de desqualificação:

Na tentativa de captar os termos da disputa em torno dos currículos e os efeitos do PROMED, procuramos analisar as mudanças que esse programa acarretou nas escolas selecionadas, como ao todo foram 20 escolas aprovadas⁵², escolhemos a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, (i) por ser essa uma escola de referência no modelo de medicina comunitária, (ii) por ter indicada por um dos responsáveis pelo programa, José Roberto Ferreira, como sendo a que mais efetivamente implantou as mudanças proposta pelo Promed (iii) enfim, porque a Comissão gestora do PROMED-Londrina colaborou prontamente com essa pesquisa, respondendo aos nossos questionamentos, o que permitiu uma maior análise dos fatos.

Como se vê abaixo, o trabalho de qualificação e desqualificação constantes são uma das características forte da luta em torno dos currículos.

Sendo assim, em depoimento para essa pesquisa, Márcio Almeida docente na UEL, destaca que, na realidade das escolas de medicina do país, os currículos dos cursos de medicina brasileiros podem ser, grosso modo, divididos entre: (a) tradicionais e (b) inovadores

Os tradicionais são aqueles em que predominam as “metodologias passivas” de ensino-aprendizagem, em que os alunos são mais “objetos” do processo, que preservam os ciclos básicos, pré-clínico e clínico, que têm o internato somente em serviços universitários e hospitalares especializados. (Entrevista de Pesquisa, Márcio Almeida, campinas, 2007)

Os inovadores são aqueles em que (i) predominam as “metodologias ativas” de ensino-aprendizagem, (ii) que definem os estudantes como “co-construtores” do conhecimento, (iii) realizaram a integração entre os ciclos básico e clínico, (iv) têm o internato no HU especializado e também nos serviços de saúde de diferentes níveis de atenção da rede local. Assim, em um ou no outro estágios intermediários entre esses dois "modelos" é que se situam os cursos (Depoimento, Márcio Almeida, 2007). E é dentro dessa perspectiva inovadora que ele coloca o curso de medicina da UEL se coloca frente ao cenário nacional.

⁵² Em anexo a Lista das escolas médicas selecionadas pelo PROMED

Na ocasião da implantação do projeto UNI financiado pela Kellogg, na UEL o médico Márcio Almeida era o Vice-Reitor da universidades e membro da Rede UNIDA, contudo Márcio já tinha experiências anteriores e é figura conhecida no Paraná, foi secretário municipal da saúde de Londrina (1977 a 1980); exerceu mandato de deputado estadual pelo Paraná; foi Presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; atualmente é o Coordenador Nacional da Rede Unida da gestão 2005-2007. Tem uma forte ligação com Dr. José Roberto Ferreira, ex-Diretor de desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, que chegou a orientar parte da sua tese nos Estados Unidos, segundo Dr. José Roberto ele orientou, “sobretudo, o modelo que ele aplicou de inovação. É um modelo que eu desenvolvi criando três etapas de evolução baseada na evolução da pesquisa em geral que é inovação, mudança, e transformação. Então ele usou o mesmo esquema pra analisar os 3 ou 4 programas internacionais que foi objeto da tese”. (entrevista de Pesquisa, RJ, 2006)

Para a elaboração do projeto, o Colegiado do Curso de Medicina da UEL indicou uma comissão composta por um membro de cada um dos departamentos profissionalizantes e dois membros do CCB, além de representantes do Serviço Municipal de Saúde e dos estudantes. Dessa forma a comissão realizou ao todo seis oficinas de trabalho nos meses de julho e agosto de 2002 para discutir os três eixos norteadores (i) Produção de Conhecimento, (ii) Abordagem Pedagógica e (iii) Cenários de Práticas, com o objetivo de propiciar a discussão conjunta do diagnóstico da situação atual, da imagem-objetivo e das operações visando à mudança em cada um desses eixos, essas ações deram subsídios e orientaram a elaboração do projeto final (UEL, 2006)

Para o desenvolvimento do projeto, foi constituída uma Comissão Gestora⁵³ (CG), composta pelo Coordenador(a) do Colegiado do Curso de Medicina; pelo Diretor do CCS; por representantes dos seis departamentos clínico-cirúrgicos do CCS; por dois representantes da

⁵³ Até março de 2004, os participantes da Comissão gestora foram: Eva Janowski (coordenadora), Waldir Garcia, Brígida Carvalho, Ana Maria Bonametti, Luiz Fernando Bopp, Elbens Azevedo, Maria Ap^a. Carramenha, Bárbara Turini, Maurício Marchese, Lúcia Vargas, Leda Mezzaroba, Isaias Dichi e Luis Rocha. Atualmente ela está constituída por: Márcio Almeida (coordenador) Waldir Garcia, Brígida Carvalho, Maurício Marchese, Lúcia Vargas, Leda Mezzaroba, João Campos, Osmar Henriques, Roberto Coelho, Marcos Campos, Lígia Ferrari e Denise Sugioka.

área básica do curso; por um representante dos serviços; por um(a) estudante, indicado pelo Centro Acadêmico.

X- QUADRO: OBJETIVOS POR EIXO DE ORIENTAÇÃO

Eixo Orientação Teórica
Manter o crescimento gradual em diversas linhas de pesquisa
Desenvolver a integração com os serviços de saúde e criar novas linhas de pesquisa
Estimular a capacitação e educação permanente em diversos níveis
Eixo Abordagem Pedagógica
Avaliar o processo das condições de ensino-aprendizagem
Consolidar as mudanças curriculares
Contribuir para a melhoria do gerenciamento do processo
Eixo Cenários de Práticas
Melhorar as condições de treinamento das habilidades clínicas
Aprimorar as práticas de interação com os serviços e a comunidade (PINs)
Estimular a definição e padronização da integração do HU e AHC com outros serviços de saúde do SUS
Conciliar as necessidades acadêmicas dos serviços de saúde da UEL e as do sistema municipal de saúde.

Fonte: UEL

No sentido de agilizar e implantar o desenvolvimento das ações e dos recursos, foi instituída uma gerência acadêmica (Maurício Marchese) e de serviços (Brígida Carvalho), bem como uma secretaria de apoio ao projeto (Selene/Diogo). Juntamente com o(a) coordenador(a) do colegiado constituem o Grupo Gerencial (GG) do projeto.

A primeira parcela dos recursos foi liberada em maio de 2003, mediante assinatura de Carta Acordo com a OPAS/OMS, possibilitando o desenvolvimento das atividades no quadro abaixo:

XI - QUADRO: ATIVIDADES PROMED-UEL

Orientação Teórica:
Apoio à formação de profissionais da rede básica em Medicina Familiar (PROFAM);
Apoio à participação em congressos, com destaque para o Congresso da ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica.
Consolidação das mudanças pedagógicas:
Apoio a criação de um sistema integrado de avaliação (SIAMed) do processo de ensino-aprendizagem do curso de medicina;
Aprimoramento de tutores;
Aprimoramento de coordenadores de módulos temáticos;
Implementação dos laboratórios de práticas da área básica;
Apoio à realização do V Fórum do Curso de Medicina da UEL, de 11 a 14/11/03.
Diversificação dos Cenários de Práticas:
Reformulação dos PINs, incluindo os profissionais dos serviços e lideranças comunitárias na avaliação, planejamento e execução das atividades;
Encontro sobre ensino de habilidades clínicas e atitudes;
Visita a laboratório morfofuncional da FAMEMA.

Fonte: UEL

A segunda parcela, foi na casa dos R\$ 200.000,00 (Duzentos mil reais) transferidos pelo Ministério da Saúde, por meio da OPAS, para a Fundação HUTECH, em 16/04/2004, foi acrescida na receita do Projeto a importância de R\$ 11.931,46 (Onze mil, novecentos e trinta e um reais e quarenta e seis centavos), correspondente ao saldo líquido dos resultados das aplicações financeiras realizadas. Assim, a receita total do Projeto neste período foi de R\$

211.931,46 (Duzentos e onze mil, novecentos e trinta e um reais e quarenta e seis centavos). (RELATÓRIO FINANCEIRO, 2ª PARCELA 2004, UEL, 2005)

Dentre as ações programadas para esse período estavam (i) a capacitação de profissionais da rede básica de serviços de saúde em métodos e técnicas de pesquisa (ii) apoio a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família para 100 médicos do Serviço Municipal de Saúde (iii) aquisição de manequins para Laboratório de Habilidades e banco de imagem para o laboratório morfo-funcional (iv) implementação de práticas integradas de laboratório; melhoria no acervo da biblioteca (v) implementação na avaliação dos alunos e do próprio curso (vi) apoio a realização e disseminação de pesquisas desenvolvidas por alunos que tenham como objeto as relações entre ensino e serviços de saúde. (UEL, 2005)

No relatório da UEL (2005), na avaliação dos benefícios foi apontada como ações vitais para o prosseguimento do processo de mudanças no curso e para a sua consolidação:

- Os debates a respeito do Projeto Político Pedagógico do curso;
- O apoio das ações do projeto foram importantes para garantir a qualidade e pertinência das inovações curriculares.
- O estímulo a participação de um grande número de professores e de estudantes no 42º COBEM (Vitória);
- A convivência, ainda que por poucos dias, com professores e estudantes de outras escolas, muitos deles comprometidos com mudanças que estão em curso, representou um elemento questionador e positivo.
- De uma forma geral, as ações executadas foram coerentes com o momento vivido pelos professores e estudantes do curso.

A terceira e a quarta parcela, estão justificadas no Plano de Trabalho (2005), e totalizaram R\$ 400.000,00.

XII- QUADRO: ORÇAMENTO DA ATIVIDADE

ITENS	VALORES (RS)		
	2005 (1)	2005(2)	TOTAL
Passagens e diárias	38.700,00	30.600,00	69.300,00
Serviços de terceiros- pessoa física	76.000,00	84.200,00	160.200,00
Serviços de terceiros – pessoa jurídica	27.000,00	18.000,00	45.000,00
Material de consumo	11.500,00	16.200,00	27.700,00
Material Permanente e Equipamentos	46.800,00	51.000,00	97.800,00
Total	200.000,00	200.000,00	400.000,00

Fonte: UEL, 2005

Márcio Almeida, responsável pelo relatório, justificou que esses “recursos extra-orçamentários ainda são decisivos para as inovações que estão em curso”. (UEL, 2005)

a) Principais implicações e mudanças após a inserção da Faculdade de Medicina da UEL no Promed

Como vimos no segundo capítulo, o curso de medicina da UEL esteve na vanguarda das mudanças curriculares no Brasil, principalmente com a implantação em 1998 do Currículo Integrado, com módulos interdisciplinares, adotando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, entre elas o PBL ou ABP (Aprendizagem baseada em Problemas). Para a preparação destas mudanças e suas efetivações o curso contou com o apoio financeiro da Kellogg, através do Programa Uni. (Entrevista de pesquisa, Prof. Maurício Marchese⁵⁴, Campinas, 2007)

Neste contexto, diferente da grande maioria das escolas de medicina nacionais, o PROMED, no caso da UEL, veio mais como um apoio e consolidador das mudanças, já que o curso de medicina estava em consonância com as “Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina”. Mas que, na prática, enfrentava muitas resistências e algumas dificuldades de efetiva implantação, como por exemplo, a não adesão de alguns professores, resistência por parte da comunidade. (UEL, 2005)

Com este prisma, Prof. Maurício Marchese, destaca que o PROMED foi muito importante nos seguintes sentidos:

⁵⁴ Ex- Gerente do Projeto FM/UEL e atual membro da Comissão Gestora do PROMED-Londrina, 2007.

“Possibilitou avaliar a situação da escola médica naquele momento” de elaboração do projeto, evidenciando diversos pontos fortes e fracos, estabelecendo as metas e ações específicas, abrindo portas para negociações futuras em pontos de divergências acentuadas, como a maior inserção nos serviços de saúde. Permitiu a realização em 2005 de um amplo processo de avaliação, o SIAMed – Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL. Estes processos de avaliação, com ampla participação de todos os atores (estudantes, profissionais de saúde, professores, funcionários técnico administrativos e de laboratório, bem como os gestores) além de evidenciar as fragilidades e fortalezas, que orienta as ações futuras, possibilita uma maior conscientização dos atores em relação ao processo. (Entrevista de pesquisa, Prof. Maurício Marchese, Campinas, 2007)

No depoimento de Marchese, com relação a quanto este processo promove uma efetiva mudança de atitude dos atores respondeu que “é uma coisa difícil de avaliar, primeiro porque este tipo de mudança é lenta, segundo porque é multifatorial, inclusive com variáveis externas mais alheias e incontroláveis, como por exemplo a influência do papel cultural do médico na nossa sociedade”.

No tocante as ações dos tutores, e as possíveis dificuldades dos alunos e dos professores em se adaptar a essa nova metodologia, Marchese argumenta que “como tutor de pequenos grupos de discussão e com a experiência acumulada de aulas expositivas nos cursos tradicionais, posso dizer que os estudantes de um modo geral melhoram a capacidade de expressão e desenvoltura na exposição” (Entrevista de pesquisa, Prof. Maurício Marchese, Campinas, 2007)

Contudo, as mudanças mais fáceis de comentar sempre são as estruturais e administrativas. Houve melhora nos laboratórios com a aquisição e manutenção de material. As estruturas de apoio a palestras com equipamento de informática e visuais. Contratação de serviço de pessoal de apoio em eventos científicos, de interação ensino e serviço, de momentos de avaliação, entre outros.(idem)

Como ponto positivo, Marchese apontou que “esse programa permitiu a vinda de consultores em áreas específicas, como em avaliação e ensino, entre outras”.

Com relação à continuidade das mudanças, Marchese, justificou que “ processo de ensino está em constante mudança, planejadas ou não. O PROMED proporcionou mais um momento neste processo. Contaremos em seguida com o PROSAÚDE, que dá mais ênfase na

interação ensino e serviço de saúde”. Com esse novo programa do MS, as ações voltadas para este aspecto devem permanecer, além de serem ampliadas. Tais como, os processos de reavaliação e metavaliação deverão continuar, norteando o planejamento das ações; estímulo à produção e divulgação científicas; aprimoramento do currículo integrado e das metodologias de ensino-aprendizado, inclusive no internato médico; capacitação docente nestes aspectos. (Entrevista de pesquisa, Prof. Maurício Marchese, Campinas, 2007)

Assim, de certa forma a implantação do SUS e a valorização dos sistemas locais de saúde favorecem uma Medicina mais próxima da população, sinalizando a abertura do mercado de trabalho para a Medicina Comunitária.

b) Quem se opõe ao PROMED?

Os grupos de interesse que se formaram de apoio ao processo de reforma incremental do SUS foram os secretários municipais de saúde; técnicos de agências internacionais, comunidade organizada através de seus canais próprios de participação e nos conselhos municipais de saúde e alguns secretários estaduais de saúde. Enquanto que, o grupo de opositores ao Promed é constituído pelos atores, como médicos, organizações profissionais, alguns secretários estaduais e por grupos dentro do Ministério da Saúde.

Conclusão

Essa pesquisa tinha como objetivo mostrar como se deu a transformação de um tipo de formação específica na área de medicina, a medicina comunitária, em currículo oficial do estado. Essa transformação ocorrida no seio da formação médica, foi objeto de lutas que envolveram profissionais da medicina, da administração pública, entre outros, alocados em agências nacionais e transnacionais de diferentes tipos. Transformações essas que permitiram analisar os usos dos diplomas e da circulação internacional.

Para isso, discutimos, no primeiro capítulo, a importância dada a escolarização no início do século XX, principalmente pela elite médica, e como ela ecoa até hoje nos discursos sobre a formação científica do médico.

Em seguida, procuramos mostrar os dois modelos de formação médica hegemônicos no país, focalizamos as ligações entre as transformações sociais e os grupos de interesses a que estavam ligados. Examinamos num primeiro momento o modelo de medicina tradicional, baseado no modelo da Johns Hopkins (Fundação Rockefeller), e no segundo tratamos do modelo de medicina comunitária, veiculados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, foram alavancados por programas patrocinados pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

No terceiro capítulo, por fim, apresentamos as evidências que sustentam a hipótese de que um grupo de pessoas ligadas à OPAS/OMS e a Kellogg, se incorpora ao Estado e conseguem implementar mudanças nos cursos de medicina no Brasil.

Em conclusão, é importante frisar que, embora as evidências apontem para a pertinência dessa idéia, estudos mais profundos são necessários para estabelecer com maior nitidez a complexidade dos elos que unem os indivíduos focalizados às instituições e mesmo uns aos outros. Acreditamos que um tal trabalho exige, além de uma exploração mais profunda dos documentos produzidos sob patrocínio das instituições focalizadas e dos estudos que tornaram a reforma médica objeto, a produção de dados mais densos sobre os indivíduos que protagonizaram as diferentes etapas desse processo.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Ana Maria; CANÊDO, L.B.; GARCIA, A.; BITTENCOURT, A.(ORGS). **Circulação Internacional e Formação Intelectual das Elites Brasileiras**. Editora: Unicamp, Campinas, 2004.

_____. NOGUEIRA, Maria Alice. (Org.). **Escolarização das elites**. 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ALMEIDA, Laura M; FEURWERKER, L. & LIANOS M.C. **A educação do profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Projeto UNI/HUCITEC, 1999.

_____. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Co-edição ABEM/EDUEL, Rio de Janeiro-Londrina, 196p, 1999.

ALMEIDA, Márcio. **Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI**. Interface - Comunic, Saúde, Educ 4, 1999.

_____. **A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v .25, nº 2, maio/ago. 2001

_____. Cadernos da Rede Unida: **Pro-Saúde I** - Programa paranaense de estímulo às mudanças nos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia. 2003. v.1. n.2. Rede Unida.

_____. Cadernos da Rede Unida. **Análise crítica da Rede UNIDA & ABEM** sobre a proposta do INEP para a avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina. 2003. v.1. n.1. Rede Unida.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**, 2003. Rede Unida

_____. **Tecnologia e Medicina: uma visão da Academia**. Revista Bioética, vol 8, no. 01, 2000.

ALMEIDA JÚNIOR, Vicente de Paula. **Avaliação institucional: considerações sobre algumas tendências teórico-metodológicas em curso na educação superior brasileira**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação – UNICAMP, 1998.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Avaliação e Transformação das Escolas Médicas**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, R.J.S; MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Ver. Panam Salud Publica, vol.8 n.1-2, Washington, July/Aug, 2000.

ARANTES, C.I.S. **Saúde Coletiva: os (des) caminhos da construção do ensino de enfermagem**. 1999, 202p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARRUDA, Maria Aparecida. **Avaliação institucional : avanços, alcances e limites**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, 2002.

BARBOSA, Nelson Bezerra. **Estudo de um caso de implantação de Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e seu papel**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Legal, UERJ, 2000.

BARBOSA, Hélio Batista. **Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de Premiação 2000**, São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2000.

BECK, Andrew H. The Flexner Report. 2004. site: www.hopkinsmedicine.org/about/history/history3.html, consultada em 12/ 12/ 2007)

BONELLI, Maria da Glória. Estudos sobre profissões no Brasil. IN: MICELI, Sérgio (org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. Sociologia, 2, São Paulo: Sumaré, ANPOCS, Brasília: CAPES, 1999.

_____. As mudanças na Estrutura ocupacional, no mercado de trabalho e nas condições de exercício profissional. In: **A classe média do milagre à recessão**. São Paulo: IDESP, 1989.

_____. **Os médicos e a construção do profissionalismo no Brasil**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):431-36, maio-ago. 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Campo de Poder, campo intelectual e habitus de classe**. In: MICELI, Sérgio (org.). A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005.

BRIANI, Maria Cristina. **História e construção social do currículo na Educação Médica: A trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, 2003.

BUENO, R.R.L. & Pieruccini, M.C. **Abertura De Escolas De Medicina No Brasil: Relatório de um cenário sombrio**. AMB & CFM. 2004.

CANÊDO, Leticia Bicalho. Masculino, feminino e estudos universitários no estrangeiro: Os bolsistas brasileiros no exterior (1987-1998). In: **Circulação internacional e formação intelectual das elites brasileiras**. ALMEIDA, Ana Maria Fonseca (et.al). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de. **A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil)**. Revista Brasileira de Estudos da População, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, jan./jun. 1989.

COELHO, E.C. **Profissões Imperiais, Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930**. Rio de Janeiro:Record,1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A Medicina e Os Atos Médicos: Em defesa do direito da população à assistência médica digna e de qualidade**. Brasília, outubro de 2003.

_____. **Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina?** São Paulo. 2003.

SANTANA, Maria Natividade G.S.T.; RESENDE, Conceição Aparecida. **A abertura de novos cursos na área da saúde e o controle social do SUS**. CNS, Brasília, 2003.

_____. Feuerwerker, Laura M.; CECCIM, Ricardo B. **Abertura de novos cursos para a graduação na área da saúde**. Brasília, 2003.

CHAVES, M.; ROSA, A.R. (orgs.). **Educação Médica nas Américas: O desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez, 1990.

CLAUVREL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DA SILVA, Márcia Regina Barros. **Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)**. Editora Universitária São Francisco, Série Ciência, Saúde e Educação Bragança Paulista, 2003.

DONNANGELO, Maria Cecília. **O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975. 125-163.

EDLER, Flávio Coelho, (2000). **Educação Médica no Brasil no Século XX**. *Boletim da ABEM*, Volume XXVIII nº 2, abr/Jun., Rio de Janeiro.

FARIA, L. R. de. **A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol.9(3): 561-90, set.-dez. 2002.

____ **Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915/1920).** *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-129, 1995.

____ **Ciência, ensino e administração em saúde: a Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo.** Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FANTINO, Ana Maria C. Um aspecto social da orientação vocacional: prestígio e escolha de cursos. In: **Vocacional: teoria, técnica e ideologia.** BOHOSLAVSKY, R. (Org.). São Paulo: Cortez, 1983.

FEUERWERKER, LAURA. Além do discurso de mudança na educação médica. 2003. Rede Unida.

____. Educação Médica na América Latina. In: **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** Dissertação de Mestrado, faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

____ **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília.** Tese de Doutorado. Departamento de prática de Saúde Pública, USP, 2002.

GRIGÓRIO, Deise de Araújo. **Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS.** Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

KISIL, M.; CHAVES, M. **O Programa UNI.** Fundação W. K. Kellogg, 1992.

KOIFMAN. **O modelo biomédico.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun, 2001.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

KNOPLICH, J. **Novas especialidades médicas? Consultório Médico.** Revista da Associação Paulista de Medicina, n. 20, 1994.

LAMPERT, JB. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.** Tipologia das escolas. São Paulo: Editora Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LINS, A. M. **O Programa UNI da Fundação Kellogg no Brasil: Uma Avaliação a Partir do Postulado de Coerência de Mario Testa (Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, orientador).** Dissertação de Mestrado, Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. FINKELMAN, Jacobo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MACHADO, M.H. et al. Perfil dos Médicos. In: **Dados**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n.19, 1996.

_____. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Sociologia das Profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MARTINS, Maria Inês. **Memória e História: A trajetória do curso de odontologia da PUC Minas (1974-2001)**. Tese Doutorado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas. 2002.

MARREY NETO, José Adriano. **O aproveitamento de cadáveres para o estudo de anatomia**. Site: www.migalhas.com.br/arquivo_artigo/art20060130.htm (acessado em 10/12/2006)

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)**. Dissertação de Mestrado, DPCT/IG, Unicamp, 1993.

_____. **Elites em Negociação: Breve história dos acordos entre a Faculdade de Medicina de São Paulo e a Fundação Rockefeller**. Braganca Paulista: EDUSF, 2003.

_____. **Norte-Americanos no Brasil Uma História da fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**. Campinas: Autores Associados, 2001.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/ FINEP, 1985.

MS/ME/OPAS. **PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. Edital de Convocação, Brasília, 8 / 2002, (Secretaria de Políticas de saúde)

OPAS/OMS. **A Saúde no Brasil**. Escritório de Representação no Brasil, Brasília, 1998.

Paiva, Carlos Henrique Assunção. **A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970)**. Documento preliminar do projeto "História da cooperação técnica em recursos humanos em saúde no Brasil". Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

PAIVA, Eleuses Vieira de (org.). **Classificação Brasileira de Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. CFM/AMB/FENAM, 2005.

PEREIRA NETO, André de Faria. "A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n.4, pp.600-615, 1995.

_____. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PIERANTONI, Célia Regina. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2000.

PROMED/ UEL. **Projeto de consolidação das mudanças curriculares do curso de medicina da UEL**. Promed-Londrina, relatório financeiro, 2ª PARCELA 2004. Londrina: UEL, 2005.

_____. **Plano de trabalho para a 3ª e 4ª parcelas do projeto** – 2005. Promed-Londrina, Londrina: UEL, 2005.

PRO-SAUDE. **I Programa paranaense de estímulo às mudanças nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia**. Paraná: SESA/SETI, 2002. (Site: <http://www.redeunida.org.br/prosaude1.asp>)

REGO, Sérgio. **Educação Médica no Brasil no Século XX**. Boletim da ABEM, v. XXVIII nº 2, abr/jun, 2000.

REDE UNIDA. **Agenda estratégica da Rede Unida para 2002-2003: impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS**. Olho Mágico, v.9, n.1, p.86-93, jan./abr. 2002.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)**. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2003.

RODRIGUEZ, MI. **Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años**. Las profesiones en México, n.3, 1990.

RODRIGUEZ, Carlos Arteaga. **As Inovações no Ensino Superior e a Formação do Médico Professor**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica Do Paraná, Centro de Teologia e Ciências Humanas, 2003.

SADER, Neusa Maria Barbosa. **O Desenvolvimento da Medicina comunitária no Estado da Bahia**. Dissertação Mestrado, UFBA, 1980.

SILVA RR. **O Projeto UNI e os movimentos populares de saúde na região Sul de Londrina**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 1999.

SILVA, Cesar Cavalcanti da; SILVA, Ana Tereza M. C. da; LOSING, Agnes. **A Integração e Articulação Entre as Ações de Saúde e de Educação no Programa de Saúde da Família – PSF**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 70 – 74, 2006.

SIMOES, Anete Pereira. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, 1986. (Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1986000400013&lg=en&nrm=iso)

SOUSA, Marcos Rogério Capello. **Filosofia, educação e formação médica: políticas de saúde, diretrizes curriculares e necessidades sociais**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Unicamp, 2003.

SOUZA, Evandro G. **Residência Médica no Brasil**. Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 9 (2), p. 112-114, 1985.

SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SCHWARTZMAN, Simon. **Formação da comunidade científica no Brasil**. São Paulo: Ed. Nacional; Rio de Janeiro: Financiadora de Estudos e Projetos, 1979.

TORRES, Carlos Henrique Duarte Alves. **Ensino de epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Dissertação Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

VERAS, Renato Peixoto. **A ABEM e as Transformações da Prática Médica no Brasil**. Dissertação Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1981.

VILLARREAL, R. et al. **Bases para el diseño curricular de la carrera de medicina**. Educación Médica y Salud, v. 11, n. 2, p. 109-18, 1977.

WOLFF, Robert Paul. **O ideal da universidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 1993.

ANEXO 1

DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA NO PAIDÉIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINAS

Maria do Carmo Cabral Carpintéro (médica sanitarista e Secretária de Saúde de Campinas)

Este documento tem por objetivo subsidiar as discussões no SUS Campinas para a construção do perfil do médico generalista no modelo Paidéia de Saúde da Família.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, desde 1995 passa a haver em todo o país inicialmente com maior ênfase no Norte e Nordeste, uma grande procura por este profissional. As Universidades até então, vinham formando médicos voltados para especialização e supervalorizando a clínica privada e liberal. A mudança nessa formação torna-se necessária e vários setores voltam os olhos para este novo profissional que resgatava muito do ideário da Reforma Sanitária como o vínculo, a responsabilização, a atuação no território, e o uso da epidemiologia.

Em 2001 implanta-se em Campinas o Paidéia com a missão de adequar o Saúde da Família a uma cidade com características metropolitanas e com uma rede de assistência a saúde muito mais complexa que a grande maioria dos locais onde o PSF estava instalado.

Este foi um desafio para todo o coletivo da saúde, pois tratava-se de agregar as diretrizes do PSF à realidade de uma rede que contava com grande número de "especialistas" – pediatras, clínicos e gineco-obstetras e de não destruir conquistas históricas e consolidadas do sistema local.

O Paidéia tinha pontos de semelhança com o PSF tradicional, mas destacava-se pelas diferenças. Ampliava-se a equipe clássica, composta pelo médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista e agente comunitário, outros médicos que atuavam apoiando o generalista e às vezes a mais de uma equipe. Além disso, trazia para a equipe o desafio da clínica ampliada, a diretriz de construção de projetos terapêuticos singulares com a participação da pessoa ou família nesta definição e a ênfase no trabalho multiprofissional onde a responsabilidade pela saúde das famílias e do território era de todos e não centrada em um único profissional.

Por estas diferenças e pela experiência destes 2 anos é imperioso a discussão sobre o profissional médico generalista neste modelo. Trata-se de fazer ciência em cima da prática e contribuirmos para esta discussão em todo o país.

Por fim, reforçamos que ele é mais um elemento da equipe local de referência e ao definirmos algumas diretrizes, espera-se que estas permeiem a prática e a postura de todos os profissionais do Paidéia.

O que a instituição espera do médico generalista:

- Que compreenda os indivíduos como sujeitos de seus processos no andar a vida, sendo assim co-responsáveis nos processos de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde; que respeite os interesses, valores e diferenças culturais;
- Que se responsabilize, com a equipe toda, pelas famílias a ele adscrita;
- Que crie vínculo com as famílias/pessoas e que este implique na construção da autonomia dos sujeitos/grupos, bem como na possibilidade de construir redes sociais
- Que se vincule também com os profissionais de trabalho com que lida no cotidiano, atuando de forma complementar, solidária e ética.
- Que conheça o território ao qual está vinculada sua equipe, conheça as famílias que ali residem, os recursos que a comunidade possui, identificando com ela os principais problemas/áreas de risco a serem enfrentados e participe do desenvolvimento de Projetos de Intervenção que minimizem ou solucionem estes problemas, articulando outros setores que possam também estar implicados (AR, Cultura, Educação, Assistência Social, outros serviços de saúde, ONGs, grupos religiosos,...) articulando assim a assistência com a prevenção e promoção da saúde.
- Que desenvolva ações assistenciais às pessoas durante todo o ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos), acolhendo-as, definindo, com a equipe e o usuário implicado, o Projeto Terapêutico que melhor se adapte à situação; que envolva os cuidadores sempre que possível; que vá à casa das pessoas, sempre que necessitem; que busque recursos complementares, sempre que necessário (discussão de caso, referenciamento para outro serviço...); que realize procedimentos médicos simples; que faça atendimentos de urgência/emergência sempre que necessário;
- Que valorize a subjetividade de cada sujeito e busque compreender o indivíduo e suas relações, bem como compreenda a família com a sua singularidade na produção de inter-subjetividades
- Que desenvolva ações coletivas dentro e fora da unidade, conforme prioridades estabelecidas na equipe; que participe da formação/execução de atividades grupais educativas, conforme plano da equipe; que compreenda os grupos como espaços de construção do conhecimento de todos e por todos, construção de autonomia progressiva e espaço de convivência, que estreitando relações, abre perspectivas de ampliação das redes sociais
- Que em todas as ações realizadas haja um enfoque para a promoção de hábitos saudáveis de vida, respeitando-se o direito de escolha das pessoas
- Que participe ativamente da organização do processo de trabalho no cotidiano da equipe/unidade, participando da discriminação de risco, consultas conjuntas, dando retaguarda à enfermagem, administrando a agenda da equipe
- Que use de forma racional a tecnologia disponível para investigação diagnóstica e terapêutica, especialmente os medicamentos; que evite deslocamentos desnecessários dos usuários; que alie outras práticas terapêuticas não medicamentosas, sempre que possível

- Que participe dos processos de capacitação como capacitando e como capacitador, apoiando a formação de outros profissionais
- Que participe ativamente dos espaços de criação coletiva: reuniões da equipe local de referência, apoio matricial, reuniões gerais, mutirões,...
- Que contribua para o bom andamento do Núcleo de Saúde Coletiva, Colegiado Gestor e Conselho Local de Saúde
- Que preencha adequadamente os prontuários familiares, relatando de forma inteligível e legível os dados essenciais em cada situação;

O que o médico generalista precisa saber/fazer para dar conta destas atribuições:

- ter postura acolhedora, responsável, ética;
- desenvolver práticas de trabalho em equipe, de forma complementar, solidária, respeitosa e criativa;
- adotar concepção de saúde que dê conta da complexidade dos processos saúde-doença, levando em conta o sujeito seus valores, suas relações, suas condições objetivas de vida (a moradia, o trabalho ou a falta dele, os hábitos, o "em torno" - urbanização, saneamento, espaços de lazer – a religiosidade, a rede social significativa..) enfim, um determinado espaço territorial e vivencial, sendo influenciado e influenciando nos determinantes de saúde
- conheça e implemente as diretrizes do SUS e do Projeto PAIDEIA de Saúde da Família de Campinas;
- ter conhecimentos básicos de epidemiologia e de Vigilância em Saúde (principais indicadores de saúde; imunização; prevenção da raiva e tétano; investigação de surto;
- ações de controle da dengue; principais doenças infecciosas e suas medidas de controle; creche, asilos, casas de apoio, escolas; conhecimentos básicos sobre relações meio-ambiente (incluindo ambiente de trabalho) e saúde
- conhecer os principais eventos/agraves em todo o ciclo de vida: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; anemias; doenças respiratórias; principais dermatoses; doenças infecciosas mais comuns (parasitoses intestinais, tuberculose, dengue, hanseníase, leptospirose, DST-AIDS...) hipertensão arterial; diabetes; principais doenças ósteo-musculares; sexualidade; concepção/anticoncepção; pré-natal de baixo risco; vulvovaginites mais comuns; climatério; convulsões; uso e abuso de drogas; alcoolismo; manejo dos quadros de ansiedade/depressão, processos de perda; LER/DORT
- conheça, valorize e, preferencialmente desenvolva as atividades do Projeto Corpo em Movimento; conheça e estimule a aquisição de hábitos nutricionais saudáveis
- consiga ter formação ou reflexão sobre as relações familiares e produção de inter-subjetividades
- seja capaz de desenvolver atividades grupais participativas
- tenha iniciativa para buscar novos conhecimentos, acionando redes de ajuda (apoiadores de outros serviços, outros profissionais da equipe, levando o caso à discussão, estudando...)
- tenha conhecimentos básicos de medidas de suporte à vida (situações de emergência) e desenvolva os procedimentos mais comuns (sutura, drenagem de abscesso, ...)
- que conheça e adote o uso racional de medicamentos
- use racionalmente os recursos tecnológicos disponíveis

O que temos disponível para construirmos as condições para tal:

- O próprio trabalho em equipe: a elaboração de PTS; a criação de Projetos de Intervenção; o preparo/execução dos trabalhos educativos; a relação com outras instituições; atuação no NSC;
- O apoio matricial interno ou externo à unidade;
- As capacitações;
- Os protocolos e anti-protocolos
- O acesso à Internet
- Os processos gerenciais do cotidiano (agenda, reuniões, relações da equipe/coordenação da unidade, feed-back dos usuários, CLS, discussões do Colegiado Gestor)
- Os recursos disponíveis na rede que constituem a tecnologia dura em Saúde (lista de medicamentos, retaguarda laboratorial, pré-hospitalar, hospitalar, etc.)

Fonte: <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/>, consultado em 24/08/2006.

ANEXO II

PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES PARA AS ESCOLAS MÉDICAS (PROMED) RESULTADO DAS ESCOLAS SELECIONADAS

1. Universidade Federal de Goiás	UFG
2. Fundação Universidade de Pernambuco	UPE
3. Universidade Federal de Pernambuco	UFPE
4. Universidade Federal do Ceará	UFC
5. Universidade Federal de Roraima	UFRR
6. Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP
7. Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP
8. Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG
9. Universidade Federal Fluminense	UFF
10. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	PUC-SP
11. Universidade Estadual de Campinas	UNICAMP
12. Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho	UNESP
13. Faculdade de Medicina de Marília	FAMEMA
14. Universidade Estadual de Montes Claros	UNIMONTES
15. Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF
16. Fundação Educacional Serra dos Órgãos	FESO
17. Universidade Estadual de Londrina	UEL
18. Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS
19. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul	PUC-RS
20. Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC

Fonte: MEC

ANEXO III**ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL: POR ANO DE CRIAÇÃO, VÍNCULO JURÍDICO E MANTENEDORA – 1808 A 2002**

Nº	Ano	Estado	V. Jurídico	Mantenedora
1	1808	Bahia	Federal	Universidade Federal da Bahia
2	1808	Rio de Janeiro	Federal	Universidade Federal do Rio de Janeiro /UFRJ
3	1898	Rio Grande do Sul	Federal	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS
4	1912	Paraná	Federal	Universidade Federal do Paraná
5	1912	Rio de Janeiro	Federal	Escola de Medicina e Cirurgia/UNIRIO
6	1913	São Paulo	Estadual	Universidade de São Paulo
7	1918	Minas Gerais	Federal	Universidade Federal de Minas Gerais
8	1919	Pará	Federal	Centro de Ciências Sociais Universidade Federal do Pará
9	1920	Pernambuco	Federal	Universidade Federal de Pernambuco
10	1926	Rio de Janeiro	Federal	Universidade Federal Fluminense/UFF
11	1933	São Paulo	Federal	Universidade Federal de São Paulo
12	1936	Rio de Janeiro	Estadual	Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ
13	1948	Ceará	Federal	Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará
14	1950	Pernambuco	Estadual	Ciências Médicas de Pernambuco/FESP
15	1950	São Paulo	Privada	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba
16	1951	Alagoas	Federal	Universidade Federal de Alagoas
17	1951	Minas Gerais	Privada	Ciências Médicas Fundação Educacional Lucas Machado
18	1951	São Paulo	Estadual	Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
19	1952	Bahia	Privada	Escola Bahiana de Medicina
20	1953	Minas Gerais	Federal	Universidade Federal de Juíz de Fora
21	1953	Porto Alegre	Privada	Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
22	1954	Minas Gerais	Federal	Curso de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba
23	1954	Rio Grande do Sul	Federal	Centro de Ciências Sociais Universidade Federal de Santa Maria
24	1955	Paraíba	Federal	Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa
25	1956	Rio Grande do Norte	Federal	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
26	1957	Maranhão	Federal	Universidade Federal do Maranhão
27	1957	Paraná	Privada	Pontifícia Universidade Católica do Paraná

28	1958	Espírito Santo	Federal	Universidade Federal do Espírito Santo
29	1960	Goiás	Federal	Universidade Federal de Goiás
30	1960	Santa Catarina	Federal	Universidade Federal de Santa Catarina
31	1961	Rio Grande do Sul	Federal	Ciências Médicas de Porto Alegre

32	1961	Sergipe	Federal	Universidade Federal de Sergipe
33	1962	São Paulo	Privada	Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho - Santa Casa de São Paulo
34	1963	Rio Grande do Sul	Federal	Universidade Federal de Pelotas
35	1963	Rio Grande do Sul	Privada	Universidade Católica de Pelotas
36	1963	São Paulo	Estadual	Universidade Estadual de Campinas
37	1963	São Paulo	Estadual	Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho - Botucatu
38	1963	São Paulo	Privada	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
39	1965	Rio de Janeiro	Privada	Universidade Gama Filho
40	1966	Amazonas	Federal	Universidade Federal do Amazonas
41	1966	Brasília	Federal	Universidade de Brasília
42	1966	Rio Grande do Sul	Federal	Universidade Federal do Rio Grande
43	1967	Paraná	Estadual	Universidade Estadual de Londrina
44	1967	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Otacílio Gualberto - Petrópolis
45	1967	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Benedito Pereira Nunes - Campos
46	1967	Rio Grande do Sul	Privada	Universidade de Caxias do Sul
47	1967	São Paulo	Privada	Universidade de Taubaté
48	1967	São Paulo	Estadual	Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
49	1967	São Paulo	Privada	Ciências Médicas de Santos – Fundação Lusíada
50	1968	Espírito Santo	Privada	Escola de Ciências da Santa Casa da Misericórdia de Vitória
51	1968	Mato Grosso do Sul	Federal	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
52	1968	Minas Gerais	Federal	Universidade Federal de Uberlândia
53	1968	Minas Gerais	Privada	Associação de Integração Social de Itajubá
54	1968	Minas Gerais	Privada	Fundação de Ensino Superior Vale do Sapucaí - Pouso Alegre

55	1968	Paraíba	Federal	Universidade Federal da Paraíba - Campus II - Campina Grande
56	1968	Paraná	Privada	Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba
57	1968	Piauí	Federal	Universidade Federal do Piauí
58	1968	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Oswaldo Aranha - Volta Redonda
59	1968	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Educacional Dom André Arcoverde - Valença
60	1968	Rio Grande do Sul	Privada	Faculdade de Medicina - Universidade de Passo Fundo
61	1968	São Paulo	Privada	Faculdade de Medicina de Jundiaí
62	1968	São Paulo	Privada	Universidade de Mogi das Cruzes

63	1969	Alagoas	Estadual	Fundação Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas
64	1969	Minas Gerais	Estadual	Universidade Estadual de Montes Claros
65	1969	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Educacional Severino Sombra - Vassouras
66	1969	São Paulo	Estadual	Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
67	1969	São Paulo	Privada	Fundação Universitária do ABC
68	1970	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Educacional Serra dos Órgãos - Teresópolis
69	1970	Rio Grande do Sul	Privada	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
70	1970	São Paulo	Privada	Fundação Padre Albino – Catanduva
71	1970	São Paulo	Privada	Universidade de Santo Amaro
72	1971	Minas Gerais	Privada	Fundação José Bonifácio L. Andrada - Barbacena
73	1971	Pará	Privada	Universidade do Estado do Pará
74	1971	Rio de Janeiro	Privada	Fundação Técnico-Educacional Souza Marques
75	1971	São Paulo	Privada	Universidade de São Francisco (Bragança Paulista)
76	1976	Rio de Janeiro	Privada	Universidade de Nova Iguaçu
77	1986	Mato Grosso	Federal	Universidade Federal do Mato Grosso
78	1986	Santa Catarina	Privada	Fundação Universidade Regional de Blumenau
79	1987	São Paulo	Privada	Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente
80	1988	Minas Gerais	Privada	Universidade de Alfenas
81	1988	Paraná	Estadual	Universidade Estadual de Maringá
82	1994	Roraima	Federal	Universidade Federal de Roraima
83	1996	Mato Grosso do Sul	Privada	Universidade do Estado e da Região do Pantanal
84	1996	São Paulo	Privada	Universidade de Marília
85	1997	Mato Grosso	Privada	Universidade de Cuiabá

86	1997	Paraná	Estadual	Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Cascavel
87	1997	Rio de Janeiro	Privada	Universidade Estácio de Sá
88	1997	Rio de Janeiro	Privada	Universidade do Grande Rio/UNIGRANRIO
89	1997	Rio Grande do Sul	Privada	Universidade Luterana do Brasil/ULBRA - Canoas
90	1997	São Paulo	Privada	Universidade de Ribeirão Preto
91	1997	Rio de Janeiro	Privada	Universidade de Nova Iguaçu – Campus V - Itaperuna
92	1998	Santa Catarina	Privada	Universidade do Vale do Itajaí
93	1998	Santa Catarina	Privada	Universidade da Região de Joinville

94	1998	São Paulo	Privada	Universidade Metropolitana de Santos
95	1999	Minas Gerais	Privada	Faculdade do Vale do Aço – Ipatinga
96	1999	Piauí	Estadual	Universidade Estadual do Piauí
97	1999	Santa Catarina	Privada	Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão
98	2000	Ceará	Privada	Sociedade de Ensino Superior do Ceará - Juazeiro do Norte
99	2000	Minas Gerais	Privada	Universidade de Uberaba
100	2000	Mato Grosso do Sul	Federal	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - Campus Dourados
101	2001	Amazonas	Estadual	Universidade do Estado do Amazonas
102	2001	Amazonas	Privada	Centro Universitário Nilton Lins/Unicenter
103	2001	Brasília	Privada	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
104	2002	Santa Catarina	Privada	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma

Fonte: (AMARAL, 2002)

ANEXO IV ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS NO BRASIL

A Comissão Mista de Especialidades composta pela AMB, CFM e CNRM do Brasil reconhece as seguintes especialidades médicas abaixo citadas:

RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO			
(DOCUMENTO COMUM INTEGRANTE DO CONVÊNIO AMB/CFM/CNRM e RESOLUÇÃO CFM Nº 1634/2002)			
<u>Especialidades</u>			
1. Acupuntura	30. Medicina Intensiva	8. Cirurgia da Mão	39. Medicina Intensiva Pediátrica
2. Alergia e Imunologia	31. Medicina Física e Reabilitação	9. Cirurgia Dermatológica	40. Medicina Sanitária
3. Anestesiologia	32. Medicina Legal	10. Cirurgia do Joelho	41. Nefrologia Pediátrica
4. Angiologia e Cirurgia Vascular	33. Medicina Nuclear	11. Cirurgia do Ombro	42. Neonatologia
5. Cancerologia	34. Medicina Preventiva e Social	12. Cirurgia do Pé	43. Neurofisiologia Clínica
6. Cardiologia	35. Nefrologia	13. Cirurgia do Quadril	44. Neurologia Pediátrica
7. Cirurgia Cardiovascular	36. Neurocirurgia	14. Cirurgia do Trauma	45. Neuroradiologia
8. Cirurgia de Cabeça e Pescoço	37. Neurologia	15. Cirurgia Oncológica	46. Nutrição Parenteral e Enteral
9. Cirurgia Geral	38. Nutrologia	16. Cirurgia Videolaparoscópica	47. Nutrologia Pediátrica
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo	39. Oftalmologia	17. Citopatologia	48. Oncologia Clínica
11. Cirurgia Pediátrica	40. Ortopedia e Traumatologia	18. Colonoscopia	49. Oncologia Pediátrica
12. Cirurgia Plástica	41. Otorrinolaringologia	19. Cosmiatria	50. Ortopedia Pediátrica
13. Cirurgia Torácica	42. Patologia	20. Densitometria Óssea	51. Pediatria Preventiva e Social
14. Clínica Médica	43. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	21. Dor	52. Pneumologia Pediátrica
15. Coloproctologia	44. Pediatria	22. Ecocardiografia	53. Psicogeriatría
16. Dermatologia	45. Pneumologia	23. Endocrinologia Pediátrica	54. Psicoterapia
17. Endocrinologia	46. Psiquiatria	24. Endoscopia Digestiva	55. Psiquiatria da Infância e da Adolescência
18. Gastroenterologia	47. Radiologia e Diagnóstico por Imagem	25. Endoscopia Respiratória	56. Psiquiatria Forense
19. Genética Médica	48. Radioterapia	26. Epidemiologia	57. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
20. Geriatria	49. Reumatologia	27. Foniatria	58. Reprodução Humana
21. Ginecologia e Obstetrícia	50. Urologia	28. Gastroenterologia Pediátrica	59. Ressonância Magnética
22. Hematologia e Hemoterapia		29. Hanseníase	60. Reumatologia Pediátrica
23. Homeopatia	<u>Áreas de Atuação</u>	30. Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	61. Sexologia
24. Infectologia	1. Alergia e Imunologia Pediátrica	31. Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	62. Tratamento de Queimados
25. Mastologia	2. Administração em Saúde	32. Hepatologia	63. Ultra-Sonografia
26. Medicina de Família e Comunidade	3. Administração Hospitalar	33. Histopatologia	64. Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia
27. Medicina do Trabalho	4. Andrologia	34. Infectologia Hospitalar	
28. Medicina do Tráfego	5. Cardiologia Pediátrica	35. Infectologia Pediátrica	
29. Medicina Esportiva	6. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	36. Medicina do Adolescente	
	7. Cirurgia da Coluna	37. Medicina Fetal	
		38. Medicina Intensiva Neonatal	

OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá certificação específica

Fonte: RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763/05 (Publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I, p. 89-192) e Relatório da Comissão Mista de Especialidades (CFM, AMB e CNRM do Brasil) e resolução CNRM N.1, de 14 de maio de 2002 (pré-requisitos e durações). Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.

ANEXO V

GRADE CURRICULAR CURSO DE MEDICINA DA USP

Faculdade de Medicina				
Curso: Medicina				
Informações Básicas do Currículo				
Data de Início:	01/01/2006	Duração	Ideal	12 semestres
			Mínima	12 semestres
			Máxima	16 semestres
Carga Horária	Aula	Trabalho	Estágio	Subtotal
Obrigatória	7065	3180	360	10605
Optativa Livre	0	0	-	0
Optativa Eletiva	420	0	-	420
Total	7485	3180	360	11025

Grade Curricular					
Disciplinas Obrigatórias					
1º Período Ideal			Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
BMA0110	Anatomia Geral e Aparelho Locomotor		4	0	60
BMB0113	Fisiologia de Membranas		4	0	60
BMC0102	Biologia Celular, Tecidual I e do Desenvolvimento		12	0	180
MCM1674	Introdução a Medicina e Suas Especialidades		4	1	90
MSP0670	Atenção Primária em Saúde I		9	0	135
QBQ0211	Bioquímica: Estrutura de Biomoléculas e Metabolismo		8	0	120
QBQ0212	Biologia Molecular		6	0	90
Subtotal:			47	1	735
2º Período Ideal			Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
BMA0112	Neuroanatomia Humana		4	0	60
BMA0117	Anatomia do Sistema Digestivo		4	0	60
BMA0118	Anatomia do Sistema Circulatório		2	0	30
BMA0119	Anatomia do Sistema Respiratório		2	0	30
BMB0114	Neurofisiologia		6	0	90
BMB0115	Fisiologia Cardiovascular e Respiratória		7	0	105
BMB0116	Fisiologia Digestiva		2	0	30
BMC0103	Biologia Tecidual II		3	0	45
MPS0219	Bases Humanísticas da Medicina I		2	0	30
MPS0220	Bases Humanísticas da Medicina II		3	0	45
Subtotal:			35	0	525
3º Período Ideal			Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
BIO0114	Genética Humana		4	0	60
BMA0120	Anatomia do Sistema Urinário		2	0	30
BMA0121	Anatomia do Sistema Reprodutor		4	0	60
BMB0117	Fisiologia Renal		4	0	60
BMB0118	Fisiologia Endócrina		5	0	75
BMC0104	Biologia Tecidual III		3	0	45
BMI0375	Imunologia I		8	0	120
BMM0280	Microbiologia Básica		8	0	120
MPR0110	Introdução a Medicina Preventiva		5	0	75

MPT0220	Patologia Geral	12	0	180
Subtotal:		55	0	825
4º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
MCG0114	Anatomia Topográfica Humana	8	0	120
MCM0331	Propedêutica Clínica I	6	0	90
MDR0609	Introdução a Radiologia	3	0	45
MPT0164	Métodos Quantitativos em Medicina	4	0	60
MSP0215	Bases Fisiológicas da Clínica Médica	16	0	240
Subtotal:		37	0	555
5º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
BMF0220	Farmacologia	15	0	225
MCG0115	Propedêutica Cirúrgica	8	0	120
MCG0303	Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental	3	0	45
MCG0318	Topografia Estrutural Humana	4	0	60
MCM0657	Propedêutica Clínica II	8	0	120
MDT1530	Dermatologia	4	0	60
MPE0670	Propedêutica da Criança Normal e Enferma	4	0	60
MPE1667	Propedêutica do Adolescente	1	1	45
MPR0131	Epidemiologia	4	0	60
MPS0626	Psicologia Médica	4	0	60
Subtotal:		55	1	855
6º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
0510232	Patologia Especial	12	0	180
MDR0610	Imagenologia Médica I	2	0	30
MLS0412	Medicina Social e do Trabalho	2	0	30
MOF0402	Otorrinolaringologia	4	0	60
MOF0411	Oftalmologia	4	0	60
MOG0612	Propedêutica Ginecológica	3	0	45
MOT0639	Ortopedia e Traumatologia	4	0	60
MSP0667	Cidadania e Medicina	1	1	45
MSP0671	Atenção Primária à Saúde II	4	1	90
Subtotal:		36	2	600
7º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carça Horária
0510044	Moléstias Transmissíveis	18	0	270
0510228	Clínica Médica	20	0	300
0510238	Clínica Cirúrgica	20	0	300
MDR0608	Imagenologia Médica III	2	0	30
MDR0611	Imagenologia Médica II	2	0	30
MLS0413	Bioética	2	0	30
MNE0403	Neurologia	6	0	90
MOG0423	Ginecologia	4	0	60
MOG0434	Obstetrícia	5	0	75
MPE0404	Pediatria Preventiva e Social I	6	0	90
MPS0409	Psiquiatria	4	0	60
MPT0443	Patologia Geral de Integração	2	0	30

		Subtotal:	91	0	1365
9º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária	
0510205	Estágio Hospitalar Em Tocoginecologia	8	10	420	
0510207	Estágio Hospitalar Em Radiologia I	4	0	60	
0510221	Estágio Hospitalar em Pediatria I	13	4	315	
MCG0514	Estágio Em Cirurgia Geral	2	5	180	
MCG0516	Estágio Em Técnica Cirúrgica	2	0	30	
MCM0555	Estágio Hospitalar em Clínica Médica I	11	15	615	
MDT0525	Estágio Hospitalar Em Dermatologia	4	5	210	
MGT0515	Estágio Em Cirurgia do Aparelho Digestivo	3	5	195	
MIP0515	Estágio Hospitalar Em Moléstias Infecciosas	4	5	210	
MLS0411	Medicina Legal	3	0	45	
MLS0513	Bioética Clínica	2	0	30	
MPS0622	Estágio Hospitalar Em Psiquiatria	4	5	210	
		Subtotal:	60	54	2520
11º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária	
0510222	Estágio Hospitalar em Pediatria II	14	4	330	
MCG0611	Estágio Hospitalar Em Pronto Socorro de Cirurgia	3	3	135	
MCG0656	Estágio Hospitalar Em Cirurgia II	7	10	405	
MCM0611	Estágio Hospitalar Em Pronto Socorro de Clínica Médica	3	3	135	
MCM0656	Estágio Hospitalar Em Clínica Médica II	7	10	405	
MCP0611	Estágio Hospitalar em Pronto Socorro de Cardiologia	3	3	135	
MDR0605	Estágio Hosp de Radiologia Aplicada a Clínica Médica II	1	0	15	
MNE0611	Estágio Hospitalar Em Pronto Socorro de Neurologia	3	3	135	
MOG0611	Estágio Hospitalar Em Obstetrícia	4	4	180	
MOT0625	Estágio Hospitalar em Pronto Socorro de Ortopedia e Traumatologia	4	4	180	
MPE0621	Pediatria Clínica II	4	4	180	
MPR0614	Temas de Atualização em Medicina Preventiva	2	0	30	
		Subtotal:	55	48	2265
Disciplinas Optativas					
2º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária	
MCM0658	Assistência Domiciliar Multidisciplinar	1	0	15	
MOT0626	Banco de Tecidos	1	3	105	
MGT0604	Bases e Fundamentos da Clínica Cirúrgica Aplicada ao Aparelho Digestivo	1	2	75	
MGT0379	Bases Funcionais, genéticas e Clínicas das Doenças do Esôfago	1	0	15	
BMB0119	Cronobiologia	5	0	75	
MIP0528	Filosofia de Medicina: Corpo, Alma e Saúde	4	0	60	
MCG0660	Fundamentos em Medicina Estética Laser	2	2	90	
MSP0112	História da Medicina e da Saúde Pública	1	1	45	
MPS0627	Influências da Religião, Psicologia e Ciências Humanas Sobre a Medicina	2	1	60	
MSP0283	Iniciação Profissional à Prática Médica I	1	3	105	
MSP0284	Iniciação Profissional à Prática Médica II	1	3	105	
MSP0285	Iniciação Profissional à Prática Médica III	1	3	105	
MPT0446	Introdução à Patologia Clínica e Medicina Laboratorial	3	1	75	
MIP0516	Introdução à Prática Assistencial ao Paciente com Doença Infecciosa	2	2	90	

MPR0617	Introdução para a Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde	3	1	75
MCM0371	Manuseio de Animais de Laboratório	2	2	90
MPT0444	Medicina Comparada	2	1	60
MOT0640	Medicina Esportiva	2	1	60
MCM0777	Obesidade	4	0	60
MCM0778	Pesquisa Bibliográfica: a Sua Passagem para o Mundo da Informação	2	2	90
MSP0273	Pesquisa Científica em Medicina I	1	3	105
MSP0274	Pesquisa Científica em Medicina II	1	3	105
MSP0275	Pesquisa Científica em Medicina III	1	3	105
MCP0365	Práticas de Educação em Saúde & Epidemiologia Cardiovascular	2	2	90
MLS0669	Princípios em Fisiatria	2	2	90
MCM0660	Reanimação Cardiopulmonar I	4	0	60
MCP0361	Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Cardíaca	3	1	75
MCG0665	Tratamento do Paciente com Queimadura	3	1	75
3º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
MIP0525	Artes Visuais e Hiv/aids	4	0	60
MCM0662	Artrites Inflamatórias	4	0	60
MCM0661	Artropatias Degenerativas (osteoartrose)	4	0	60
MCP0612	Assistência Circulatoria Mecânica	2	2	90
MPT0351	Biologia Estrutural Aplicada à Fisiopatologia	2	1	60
MIP1526	Cinema e Hiv/aids	4	0	60
MCP0382	Cirurgia Cardíaca sem Circulação Extracorpórea	3	1	75
MCG0664	Curso On-line de Cicatrização e Tratamento de Feridas	2	2	90
MCP0362	Disfunções Cardiovasculares: da Molécula ao Paciente	3	1	75
MCP0367	Distúrbios Respiratórios do Sono	3	1	75
MCM0663	Doenças Osteometabólicas	2	2	90
MIP0527	Educação Médica e Comunicação	2	2	90
MCM1659	Eletrocardiologia I	1	3	105
MPR0607	Endemias Parasitárias: modelos Experimentais e Suportes de Controle	2	1	60
MCM0664	Fatores de Risco Cardiovascular I - Mecanismos e Clínica	1	3	105
MIP0203	Imunizações	4	0	60
MSP0286	Iniciação Profissional à Prática Médica IV	1	3	105
MSP0287	Iniciação Profissional à Prática Médica V	1	3	105
MSP0288	Iniciação Profissional à Prática Médica VI	1	3	105
MIP0204	Interação Hospedeiro-parasito e Diagnóstico das Doenças Infecciosas e Parasitárias	3	1	75
MCM1671	Introdução à Imunologia Clínica	4	0	60
QBQ0800	Introdução à Pesquisa Científica em Bioquímica	8	0	120
MPE0669	Introdução a Puericultura e a Pediatria	1	3	105
MOT1629	Introdução às Neoplasias Ósseas e de Partes Moles	1	3	105
MCM0374	Linfoproliferações	1	3	105
MDR0253	Mecanismos Moleculares do Processo Neoplásico	2	0	30
MIP0529	Medicina e Literatura	4	0	60
MCM0700	Metabolismo de Lipídeos	2	2	90
MCG0666	Metodização Cirúrgica	2	0	30
MSP0277	Pesquisa Científica em Medicina IV	1	3	105
MSP0278	Pesquisa Científica em Medicina V	1	3	105
MSP0279	Pesquisa Científica em Medicina VI	1	3	105

MCP0200	Pesquisa em Cirurgia Cardio-Toracica	2	2	90
MDR0620	Prevenção e Educação em Câncer de Mama	2	0	30
MCM0666	Promoção da Saúde	3	1	75
MPE0673	Promoção da Saúde na Atenção à Criança	2	2	90
MCP0369	Propedêutica Cardiológica Ambulatorial	4	0	60
MCM0670	Reanimação Cardiopulmonar II	4	0	60
MPS0624	Sexualidade Humana e Seus Transtornos	3	1	75
MIP0523	Treinamento Especializado em Ambulatórios de Doenças Infecciosas e Parasitárias: Micoses Sistêmicas	3	1	75
MIP0517	Universo da Micologia Médica - Estudo Morfobiológico de Fungos, Actinomicetos (aeróbicos e Anaeróbicos) e Algas de Interesse Médico	2	2	90
MCG0662	Urologia - Grupo de Andrologia	1	3	105
MCG0667	Urologia Geral - Litiase Urinária	1	3	105
MPT0447	Vacinologia	3	1	75
4º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
BMA0123	Anatomia Prática da Cabeça e Pescoço	4	0	60
BMA0124	Anatomia Prática do Abdome, Pelve e Períneo	5	0	75
MNE0612	Atividade Nervosa Superior	2	1	60
BMA0122	Bases Anatômicas dos Mecanismos da Micção, Ereção e Ejaculação	3	0	45
MPE0677	Bases da Metodologia de Pesquisa Aplicada à Pediatria	2	0	30
MIP0205	Conceitos em Doenças Tropicais e Saúde Internacional	4	0	60
MIP0206	Conceitos em Protozoologia Médica	3	1	75
MCG0663	Documentação Científica	2	0	30
MLS0503	Enfoque Autônomo da Bioética: a Reflexão Ética sem Conceitos Apriorísticos.	1	1	45
MDR0628	Genética Molecular de Câncer	2	0	30
MLS0627	Humanização nas Práticas de Saúde	2	1	60
MPR0609	Iniciação Científica em Medicina Preventiva - Saúde Coletiva I	1	3	105
MSP0291	Iniciação Profissional à Prática Médica IX	1	3	105
MSP0289	Iniciação Profissional à Prática Médica VII	1	3	105
MSP0290	Iniciação Profissional à Prática Médica VIII	1	3	105
AGA0210	Introdução à Astronomia	4	0	60
MCM0672	Introdução ao Raciocínio Clínico	4	0	60
MCM0673	Medicina do Exercício	1	1	45
MLS0628	O Médico Frente a Morte	2	1	60
MPT0221	Patologia Geral Aplicada à Prática Médica	2	2	90
MPT0352	Patologia Infecciosa: Aspectos Teciduais, Celulares e Moleculares	2	1	60
MSP0282	Pesquisa Científica em Medicina IX	1	3	105
MSP0280	Pesquisa Científica em Medicina VII	1	3	105
MSP0281	Pesquisa Científica em Medicina VIII	1	3	105
MGT0602	Repercussões da Síndrome Metabólica na Cirurgia da Obesidade	2	1	60
MPR0615	Saúde e Comunidade I	2	1	60
MPT1445	Telemedicina	2	2	90
MCP0372	Tratamento Cirúrgico das Coronariopatias	2	1	60
5º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
MIP1520	Acidentes Por Animais Peçonhentos	2	0	30
MLS0509	Anamnese Ocupacional: do Trabalhador ao Paciente	3	1	75
MDR0612	Anatomia Radiológica.aprendizado Através de Dissecção Virtual Por Tomografia	1	1	45

	Computadorizada.			
MCG0657	Aprimoramento do Estudo da Anatomia Seccional	1	2	75
MCP0363	Atendimento Básico em Cardiologia	2	2	90
MGT0377	Atendimento Gastroenterológico na Prática Ambulatorial Especializada	1	3	105
MGT0373	Bases de Experimentação em Cirurgia Digestiva	1	0	15
MCM0667	Distúrbios Hidro-eletrolíticos	2	2	90
MCP0384	Doença Coronária e Os Diagnósticos Diferenciais	3	1	75
MCM1678	Doenças Alérgicas do Trato Respiratório	4	0	60
MCM0668	Doenças Auto-imunes na Reumatologia	4	0	60
MCM0775	Endocrinologia do Desenvolvimento	3	1	75
MLS0512	Estresse e Trabalho	2	1	60
MCM0665	Fisiologia do Envelhecimento	2	1	60
MCM0669	Fisiopatologia dos Processos Atero-tromboticos	2	2	90
MCM0773	Fundamentos da Homeopatia	3	1	75
MGT0378	Genoma do Câncer Colorretal - da Pesquisa Básica à Clínica Cirúrgica	2	1	60
MCM0701	Hepatite B e C em Transusão Sanguínea	2	2	90
MDR0623	Hepatopatas Parenquimatosas: Correlação das Imagens Ultra Sonograficas com Anatomia Patológica.	1	1	45
MGT0358	Iniciação a Pesquisa Experimental em Cirurgia Pancreática	2	0	30
MCP0613	Iniciação ao Transplante Cardíaco	2	2	90
MPR0610	Iniciação Científica em Medicina Preventiva - Saúde Coletiva II	1	3	105
MSP0292	Iniciação Profissional à Prática Médica X	1	3	105
MSP0293	Iniciação Profissional à Prática Médica X I	1	3	105
MSP0294	Iniciação Profissional à Prática Médica X I I	1	3	105
MIP0522	Interação Hospedeiro Parasito em Intensivismo: as Doenças Por Exotoxinas Bacterianas	1	0	15
MIP1521	Interação Hospedeiro-parasito em Intensivismo: Sépsis e Disfunção de Múltiplos Órgãos.	4	0	60
MCM0679	Laboratório de Reumatologia	3	0	45
MCM0776	Medicina Ambiental	4	0	60
MDR0629	Medicina Nuclear:avaliação Funcional Por Métodos de Imagem	2	0	30
MNE0613	Neurologia Cognitiva e do Comportamento	1	1	45
MCM1684	Noções Teórico Práticas para Diagnostico e Tratamento das Alergias Cutâneas.	4	0	60
MCM1680	Noções Teórico-práticas para o Diagnóstico e Tratamento da Imunodeficiência Secundária do Hiv	4	0	60
MCM1682	Noções Teórico-práticas para o Diagnóstico e Tratamento das Imunodeficiências Primárias	4	0	60
MDR0619	O Estudo de Desenvolvimento Embrionário e Fetal Por Meio da Ultra-sonografia	1	1	45
MDR0627	Oncologia	4	0	60
MOT0631	Ortopedia Geriátrica	1	3	105
MPE0674	Pediatria Comunitária I	2	2	90
MSP0305	Pesquisa Científica em Medicina X	1	3	105
MSP0306	Pesquisa Científica em Medicina X I	1	3	105
MSP0307	Pesquisa Científica em Medicina X I I	1	3	105
MLS0508	Polimorfismos de Dna:conceitos e Aplicações em Medicina Legal.	2	0	30
MCP0378	Princípios da Prática Cardiológica para o Não Cardiologista	4	0	60
MCM0689	Reanimação Cardiopulmonar III	4	0	60
MIP0530	Sepse e Disfunção de Múltiplos Órgãos	4	0	60
MCP0374	Tópicos Avançados em Bioengenharia e Tecnologia Médica	2	1	60

MOT0632	Trauma Raquimedular	1	3	105
MOT0630	Traumatologia do Aparelho Locomotor	1	3	105
MGT0376	Urgências em Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	0	15
6º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
MPT0224	Aprimoramento em Patologia Cirúrgica	1	2	75
MCM0686	Aspectos Clínicos da Insuficiência Renal Aguda.	0	3	90
MCM0675	Biologia Molecular das Doenças Trombo-Hemorrágicas	1	1	45
MCP0368	Cardiopatia na Mulher	1	1	45
MCP0370	Cardiopatas e Transplante Cardíaco no Recém-nato e na Criança	1	1	45
MNE0614	Coma	1	1	45
MCM0774	Diabetes Mellitus	1	2	75
MCG0670	Disciplina de Transplante e Cirurgia do Fígado	1	2	75
MCP0377	Doenças Valvares	2	2	90
MPE0676	Especialidades Pediátricas	3	1	75
MGT0357	Fisiologia Colorretoanal	2	0	30
MCG0661	Fisiopatologia e Tratamento da Dor Aguda	1	1	45
MCM0685	Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados.	1	0	15
MPR0611	Iniciação Científica em Medicina Preventiva - Saúde Coletiva III	1	3	105
MSP0295	Iniciação Profissional à Prática Médica X I I I	1	3	105
MSP0296	Iniciação Profissional à Prática Médica X I V	1	3	105
MSP0297	Iniciação Profissional à Prática Médica X V	1	3	105
MCM0687	Insuficiência Renal Crônica	2	1	60
MCP0371	Laser em Bio-medicina	1	1	45
MCM0688	Medicina Molecular: princípios Diagnósticos e Terapêuticos	2	2	90
MGT0359	Oncogênese do Aparelho Digestivo: Aspectos Cirúrgicos	2	0	30
MGT0360	Pancreatologia Clínica	1	1	45
MNE0616	Particularidades dos Tumores do Sistema Nervoso Central na Infancia	1	1	45
MSP0308	Pesquisa Científica em Medicina X I I I	1	3	105
MSP0309	Pesquisa Científica em Medicina X I V	1	3	105
MSP0310	Pesquisa Científica em Medicina X V	1	3	105
MCM0691	Reumatologia Prática	2	2	90
MNE0618	Síndrome do Déficit de Atenção na Criança/hiperatividade	1	1	45
MCM0681	Terapêutica em Medicina Interna	2	2	90
MCM0692	Transplante Renal : Aspectos Clínicos e Imunológicos	2	0	30
MCP0376	Tratamento Cirúrgico das Valvas Cardíacas	2	1	60
MNE0617	Traumatismo Craniencefálico	1	1	45
7º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
MNE0619	Abordagem Molecular em Doenças Neurológicas.	1	1	45
MGT0361	Alterações Motoras do Tubo Digestivo	1	1	45
MOF1418	Alterações Oculares no Idoso	4	0	60
MCG0659	Aprimoramento do Aprendizado em Técnica Cirúrgica	1	2	75
MNE0627	Aprimoramento em Doenças Cerebrovasculares	2	1	60
MNE0620	Aprimoramento em Epilepsia	1	1	45
MNE0621	Aprimoramento em Neuroinfecção	1	1	45
MOF1413	Aprimoramento em Otologia	1	3	105

MOF1416	Aprimoramento na Prática Ambulatorial em Otorrinolaringologia	4	0	60
MOG0617	Assistência Pré-natal	1	1	45
MOT0641	Astroscoopia do Aparelho Locomotor	2	2	90
MNE0622	Auto-imunidade de Doenças do Sistema Nervoso	1	1	45
MNE0623	Avanços em Doenças Musculares	1	1	45
ACA0245	Biometeorologia	4	2	120
MCP0381	Cirurgia Cardíaca no Paciente Idoso	3	1	75
MGT0362	Cirurgia da Obesidade	4	0	60
MCG0668	Cirurgia e Custos	2	2	90
MGT0363	Cirurgia Laparoscópica no Aparelho Digestivo	1	0	15
MGT0603	Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica Aplicadas à Gastroenterologia	4	0	60
MNE0624	Complicações Neurológicas na Aids	1	1	45
MPE0671	Contribuição da Psicanálise à Formação Médica: a Atenção à Saúde da Criança	2	0	30
MOG0613	Curso Complementar de Assistência Obstétrica	1	1	45
MNE0626	Desenvolvimento Neuropsicomotor da Criança	1	1	45
MOF1423	Distúrbios Respiratórios Obstrutivos do Sono	4	0	60
MGT0364	Doença Péptico-ulcerosa	1	1	45
MOF1419	Emergências em Oftalmologia	4	0	60
MOF1412	Emergências em Otorrinolaringologia	4	0	60
MGT0365	Fisopatologia das Doenças Intestinais. Diarréias Crônicas	1	1	45
MDT0528	Hanseníase	4	0	60
MGT0366	Hepatologia Cirúrgica	2	0	30
MGT0367	Hepatologia Clínica	1	1	45
MGT0368	Imunologia e Oncogênese do Aparelho Digestivo. Aspectos da Biologia Celular.	1	1	45
MGT0369	Infeção, Metabologia e Cuidados Intensivos em Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	0	15
MPT1228	Informática em Saúde	3	1	75
MCP0380	Iniciação à Pesquisa Clínica em Cardiologia	2	2	90
MCP0383	Iniciação à Pesquisa Clínica em Cardiologia II	2	2	90
MPR0612	Iniciação Científica em Medicina Preventiva - Saúde Coletiva IV	1	3	105
MSP0298	Iniciação Profissional à Prática Médica X V I	1	3	105
MSP0299	Iniciação Profissional à Prática Médica X V I I	1	3	105
MSP0301	Iniciação Profissional à Prática Médica X V I I I	1	3	105
MSP0668	Introdução à Acupuntura	4	0	60
MCM0779	Introdução à Neuroendocrinologia Clínica	1	1	45
MDR0630	Introdução às Técnicas Minimamente Invasivas Através da Radiologia Intervencionista	4	0	60
MGT0370	Laparoscopia Diagnóstica em Gastroenterologia	1	1	45
MOG0614	Medicina Fetal	1	1	45
MOT0637	Microcirurgia	1	3	105
MPE0675	Neonatologia I	1	3	105
MDR0626	O Estudo do Desenvolvimento Embrionário e Fetal Por Meio de Ultra -sonografia. Parte II	1	1	45
MNE0628	O Exame de Líquido Céfalo Raquidiano em Neurodiagnóstico	1	1	45
MOF1420	Oftalmologia para Clínico Geral	4	0	60
MOF1421	Oftalmopediatria	4	0	60
MLS0506	Perda Auditiva Induzida Por Ruído	1	1	45
MLS0507	Perícia Médica	1	1	45
MSP0311	Pesquisa Científica em Medicina X V I	1	3	105

MSP0312	Pesquisa Científica em Medicina X V I I	1	3	105
MSP0313	Pesquisa Científica em Medicina X V I I I	1	3	105
MNE0629	Principais Patologias Neurológicas do Recém-nascido	1	1	45
MOF1415	Propedêutica Endoscópica em Otorrinolaringologia	4	0	60
MCM0696	Reanimação Cárdiopulmonar IV	2	2	90
MOG0616	Reprodução Humana	1	1	45
MNE0630	Sono Normal e Distúrbios do Sono	1	1	45
MCP0379	Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências	3	1	75
MDT0529	Técnicas Cirúrgicas Usadas em Dermatologia	4	0	60
MIP0524	Treinamento em Ambulatório Especializado de Doenças Infecciosas e Parasitárias: Tuberculose	4	0	60
MGT1372	Urgências Clínicas em Gastroenterologia	2	0	30
8º Período Ideal		Créd. Aula	Créd. Trab.	Carga Horária
MOT0635	Aprimoramento em Ortopedia Pediátrica	2	2	90
MCP0364	Atendimento em Terapia Intensiva Cardiológica	2	2	90
MCM0780	Endocrinologia Geral	3	1	75
MCP0366	Fisiologia do Exercício: do Normal ao Patológico	2	2	90
MCM0693	Hipertensão Arterial Secundária, Detecção e Tratamento	2	1	60
MOG0615	Identificação da Gestação de Alto Risco	1	1	45
MPR0613	Iniciação Científica em Medicina Preventiva - Saúde Coletiva V	1	3	105
MSP0302	Iniciação Profissional à Prática Médica X I X	1	3	105
MSP0303	Iniciação Profissional à Prática Médica X X	1	3	105
MSP0304	Iniciação Profissional à Prática Médica X X I	1	3	105
MCM0694	Introdução à Terapia Intensiva	4	0	60
MCP0375	Noções Básicas das Síndromes Coronárias Agudas.	3	1	75
MGT0375	Nutrição em Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	2	90
MCM0695	Osteodistrofia Renal	1	2	75
MSP0314	Pesquisa Científica em Medicina X I X	1	3	105
MSP0315	Pesquisa Científica em Medicina X X	1	3	105
MSP0316	Pesquisa Científica em Medicina X X I	1	3	105
MPR0616	Saúde e Comunidade II	2	1	60
MCM0697	Transplante de Medula Óssea	2	2	90
MCM0781	Uso Racional de Medicamentos	2	0	30

Fon

te: USP

ANEXO VI

NÚMERO DE CANDIDATOS INSCRITOS POR ESPECIALIDADES- UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS RESIDÊNCIA MÉDICA - 2006 NÚMERO DE CANDIDATOS INSCRITOS POR ESPECIALIDADE - UNICAMP ESPECIALIDADES DE ACESSO DIRETO, CIRÚRGICAS, CLÍNICAS, MEDICINA INTENSIVA E MASTOLOGIA			
ESPECIALIDADES DE ACESSO DIRETO	CANDIDATOS	VAGAS	TT/VG
ANESTESIOLOGIA	92	10	9,20
CIRURGIA GERAL	254	15	16,93
CLÍNICA MÉDICA	364	24	15,17
DERMATOLOGIA (ACESSO DIRETO)	148	4	37,00
GENÉTICA MÉDICA	9	1	9,00
INFECTOLOGIA	38	3	12,67
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	29	5	5,80
MEDICINA DO TRABALHO	4	1	4,00
MEDICINA NUCLEAR	29	4	7,25
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	4	4	1,00
NEUROCIQUIRIA	63	3	21,00
NEUROLOGIA (ACESSO DIRETO)	77	4	19,25
OBSTETRICIA E GINECOLOGIA	126	11	11,45
OFTALMOLOGIA	180	12	15,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	59	5	11,80
OTORRINOLARINGOLOGIA	73	4	18,25
PATOLOGIA	23	3	7,67
PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	3	1	3,00
PEDIATRIA	132	20	6,60
PSIQUIATRIA	60	6	10,00
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	111	6	18,50
RADIOTERAPIA	7	1	7,00
TOTAL GERAL	1885	147	12,82
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	CANDIDATOS	VAGAS	TT/VG
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	3	1	3,00
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	3	1	3,00
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	31	3	10,33
CIRURGIA GERAL - PROGRAMA AVANÇADO	10	2	5,00
CIRURGIA PEDIÁTRICA	6	1	6,00
CIRURGIA PLÁSTICA	22	2	11,00
CIRURGIA TORÁCICA	3	1	3,00
CIRURGIA VASCULAR	19	2	9,50
COLOPROCTOLOGIA	12	1	12,00
UROLOGIA	25	2	12,50
SUB-TOTAL	134	16	8,38
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CANDIDATOS	VAGAS	TT/VG
ALERGIA E IMUNOLOGIA	3	1	3,00
CANCEROLOGIA / CLÍNICA	24	3	8,00
CARDIOLOGIA	22	4	5,50
DERMATOLOGIA (PRE-REQUISITO)	68	4	17,00
ENDOCRINOLOGIA	37	2	18,50
GASTROENTEROLOGIA	27	2	13,50
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	36	3	12,00
NEFROLOGIA	32	3	10,67
NEUROLOGIA (PRE-REQUISITO)	29	4	7,25
PNEUMOLOGIA	5	2	2,50
REUMATOLOGIA	14	2	7,00
TOTAL GERAL	297	30	9,90

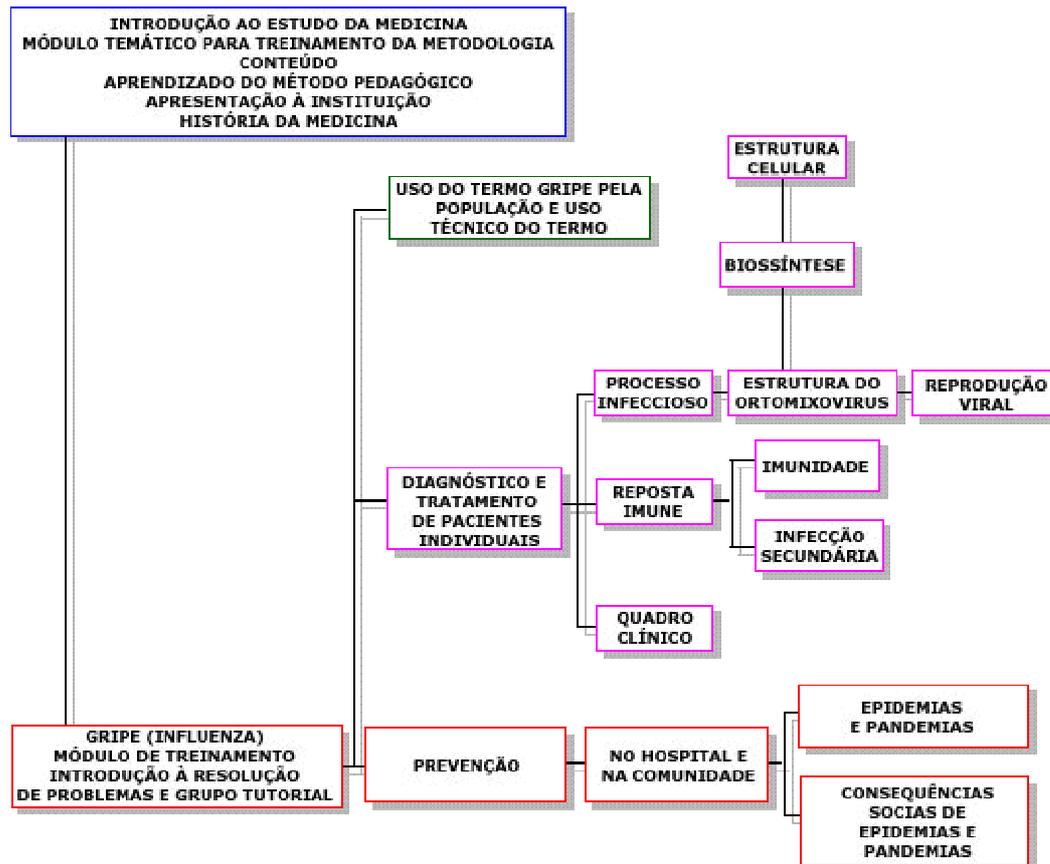
MEDICINA INTENSIVA	CANDIDATOS	VAGAS	TT/VG
MEDICINA INTENSIVA	14	3	4,67
TOTAL GERAL	14	3	4,67
MASTOLOGIA	CANDIDATOS	VAGAS	TT/VG
MASTOLOGIA	9	1	9,00
TOTAL GERAL	9	1	9,00

Fonte: Manual de Residência Médica, FCM, UNICAMP, 2007

ANEXO VII

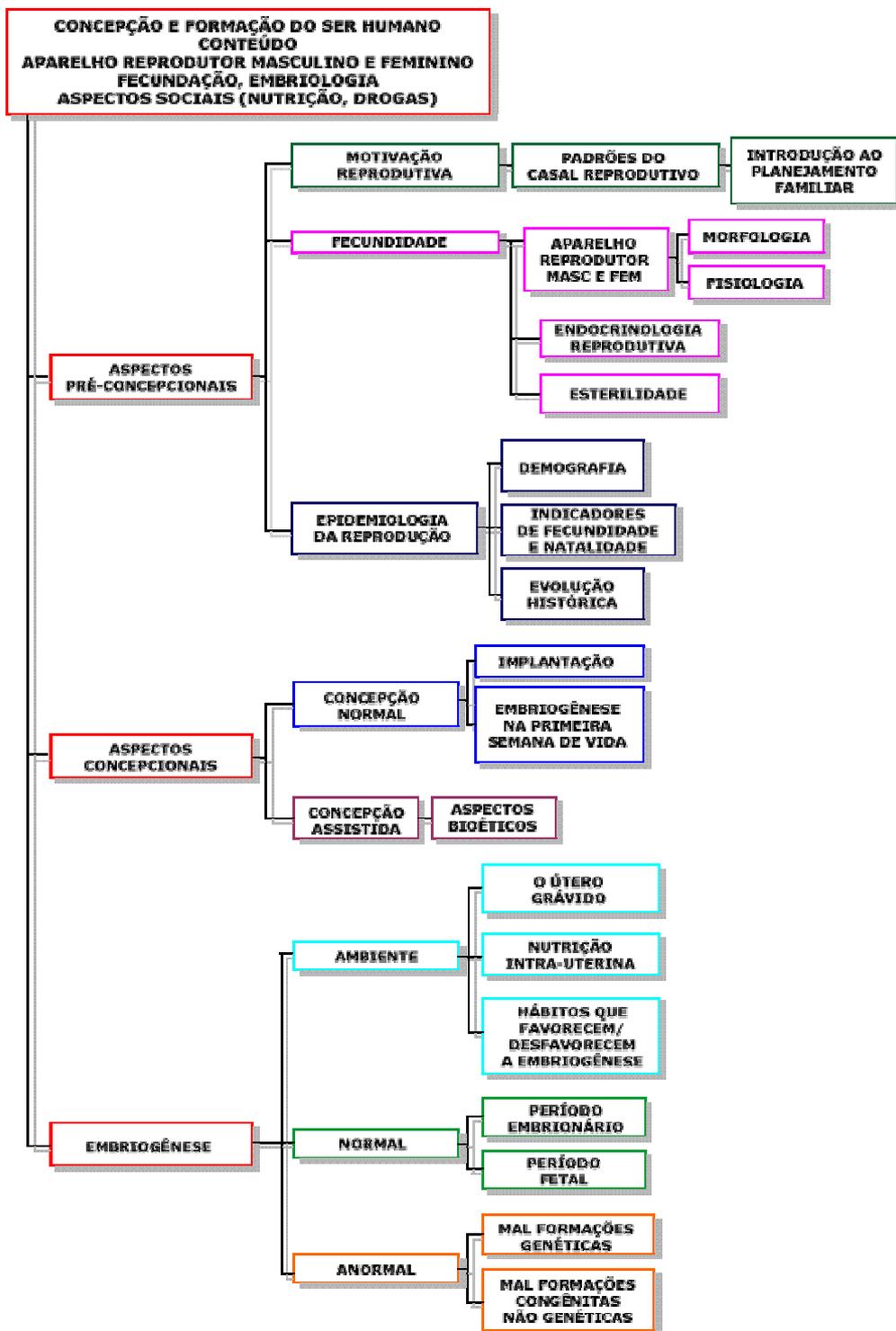
ÁRVORES TEMÁTICAS DOS MÓDULOS PBL⁵⁵

PRIMEIRO ANO - MÓDULO 1

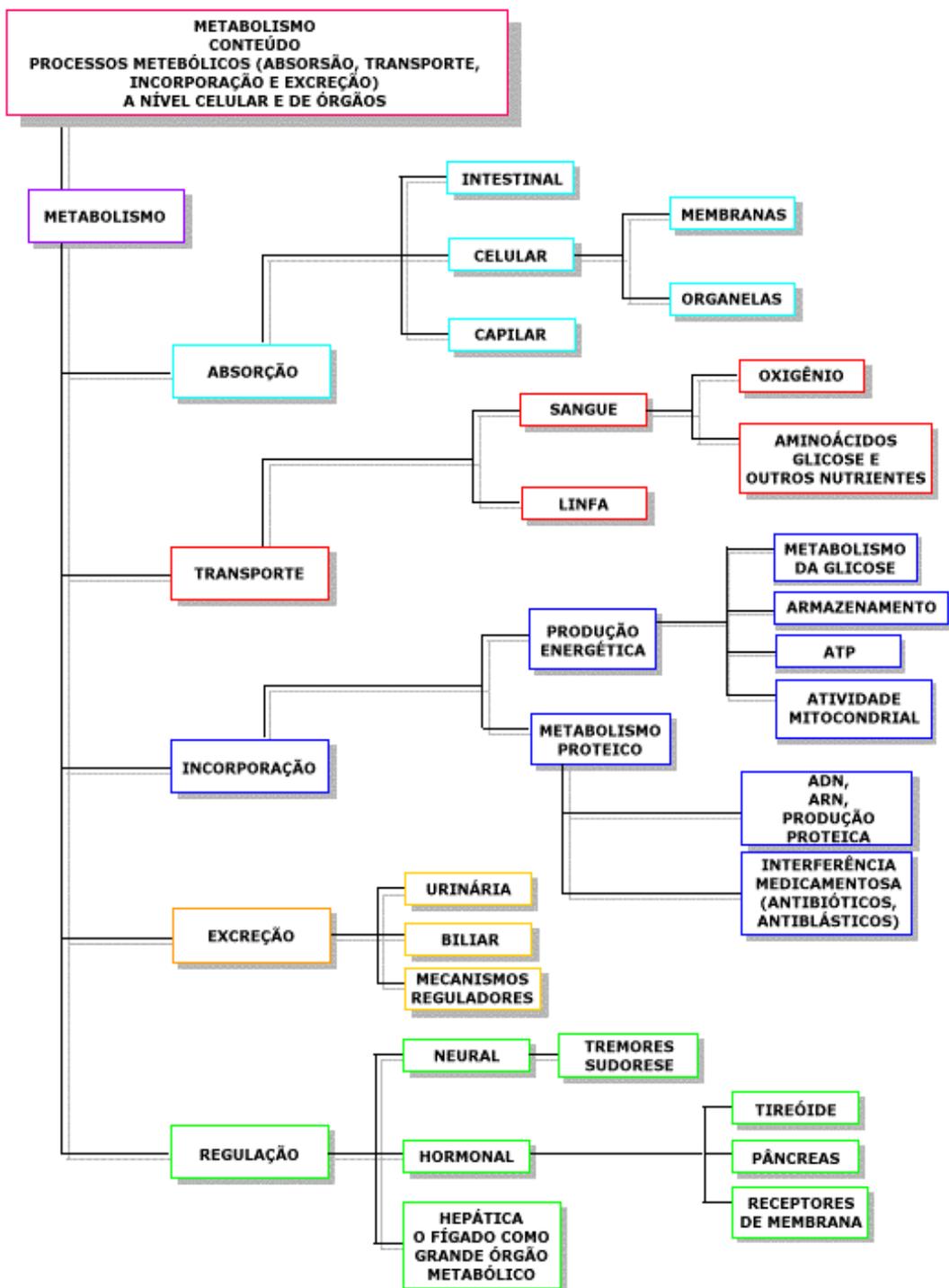


⁵⁵ <http://www.uel.br/ccs/medicina/arvores/01.htm>

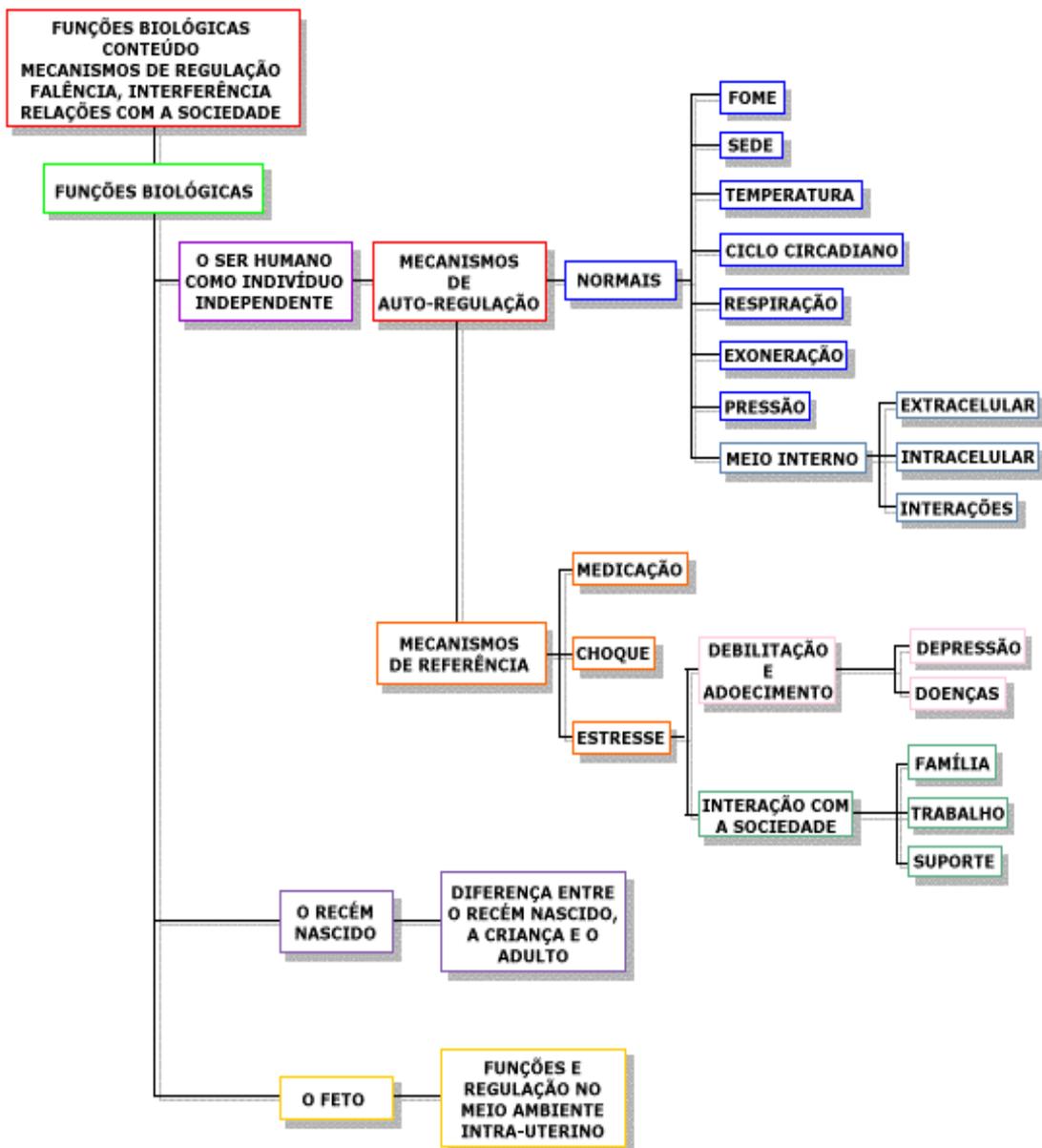
PRIMEIRO ANO - MÓDULO 2



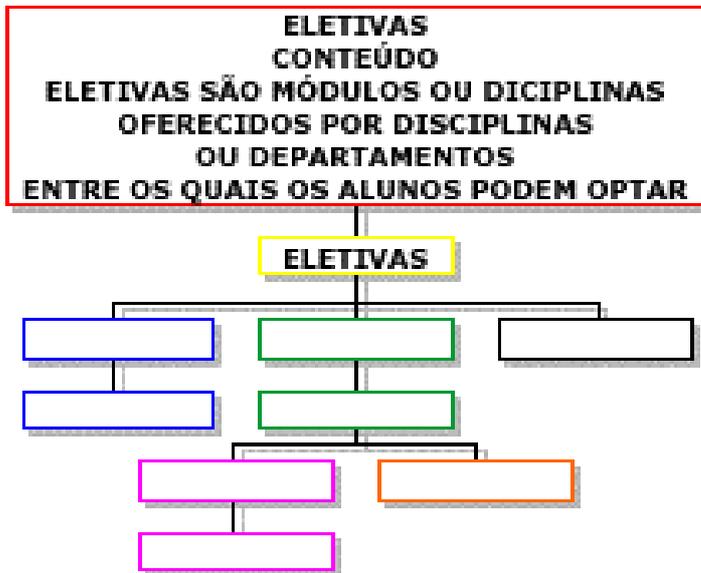
PRIMEIRO ANO - MÓDULO 3



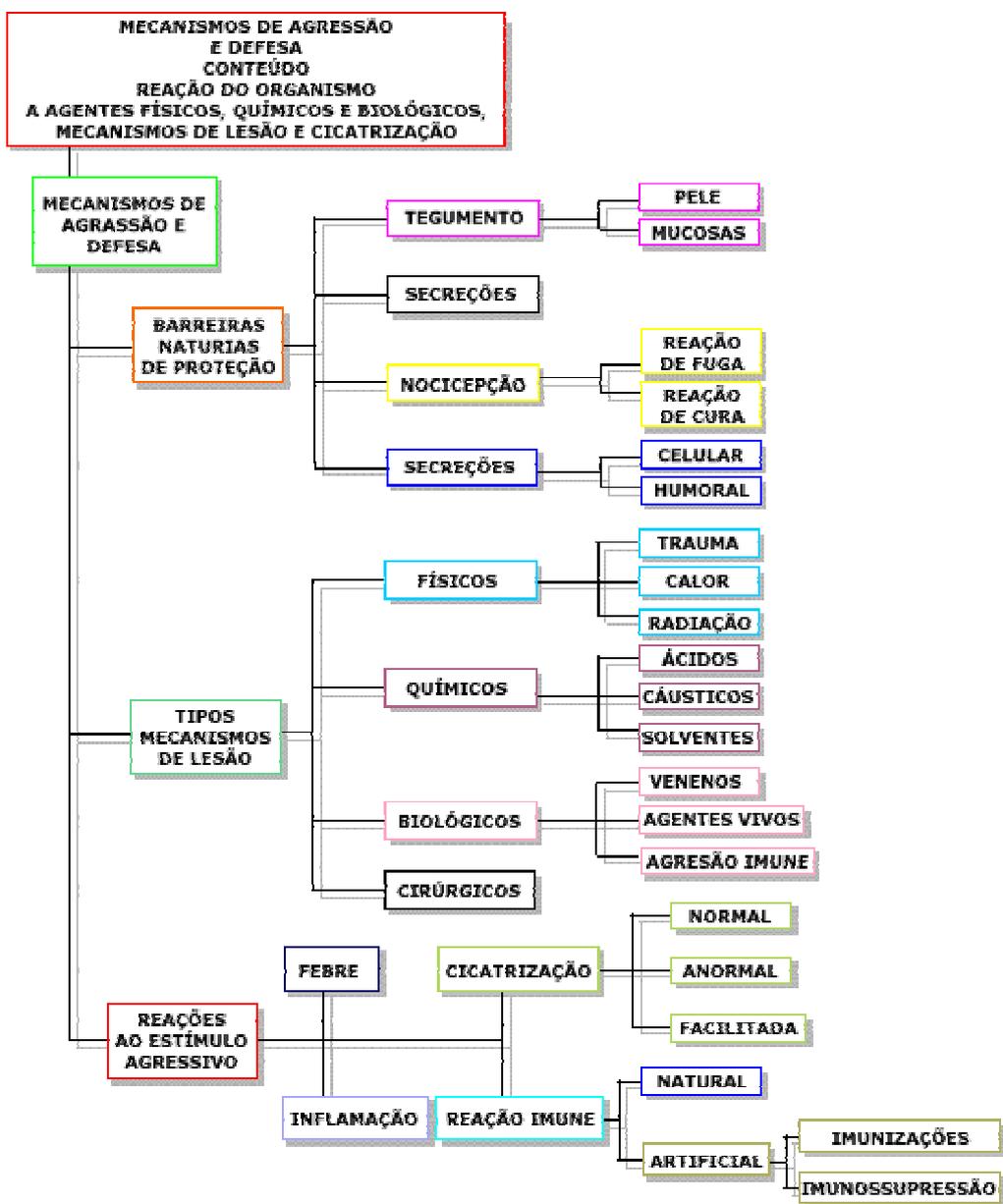
PRIMEIRO ANO - MÓDULO 4



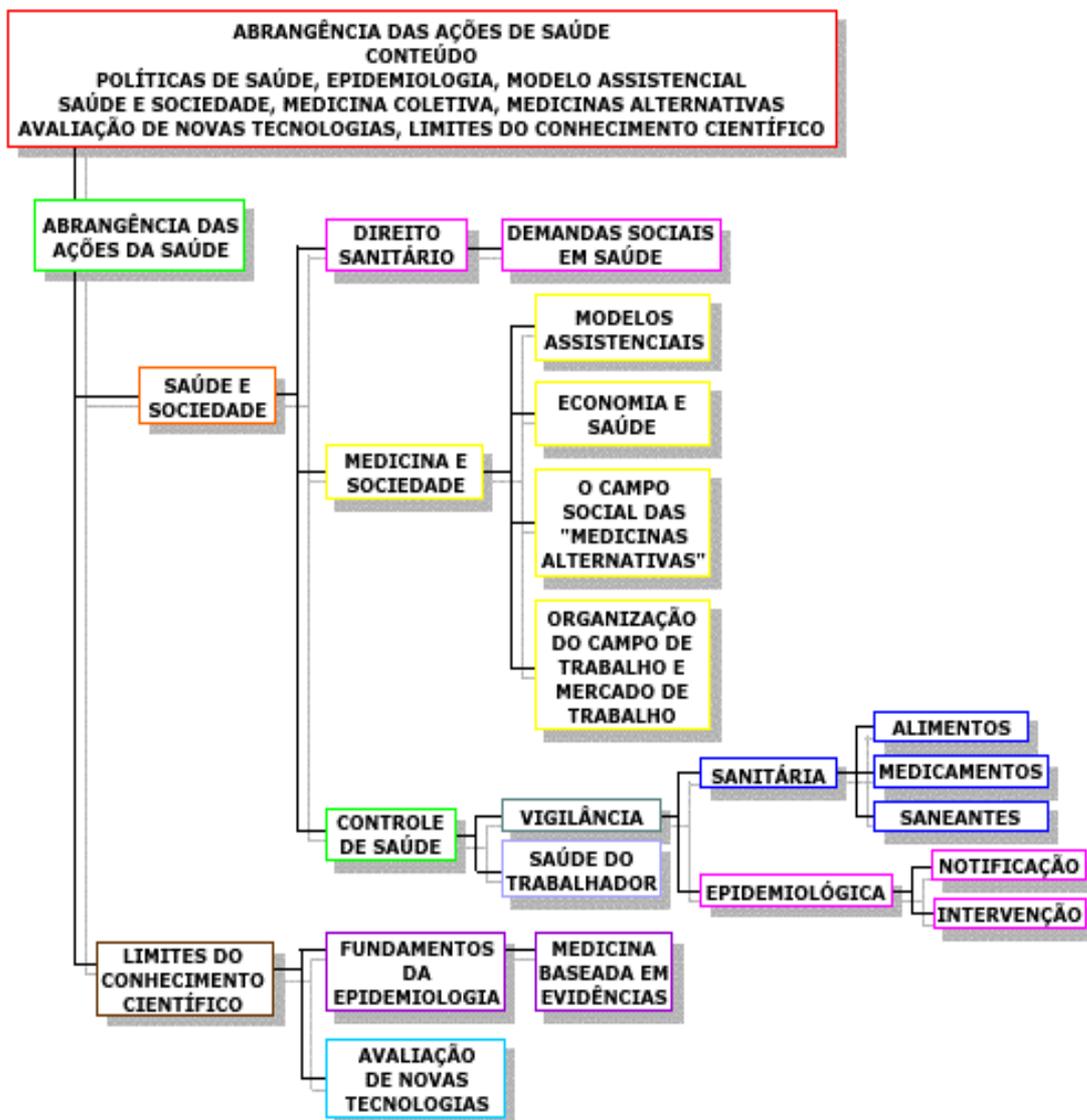
PRIMEIRO ANO - MÓDULO 5



PRIMEIRO ANO - MÓDULO 6



PRIMEIRO ANO - MÓDULO 7



ANEXO VIII

MEMBROS DA COMISSÃO DO PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES - PROMED - MEC/MS -2002

Nome	Formação	Atuação	Local De Trabalho
Benedictus Philadelpho de Siqueira ⁵⁶	Médico Pediatra	Ex- Presidente ABRASCO; professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFMG; Comissão de Avaliação do Curso de Medicina 2002;	Ministério Da Saúde
José Roberto Ferreira	Graduação em medicina pela Universidade do Brasil (1957), internato no Serviço de Assistência médica Domiciliar e de Urgência, Ministério do Trabalho (1956-57); residência no Instituto Nacional de Previdência Social, em articulação com a Cátedra de Cirurgia da Escola de Medicina Cirurgia do Rio de Janeiro (EMCRJ) (1957-59); Especializações: a) Instituto de Pesquisas Cardiovasculares, EMCRJ (prof. Lúcio Galvão) (1960-61); Instituto de Cardiologia da Fund. Sabato D'Ángelo, SP, (prof. Hugo Filipozzi) (1961); Curso avançado de Cardiopatias Cirúrgicas do HCUSP (prof. Eurípedes	Coordenador Assessoria De Cooperação Internacional FIOCRUZ; Coordenador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.	Fundação Oswaldo Cruz / MS

⁵⁶ “Por valiosa contribuição prestada à saúde pública, o professor emérito da UFMG, recebeu a *Medalha Comemorativa do Centenário da Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde*. A condecoração ocorreu durante o 40º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Fortaleza, em setembro. Philadelpho já foi distinguido também com a *Medalha da Ordem Francisco Hernandez*, da Federação Pan-Americana de Escolas e Faculdades de Medicina; com a *Grande Medalha do Mérito da Saúde* e com a *Medalha da Inconfidência*, do governo de Minas Gerais. UFMG”. (Boletim informativo, Nº 1371 - Ano 29 - 21.10.2002)

	Zerbini) (1960); Estágios de Complementação: Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan (Dr. Conrad Lam); St. Vicent Hospital, Cleveland (Dr. Richard Kay)		
Bertoldo Kruse Grande Arruda	graduação em Medicina pela Universidade do Recife (1948) , especialização em Puericultura e Administração pelo Departamento Nacional da Criança (1953) , especialização em Nutrição Em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (1963) , doutorado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1974)	Presidente do Instituto Materno Infantil de Pernambuco	Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco
Volnei Gonçalves Pedroso	graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Guarulhos (1998) e mestrado em Ciências da Saude pela Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública (2003)	Secretaria do Estado da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde.
José Ivo dos Santos Pedrosa	graduação pela Universidade Federal da Bahia (1978) , mestrado pela Universidade Federal da Bahia (1984) e doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (1997) .	Coordenador Geral de Ações Populares de Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Coordenador de Área Técnica do Ministério da Saúde	Professor da Universidade Federal do Piauí

Fonte: Plataforma LATTES; Site de busca Google.