

SIMPÓSIO: Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças de Graduação da Área de Saúde Caem/Abem

Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras

Project for the Evaluation of Change Trends in the Undergraduate Course of Brazilian Medical Schools

Jadete Barbosa Lampert^I; Rinaldo Henrique Aguiar-da-Silva^{II}; Gianna Lepre Perim^{III}; Regina Celes de Rosa Stella^{IV}; Ively Guimarães Abdalla^V; Nilce Maria da Silva Campos Costa^{VI}*

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica.
- Avaliação Educacional.
- Mudança Organizacional.
- Integração Docente-assistencial.
- Docente de Medicina.

KEYWORDS:

- Medical Education.
- Educational Measurement.
- Organizational Innovation.
- Teaching Care Integration Service.
- Faculty Medical.

Recebido em: 03/07/2008

Reencaminhado em: 20/12/2008

Aprovado em: 09/01/2009

RESUMO

O projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem) da Abem resultou da necessidade de avaliar e acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo nas escolas médicas após movimentos nacionais e internacionais que recomendam adequar a formação do profissional às demandas contemporâneas de saúde, em especial no Brasil, após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Constituída por professores, estudantes e estudiosos do tema, a Caem discutiu e aprovou o projeto, que se baseou no trabalho de tese que adota cinco eixos conceituais relevantes na formação médica – mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. O projeto propõe um trabalho para ser executado com as escolas em três momentos: 1) aplicação do instrumento de auto-avaliação com análise dos dados pela Caem e devolução às escolas; 2) aproximação das evidências de mudanças apontadas pelas escolas com identificação dos atores sociais envolvidos e construção de indicadores capazes de averiguar e acompanhar as mudanças; 3) sistematização e apresentação de dados para análise e recomendações com elaboração do relatório, atendendo aos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Este artigo mostra os detalhes do projeto e como resultado a adesão das escolas por conta do seu lançamento, em 2006.

ABSTRACT

The Project for evaluating change trends in the undergraduate course of Brazilian medical schools proposed by the Evaluation Commission of Medical Schools (Caem) of the Brazilian Association of Medical Education (Abem) arose from the need to assess and follow up the changes occurring in the medical schools after national and international movements that recommended that the education of the medical professional should be adapted to the current health demands, especially in Brazil after the homologation of the National Curricular Guidelines for the medical undergraduate course. Composed by professors, students and specialists in the subject, the Caem discussed and approved the project based on the thesis that adopted five relevant conceptual axes in medical education – working world, pedagogical project, pedagogical approach, sceneries of practice and teaching development. The project proposes a work in three steps to be carried out in the schools: 1) application of the self-assessment instrument with analysis of data by the Commission and feedback to the schools; 2) approximation of change trends pointed out by the schools and identification of involved social actors as well as construction of indicators allowing to verify and follow up the changes, and 3) systematization and presentation of data and elaboration of the report according to the principles of National System for Evaluation of Higher Education (Sinaes). This article shows the details of the project and the resulting adhesion of the schools when it was launched in 2006.

^I Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; Ministério do Esporte, Secretaria Nacional de Esporte Educacional. Distrito Federal, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

^V Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{VI} Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil.

* Os autores compõem a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica – Caem/Abem.

INTRODUÇÃO

O movimento transformador que vem delineando mudanças nos cursos de graduação da área da saúde, em especial nas escolas médicas, apresenta uma coerência identificada na seqüência de eventos e documentos que surgem na década de 1960 com o movimento da reforma sanitária e se intensifica no decorrer do final do século XX e início do século XXI.

A expansão do conhecimento de aspectos do processo saúde-doença e seus determinantes, que estão além do biológico do indivíduo, leva tacitamente a analisar e a construir mudanças ao se tratar de saúde. Aspectos que compõem o desenvolvimento saudável da vida humana, mais bem conhecidos, questionam a forma demasiado técnica de abordar os problemas de saúde da população.

Os avanços científicos e tecnológicos minuciosamente elaborados ficam insuficientes diante da assistência com visão fragmentada e descolada da integralidade do indivíduo. A abordagem da saúde fica, assim, desumana enquanto não atende às necessidades básicas de saúde do ser humano quando este não é acolhido e tratado em sua unidade ímpar. A articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais se faz necessária quando se concebe o sistema de saúde proporcionando atendimento integral.

O movimento transformador na área da saúde vem resultando de uma malha de reformas que abarcam o sistema de assistência de saúde, no qual estão incluídos o cuidado primário em saúde e a formação de recursos humanos para atuar no sistema. Nesse movimento contra-hegemônico é que surge o projeto de avaliação de tendências de mudanças das escolas médicas, visando à formação do médico no curso de graduação. Inicia-se com um exercício de percepção pelos atores sociais da escola médica e seus médicos recém-formados, em cinco eixos conceituais de relevância. Trata-se da percepção que têm esses atores envolvidos no processo de formação profissional a respeito de como está sendo implementado e desenvolvido o projeto político-pedagógico da escola na realização do programa curricular da graduação, diante das necessidades de saúde e de uma farta documentação de recomendações de fóruns nacionais e internacionais de educação médica^{1,2} que fundamentam a construção do instrumento aqui proposto, utilizado por Lampert em trabalho de tese de doutorado e ajustado na continuidade do estudo com as escolas médicas do Rio Grande do Sul, pela mesma autora, apresentado no 43º Cobem³, discutido e revisado pela Caem (Anexo 1).

Analisando o sistema de assistência de saúde e tratando de programas e ações na unidade básica, Schraiber *et al.*⁴ (p. 34-7) observam que:

[...]a unidade básica de saúde foi destinada a uma especial estratificação da clientela: aquela que agrupa pessoas que se dirigem aos serviços pela primeira vez. Não se trata de uma primeira vez na vida pessoal, mas na específica ocorrência mórbida ou demanda por algum tipo de sofrimento – atenção primária, atenção primeira e básica simultaneamente – que serve de porta de entrada para o sistema de assistência⁴.

Ao mesmo tempo, chamam a atenção para um papel próprio desse atendimento no sistema, que constitui e implica ir resolvendo um rol de necessidades que extrapolam a esfera de intervenção curativa individual da atenção primária em saúde, o que chamam de *necessidades básicas de saúde*, que denominamos simplesmente necessidades de saúde (NS).

No conjunto dessas necessidades, em particular no Brasil, identificam-se demandas sanitárias (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde – ações tradicionais da saúde pública), demandas relacionadas com ações clínicas (as que cobrem a prevenção, a profilaxia e tratamento das doenças de caráter epidêmico – vigilância epidemiológica de saúde pública) e as tipicamente clínicas de prevenção e de recuperação. Esses quadros, simultâneos e freqüentes, estão apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas, em contrapartida, exigem, para uma adequada abordagem e efetiva *transformação* nesse nível de atendimento, uma sofisticada síntese de saberes e complexa interação de ações: individuais e coletivas; curativas e preventivas; assistenciais e educativas⁴. A gama de demandas delimitada pela noção de necessidades envolve um conjunto de ações médicas sanitárias e clínicas que resulta num trabalho complexo, ao atender a requisitos de alta capacidade resolutive e, ao mesmo tempo, de alta sensibilidade diagnóstica, atuando corretamente nas demandas primárias e nos encaminhamentos dentro do sistema assistencial.

No entanto, como Schraiber *et al.*⁴ (p. 36) salientam, 'atenção primária', tem sido confundida com medicina 'simplista' ou de 'baixa qualidade'. Isto porque, nos termos de sua competência resolutive própria, esse serviço se define como captador de demandas que serão de custo menor relativamente ao instrumental material e às ações especializadas. Nessa concepção, o valor está voltado para a exploração tecnológica especializada de qualquer demanda ou necessidade, ao mesmo tempo em que reduz a intervenção e sua qualidade a técnicas armadas no uso de equipamentos⁴.

Tendo clara essa visão, percebe-se o paradoxo que se constrói diante da perspectiva da economia de consumo, da boa

estratégia de extensão dos serviços e da proposição central para realizar o lema “Saúde para todos [...]”, da Conferência de Alma-Ata⁵.

A atuação dos profissionais da porta de entrada do sistema de saúde ganha especificidade na extensão dos conhecimentos, exigindo sofisticada síntese de saberes, sensibilidade diagnóstica e competência resolutiva no trabalho em equipe e na visão intersectorial permeada pelo interstício socioeconômico, ambiental e institucional da sociedade.

As NS são, pois, entendidas como o conjunto de necessidades em saúde, o qual envolve as exigências principais, socialmente determinadas para uma vida saudável individual e coletiva. Refere-se aos elementos primários de sobrevivência e ao convívio social (alimentação, educação, moradia, trabalho, transporte, meio ambiente, lazer), essenciais para uma vida de qualidade. O atendimento das NS inclui ter acesso aos serviços de promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde, dentro de um sistema que dispõe de uma rede de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atendimento em saúde. Sistema que conta com condições apropriadas de tecnologia instalada e de recursos humanos qualificados (conhecimentos, habilidades e atitudes) nas diferentes funções e níveis, reconhecidos e respeitados pela sociedade. O conjunto de ações para atender às NS dispõe de lugar e papel estratégico para o profissional médico que conclui o curso de graduação, colocando as escolas médicas na situação crucial de conferir a formação adequada a esse profissional⁶.

Neste sentido, vários encaminhamentos vêm sendo construídos com políticas, projetos e incentivos por intermédio das instituições responsáveis. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), desde sua fundação, em 1962, vem atuando na realização de eventos anuais e publicações na área (Revista Brasileira de Educação Médica, Boletim, livros, etc.). Na década de 1990, constituiu e coordenou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), com o desenvolvimento de um projeto que desencadeou um movimento inédito de avaliação das escolas médicas. O Governo Federal, recentemente, homologou as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação de Medicina, que apresentam a nova concepção para a formação do médico e apontam a necessidade de avaliação do curso⁷. Em 2004, foi aprovada a concepção e a regulamentação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação do Ensino Superior (Sinaes)⁸, que prevê a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. O Ministério da Saúde, por sua vez, tem incentivado as mudanças por meio dos projetos Promed, PITS e mais recentemente do Pró-Saúde. Todas essas iniciativas indicam a necessidade de mudanças na formação dos profissionais para

o atendimento das NS e a conseqüente valorização da avaliação como instrumento de gestão.

Após a homologação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação de Medicina, pelo Ministério da Educação, em novembro de 2001⁷, criou-se a necessidade de apoiar e acompanhar a implementação de mudanças nas escolas médicas brasileiras. A Abem tomou a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas. Esta avaliação tem por objetivo impulsionar a construção de um processo avaliativo nessas instituições e diagnosticar o momento das escolas de maneira que permita auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças de forma participativa e construtiva, sem perder de vista o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da população brasileira. Portanto, formula como objetivos: promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender às Diretrizes Curriculares com perspectivas à consolidação do SUS; e incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (auto-avaliação, avaliação externa, meta-avaliação) em cada escola médica no atendimento aos princípios do Sinaes.

O projeto considerou, para sua elaboração, o acúmulo da experiência da saúde na avaliação e nos projetos de apoio à mudança, como o projeto Cinaem e os programas Promed e Pró-Saúde, e as experiências da educação superior com a avaliação institucional, como o Paiub e o Sinaes⁸. Sua estruturação se deu a partir do estudo de Lampert (2002), no qual a autora faz pequenas modificações na composição dos eixos e na figura representativa em forma de uma roda, que demonstra a expansão das tendências de mudanças, incluindo o acréscimo de um vetor no eixo Desenvolvimento Docente, o vetor da “capacidade gerencial”³.

A proposta de avaliação de tendências de mudanças das escolas médicas, visando à formação do médico no curso de graduação e ao atendimento das necessidades de saúde (NS), é abalizada na percepção dos atores sociais da escola médica e médicos recém-formados por ela, a partir da seleção de cinco eixos conceituais de relevância nesta construção. Trata-se da percepção que têm esses atores envolvidos no processo de formação a respeito de como o programa curricular da graduação está sendo implementado diante das necessidades de saúde e de uma farta documentação de recomendações de fóruns nacionais e internacionais de educação médica^{6,9,10,12-19} que possibilitaram a construção do instrumento proposto²⁰.

MATERIAL E MÉTODO

Este projeto propõe um trabalho com três momentos sequenciais. O primeiro estuda a tipologia das escolas brasileiras e levanta as evidências mencionadas por elas que exem-

plificam a ocorrência de mudanças. O segundo se aproxima das evidências junto aos atores envolvidos, para identificar e selecionar indicadores capazes de acompanhar a evolução das mudanças. E o terceiro reúne e sistematiza os dados para reflexão crítica, formulando recomendações que devem constar em relatório.

1º Momento – Deve acontecer em três etapas: 1) capacitação de equipes, em oficinas regionais da Abem, para representantes de atores sociais de cada escola participante (no mínimo um docente e um discente) para a aplicação do instrumento proposto; 2) aplicação do instrumento em cada escola, com monitoração a distância da Comissão de Avaliação, orientada pelos atores capacitados nas oficinas com participação de um grupo representativo de atores (docentes, discentes e técnico-administrativos) e encaminhamento dos resultados à Caem/Abem; 3) retorno às escolas dos resultados respectivos e divulgação do conjunto de resultados das escolas participantes.

Na segunda etapa, após a oficina de capacitação de equipes, os seguintes passos são recomendados em cada escola:

1) Identificar os atores sociais da escola (docentes, discentes, técnico-administrativos, outros) envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação e avaliação – Comissão Própria de Avaliação (CPA) – para a primeira etapa da auto-avaliação, a aplicação do instrumento;

2) Distribuir materiais aos participantes da avaliação (Diretrizes Curriculares, Sinaes, projeto pedagógico da escola e/ou Projeto Pedagógico Institucional) e marcar dia, hora e local da reunião (sala apropriada, com *data show*, cadeiras móveis para trabalhar em roda, com duração prevista de 2h a 2h30);

3) Reunir o grupo no local e hora marcados para o seguinte roteiro: (a) introduzir e expor informações sobre mudanças de modelo/paradigma na educação médica, abordando as Diretrizes Curriculares, o Sinaes, o processo de auto-avaliação e o método proposto; (b) distribuir aos participantes o instrumento (Anexo 1) que contém cinco eixos (Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários de Prática, e Desenvolvimento Docente) e expor, um a um, os vetores de cada eixo, com leitura das três alternativas em cada um deles; (c) colocar em discussão cada vetor exposto em um exercício de visualização do curso de graduação como um todo (troca de olhares/percepções), buscando consenso sobre quais das três alternativas oferecidas predomina na prática cotidiana do curso de graduação da escola; (d) preencher apenas um instrumento, com o consenso ou percepção predominante no grupo; (e) em cada vetor, após a escolha da alternativa predominante, o grupo deve identificar a justificativa, o “porquê” de a alternativa escolhida ser a predominante, identificando políticas,

cultura institucional, e/ou valores, etc. que na percepção do grupo justificam a prática predominante; (f) em cada vetor, após a escolha da alternativa predominante e identificação da(s) justificativa(s), expor e/ou apontar uma ou mais evidências, ou seja, exemplos concretos de situações de mudanças ou não – documentos, ações –, passíveis de averiguação e constatação, que confirmem a alternativa escolhida como predominante nas práticas da escola; (g) ao final do exercício, encaminhar o resultado do instrumento preenchido pelo grupo à Caem/Abem, por meio eletrônico, usando a senha fornecida para a Secretaria Executiva da Abem ao encaminhar o Termo de Autorização Institucional;

4) O instrumento respondido pela escola é analisado pela Caem/Abem, que identifica a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada, avançada) e, com base na análise e visão crítica do conjunto de justificativas e evidências, faz comentários e recomendações;

5) Retorno a cada escola participante do instrumento enviado com os resultados da análise feita pela Caem/Abem com a recomendação para ser divulgado e discutido no interior da escola, tendo a possibilidade de assessorar-se da Comissão para esclarecimentos e dúvidas.

Na terceira etapa, do primeiro momento do projeto, a Caem/Abem trabalha os dados e, além do retorno a cada escola, organiza o consolidado de resultados com discussão para divulgação, sem identificar as instituições participantes.

Cada um dos eixos contidos no instrumento oferecido para a coleta dos dados está orientado por vetores, descritos logo a seguir. Cada um destes, por sua vez, apresenta três situações alternativas: 1 – situação tradicional do modelo flexneriano; 2 – situação de inovação, intermediária; 3 – situação avançada para as transformações, visando ao modelo da integralidade²¹ e atendimento das Diretrizes Curriculares. Cada escola deve identificar a predominância, em sua prática efetiva, de uma das alternativas, em cada um dos vetores, ao implementar o programa curricular da graduação. A alternativa escolhida deve ser justificada e acompanhada da citação de evidências, ou seja, de exemplos que ressaltem ações condizentes com a alternativa escolhida capazes de serem averiguadas, comprovadas.

2º Momento – Dá continuidade à construção do processo de auto-avaliação e desdobramentos, com a aproximação das evidências de mudanças e a identificação e construção de indicadores quali-quantitativos que permitam acompanhar a evolução das mudanças. Também faz o encaminhamento da seleção de outros instrumentos que avaliam os integrantes do processo em seu papel/função institucional (discentes em for-

mação, docentes, técnico-administrativos, gestores, egressos) e dos sistemas (sistema de saúde local/regional, educação local/regional, sistema de avaliação) em consonância com os princípios do Sinaes. Agrega outros trabalhos e, assim, auxilia as escolas na construção de seu processo auto-avaliativo.

O segundo momento começa a ser construído a partir da discussão dos resultados do primeiro e consiste nos passos seguintes: 1) averiguar as evidências citadas, identificando os atores envolvidos por sua construção, discutindo e especificando o processo daquela mudança; 2) com a participação destes atores, identificar, construir, selecionar indicadores qualitativos, quantitativos ou quali-quantitativos que permitam acompanhar a evolução destas mudanças. Com a seleção e descrição de indicadores – nome, características, unidade que deve ser apresentada ou medida, metodologia de medição, forma de apresentação em gráfico, tabela ou planilha, parâmetros ou faixas de variação, periodicidade de medição e formas de registro e armazenamento e responsáveis pelas medições –, cada escola estará construindo seu processo de auto-avaliação de acordo com as orientações do Sinaes, com a liberdade de atender a suas especificidades institucionais.

3º Momento – É o momento da sistematização, de levantar, reunir, organizar e analisar e cruzar dados para que os atores envolvidos possam refletir de forma crítica sobre a realidade demonstrada e formular recomendações. Estes dados e resultados farão parte do relatório de auto-avaliação, documento de caráter institucional. A realização periódica, semestral ou anual, do levantamento e análise de dados avaliativos permitirá à comunidade interna acompanhar seu processo de mudanças, reajustando estratégias e reformulando metas por ocasião do planejamento institucional. Terá condições de manter documentada a evolução construtiva do processo de mudanças na seqüência dos resultados da avaliação institucional, assim como fornecer informações à comunidade externa, ao Estado e à sociedade.

As escolas participantes contarão, durante o desenvolvimento deste projeto, com a assessoria a distância da Caem/Abem e a visita de uma dupla de professores, especialmente preparados para, *in loco*, durante dois dias, auxiliar e estimular a construção do processo avaliativo com a percepção do contexto.

Eixos conceituais relevantes na educação do profissional de saúde

Nas discussões e reflexões sobre a formação do profissional médico no curso de graduação frente às NS, são reunidos cinco eixos conceituais de relevância que permeiam a construção e a execução dos programas curriculares. Estes eixos são

identificados como relevantes com base em estudos existentes na área de educação médica, encerrando áreas temáticas que direcionam as ações para a formação do médico na graduação de acordo com as diretrizes curriculares. No estudo de análise prospectiva da educação médica na América Latina⁹, no artigo de Campos *et al.*¹⁰ e na tese de Lampert², os autores identificam eixos de um processo de construção de mudanças na instituição de ensino em direção à transformação do paradigma flexneriano para o paradigma da integralidade, que tende a aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades de saúde da população.

Pela forma como esses eixos são percebidos na implementação do programa curricular, podem-se, pela predominância de ações, abalizar tendências de o curso de graduação estar num rumo mais tradicional, hegemônico, nos moldes flexnerianos, ou numa direção mais inovadora e mesmo mais avançada, a caminho de reformas transformadoras, na construção do paradigma da integralidade. A meta é, pois, oferecer uma formação que atenda às recomendações em educação médica contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, de modo que, ao final desse curso, o recebimento do grau de médico com liberação para “exercer a medicina” seja condizente com a formação recebida para atender às NS da população brasileira e dar os encaminhamentos necessários dentro do sistema de saúde com referências e contra-referências.

Os cinco eixos apresentados por Lampert², mediante contribuições na continuidade dos estudos e trabalhos desenvolvidos pela autora em escolas médicas do Rio Grande do Sul, tiveram alguns aprimoramentos com a inclusão de mais um vetor no eixo do Desenvolvimento Docente. Então, os cinco eixos considerados de relevância no encaminhamento da formação do médico na graduação ficam assim denominados: i) Mundo do Trabalho; ii) Projeto Pedagógico; iii) Abordagem Pedagógica; iv) Cenários da Prática; v) Desenvolvimento Docente.

Cada eixo está identificado em vetores, áreas temáticas que dão a direção de expansão nos encaminhamentos da prática do ensino na escola médica, abalizando tendências de mudanças. O instrumento composto pelos cinco eixos selecionados reúne ao todo 17 vetores. Cada um deles especifica, por sua vez, aspectos relevantes dentro de cada eixo, descritos a seguir:

O Eixo I, eixo conceptual do **Mundo do Trabalho**, espaço dinâmico da prática profissional, objeto de análise crítica para que aconteçam as transformações preconizadas, busca identificar a tendência da escola médica para mostrar, viver e discutir, de forma crítica, aspectos do mundo do trabalho

onde o médico deverá se inserir para prestar serviços de saúde. Procura, de forma comprometida, acompanhar e discutir criticamente a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e a organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação dos futuros médicos, nos vetores que indicam:

– carência de médicos e emprego – analisa se a escola, para elaborar e organizar a programação curricular, considera a carência de profissionais médicos para o atendimento das NS e/ou as possibilidades de emprego ou atividades remuneradas. Embora a escola não disponha de competência (governabilidade) para interferir nesse problema social – pois sua modificação depende de outros níveis ligados à conjuntura social, ao momento histórico –, é importante que considere fatores vinculados ao mercado de trabalho em saúde, para melhor preparar o profissional médico, que nele irá se inserir para prestar serviços de saúde;

– base econômica da prática médica – discute se a escola explicita ou não a existência de uma prática médica liberal e uma assalariada, e a influência desse fato na formação profissional. Por muito tempo, prevaleceu o modelo de ensino ligado ao êxito profissional liberal, que não se traduzia em um conteúdo curricular explícito, mas era assimilado pelo estudante na imagem, no exemplo e no convívio com os professores, os grandes mestres. Hoje, o consultório privado exercido como prática liberal está extremamente reduzido e dominado pelos convênios. A saúde está sendo fortemente oferecida e comprada como produto, segundo as leis do mercado. Frente a uma variedade de modelos econômicos, é necessário conhecer e discutir os impactos a longo prazo dentro de uma visão global, referindo aspectos e atitudes éticas;

– prestação de serviços – observa se a escola aborda ou não, de forma crítica ou não, a relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e outras, na prestação de serviços de saúde, como fator adicional ou de interferência na relação singular entre médico e paciente, e seus reflexos na formação médica e no exercício da profissão.

O Eixo II, eixo conceptual do **Projeto Pedagógico**, referenciado no PPI e PDI (Projeto Pedagógico Institucional e Projeto de Desenvolvimento Institucional), trata de como o curso se vê e se situa na sociedade e estabelece sua missão política e pedagógica, busca identificar como desempenha seu papel nas inter-relações sociais, como concebe saúde e doença e seus fatores determinantes, e consegue dar um enfoque intersectorial nos seguintes vetores:

– biomédico e epidemiológico-social – trata do quanto a escola aborda o processo saúde-doença voltado para as causas biológicas e epidemiológico-sociais, com participação da esco-

la no processo de desenvolvimento da saúde na região. Desde um curso orientado para os aspectos biomédico, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, criando oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavell & Clark), até, em forma mais avançada, enfatizando a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde, articulando aspectos de promoção, preservação, recuperação e reabilitação. Propugna uma orientação equilibrada entre conhecimentos biológicos e psicossocioambientais para a compreensão do processo saúde-doença na dimensão individual e coletiva, de forma que esses conceitos permeiem toda a formação do profissional médico. Para entender a essência do homem, é necessário encará-lo como um ser biopsicossocioambiental, que pressupõe processos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, desenvolvidos ao longo de milhões de anos, pois cada ser vivo reconstrói na sua existência os processos que fizeram possível sua aparição, de acordo com princípios definidos. Esses fenômenos se expressam em movimentos e organização, explicados por leis peculiares a cada nível, destacando-se o caráter qualitativamente superior dos processos sociais na determinação dos fenômenos de saúde-doença²;

– aplicação tecnológica – trata da ênfase dada pela escola ao aplicar a alta tecnologia, desde usá-la na atenção clínica e cirúrgica, explicitá-la quando usada em situações clínicas específicas, até analisá-la de forma ampla e crítica em relação às ocorrências, enfatizando as demandas nas necessidades de saúde da população. A tecnologia médica está constituída por todo o acervo de conhecimentos (originados predominantemente das ciências biológicas) organizados para os fins práticos e específicos de intervir sobre os casos que requerem meios de apoio diagnóstico e terapêutico, colocados à disposição por uma vigorosa indústria de bens de consumo, considerados cada vez mais indispensáveis à boa prática da medicina, mas que devem ser submetidos a uma necessária e criteriosa indicação;

– produção de conhecimentos – verifica se, na pesquisa, a escola se referencia pelas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, com ênfase nas ações curativas; se leva em conta também aspectos socioeconômicos; se acrescenta a pesquisa no campo de atenção básica, das necessidades de saúde, da gestão do sistema de saúde, da interação escola-serviço-comunidade e processo ensino-aprendizagem; se inclui a participação discente e contribui para a tomada de decisão com base em informações relevantes com

vistas à melhoria das práticas de assistência e da gestão do sistema de saúde. E, se, além do aspecto técnico-operacional, também constrói propostas político-institucionais e de avaliação de novas tecnologias;

– pós-graduação e educação permanente – trata da oferta que a escola faz de cursos de residências, especialidades, mestrados e doutorados e do seu comprometimento com a educação permanente. Verifica se essa oferta é realizada em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente; se contempla os campos gerais e busca oferecer educação permanente; ou, ainda, de forma mais avançada, se o faz de modo articulado com os gestores do sistema de saúde, visando atender às NS, quantitativas e qualitativas, para a formação do médico, ao mesmo tempo em que franqueia a educação permanente aos profissionais da rede.

O Eixo III, eixo conceptual da **Abordagem Pedagógica**, trata de métodos de construção e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem. Busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve na escola e a orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias, nos seguintes vetores:

– estrutura curricular – analisa se essa estrutura se apresenta de forma fracionada, em ciclos (básico e profissionalizante) bem separados e organizados em disciplinas fragmentadas; se a estrutura curricular apresenta atividades didáticas em grande parte integradas; ou se o currículo conta com áreas de prática real, sendo estruturado com conteúdos integrados;

– orientação didática – verifica se o curso enfatiza as aulas teóricas expositivas, em disciplinas isoladas e práticas demonstrativas centradas nos professores e avaliações escritas predominantemente de memorização; se, com alguma integração multidisciplinar, oferece práticas visando às habilidades no âmbito hospitalar com avaliações de habilidades ou se adota a solução de problemas em grupos pequenos de discentes, baseando-se na realidade dos serviços, com abordagem interdisciplinar, usando serviços e espaços comunitários, avaliando desempenho e atitudes com estímulo ao estudo independente, à avaliação interativa e à auto-avaliação em competências profissionais;

– apoio e tutoria – trata de como a escola oferece ou não condições físicas e materiais adequadas de apoio (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais, biotério, etc.) para tutoria, verificando se ela traz implícita a valorização da auto-aprendizagem e do estudo independente, realizado sob a facilitação de tutores capacitados para essa tarefa, sem excluir as aulas magistrais, que podem estar bem situadas em determinados momentos; se destaca, no discente, a capacidade indivi-

dual de aprender, que deve ser grandemente estimulada com orientação competente; proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais ou oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas.

O Eixo IV, eixo conceptual dos **Cenários de Prática**, trata dos locais onde se dá a prática da medicina; busca identificar a tendência para o ensino da prática médica centrar-se no hospital ou na rede do sistema, postos, ambulatorios, domicílios, famílias e/ou comunidades, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a escola médica proporciona aos discentes de forma orientada para o aprendizado da prática médica, nos seguintes vetores:

– local de prática – refere-se aos locais que a escola utiliza para o ensino da prática médica, se há predominância do hospital terciário, secundário e ambulatorios, ou se utiliza também as unidades de níveis de atenção primária e secundária da rede do sistema de saúde, com graus crescentes de complexidade tecnológica, ou, ainda, se utiliza espaços domiciliar e comunitário, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades tecnológicas;

– participação discente – refere-se ao espaço que a escola proporciona ao estudante para a orientação e prática efetiva de atividades indispensáveis ao exercício da profissão. Analisa se o estudante participa mais como observador, se executa atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas, ou se a escola oportuniza ampla participação clínica com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática;

– âmbito escolar – verifica se a escola oferece práticas ligadas aos departamentos e às disciplinas/especialidades (cárdio, pneumo, nefro, gastro, dermato, etc.); se oferece práticas que cobrem vários programas de forma estanque (obstetrícia/gineco, materno/infantil, urgência, etc.); ou práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, com uso de serviços de forma integral (medicina integral do adulto, medicina do trabalho, etc.) no âmbito da prática com demandas espontâneas.

O Eixo V, eixo conceptual do **Desenvolvimento Docente**, trata da necessidade de o processo formador do profissional docente ser permanente no cotidiano das atividades acadêmicas, tendo claro o docente como agente formador e modelo em serviço na socialização do estudante de Medicina. Este eixo busca identificar a tendência para investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos e de inter-relação, visando constituir parceria com os serviços, e no aspecto da gestão da escola. Deve caracterizar as políticas e ações da escola médica

em relação ao corpo docente, que é o agente que orienta a formação médica e define o perfil de assessoramentos e apoios de técnico-administrativos para desenvolver suas tarefas, nos seguintes vetores:

– formação didático-pedagógica – verifica se a escola oferece ou promove cursos de orientação didático-pedagógica; se o faz esporadicamente ou se se trata de uma exigência da política da escola a todos os docentes. Deve ser aspiração de toda escola a formação e capacitação pedagógica de seus docentes, para maior domínio do processo ensino-aprendizagem, do qual são agentes determinantes. O conhecimento de diferentes conceitos, estratégias e metodologias educacionais é fundamental para o desenvolvimento dos planos de estudo e de novos processos de ensino-aprendizagem. Os cursos curtos e ocasionais de orientação didático-pedagógica costumam ser insuficientes, e a escola deve dispor de uma estrutura de apoio capaz de desenvolver essa tarefa, com unidades multiprofissionais e especializadas para esse tipo de capacitação, permitindo o acompanhamento e desenvolvimento da capacitação docente no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas (apoio institucionalizado);

– atualização técnico-científica – verifica se a escola estimula, apóia ou promove a atualização técnico-científica dos professores, com base na formação de pós-graduação inclusive. A educação continuada e a educação permanente do pessoal docente garantem a constante revisão crítica e a atualização dos programas curriculares, em função da geração crescente dos conhecimentos e do desenvolvimento institucional, em especial quanto às exigências de necessidades e demandas em saúde;

– participação nos serviços de assistência – cuida se os docentes da escola são estimulados e apoiados a participarem dos serviços de assistência; se o pessoal docente e dos serviços tem algum grau de integração; e se há participação da escola no planejamento e avaliação dos serviços e sistema de saúde. Considerando o ponto de vista da orientação conceitual com que desenvolvem seus trabalhos, é relevante a interação de ambas as instituições, a de ensino e a de prestação de serviços de saúde. A instituição formadora tem a responsabilidade de analisar criticamente os diferentes modelos de prática, participando da construção de modelos alternativos e desenvolvendo um processo formativo, ligado ao sistema regional e local de saúde, capaz de ir ao encontro das necessidades nesse setor;

– capacitação gerencial – a gestão da escola é realizada por professores geralmente do corpo docente, que se revezam nos cargos diretivos com certa frequência, em particular nas escolas públicas. Este vetor visa identificar se a escola promove capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos/diretivos de forma empírica e fundada

em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital universitário, etc.); se não promove mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas e buscam imprimir estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo. Cuida, portanto, se faz parte da política da escola promover capacitação gerencial e contar com docentes que assumam cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, capazes de liderar programas, assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionar participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.

Na construção do instrumento, para cada um dos cinco eixos caracterizados acima, com seus vetores, foram estabelecidas três alternativas, apontando os paradigmas flexneriano e da integralidade, este voltado para a humanização das ações de saúde e a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais, que, na percepção da excelência técnica, da relevância social e do compromisso ético, devem usufruir de forma crítica dos avanços das ciências e das tecnologias.

Tipologia de tendências de mudanças

Considerando a necessidade de a escola médica sair de seus muros para interagir com os serviços e a comunidade e formar o profissional médico adequado para atender às NS, apresentam-se os resultados da aplicação do instrumento de pesquisa em cada escola na figura de uma roda com perfil radial. O conjunto dos cinco eixos com seus vetores se dirige, na figura, do centro para a periferia, ou seja, de uma posição considerada conservadora, tradicional (primeira alternativa apresentada no instrumento no círculo mais interno), para uma intermediária, inovadora (segunda alternativa) e logo para uma mais avançada (terceira alternativa). Isto permite simular uma expansão, um voltar-se de dentro para fora da instituição, para interagir no contexto, à proporção que avança nas reformas curriculares do currículo tradicional para um que seja inovador e avançado, voltado para a transformação. À medida que as escolas médicas se percebem, nas alternativas, em posições mais avançadas em direção às políticas de saúde, construindo o paradigma da integralidade, uma área maior do círculo é coberta, podendo ser quantificada em percentuais. Estes podem variar de 33%, correspondendo à percepção de todos os eixos na primeira alternativa conservadora e tradicional, a 100%, com a percepção de todos os eixos na terceira alternativa, caracterizando a percepção avançada para

mudanças e transformação do modelo de formação e assistência. Os resultados da aplicação do instrumento com cinco eixos relevantes na formação do médico são apresentados em um círculo radiado (Figura 1). Cada eixo é composto por vetores com três níveis de alternativas, 1, 2 e 3, apresentados em três círculos: interno, intermediário e externo. Alcançar o nível externo avançado para a transformação é o desejado.

Este estudo permite abalizar tendências, conferindo uma tipologia às escolas ao se deslocarem de um modelo tradicional, com movimentos de reforma curricular que avançam de inovações incipientes para movimentos de mudanças e transformações efetivas no modelo flexneriano, na linha das recomendações dos fóruns de educação médica e das políticas de saúde e educação (Diretrizes Curriculares, ME, 2001, Sinaes,

ME, 2004), para um modelo de integração no contexto dos serviços e das NS da comunidade.

Ficam representadas objetivamente em números as áreas mais ou menos expandidas, que demarcam no contexto de cada escola as menores e maiores expansões, avançando em direção às transformações. Apontam-se contradições nos desníveis entre os eixos complementares e questiona-se o necessário nivelamento para a efetiva transformação. Assim, são apontadas tendências para a revisão de estratégias e acompanhamento da dinâmica dessas áreas/ações, e a busca de indicadores quali-quantitativos que permitam acompanhar a evolução deste processo de construção de novas realidades na formação de recursos humanos na área da saúde, no caso, da formação do médico na graduação.

FIGURA 1

Modelo radiado, com três círculos em tons distintos, representando os níveis 1, 2 e 3, referentes às alternativas de cada vetor que compõem os cinco eixos conceptuais relevantes da educação médica para representar a percepção do colegiado, captada na aplicação do instrumento de pesquisa na escola médica.



QUADRO 1

Visualização de uma escola inovadora avançada (A) e de uma escola tradicional (T), referente às alternativas predominantes nos cinco eixos de relevância em educação médica, percebidas pelos atores sociais, na implementação do currículo no curso de graduação

Alternativa \ Eixo Vetor	I				II			III			IV			V		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 – Tradicional	T	T	T				T	T		T			T		T	
2 – Inovadora	A	A		T A	T	T A	A	A	T		T		A	T		T A
3 – Avançada			A		A				A	A	A	T A		A	A	

Fonte: Lampert⁶, 2002 (p. 235).

Essa ponderação inicial consegue dar uma representação quantitativa deste conjunto que é o curso de graduação de uma escola. Ilustrativa, essa figura sinaliza uma tipologia de tendência de mudanças nas escolas médicas, no sentido de avançar para a transformação paradigmática.

Os resultados apresentados, descritivos e na figura resultante quantificada, conferem uma tipologia, contida entre o perfil mais avançado e o perfil mais tradicional do grupo de escolas estudado por Lampert². O perfil mais avançado se identifica no conjunto dos cinco eixos com a alternativa três na maioria ou na totalidade dos vetores, enquanto o perfil tradicional se percebe identificado predominantemente com a alternativa de número um (Quadro 1).

Várias gradações de tendências podem resultar da percepção dos atores sociais das escolas. Entre a avançada e a tradicional, a inovadora, que corresponde a uma posição intermediária, pode apresentar tendência avançada ou tendência ao tradicional. A tipologia do perfil de tendências da escola médica, ao implementar o currículo, pode então ser identificada basicamente como:

- A – Avançada;
- Ia – Inovadora com tendência avançada;
- It – Inovadora com tendência tradicional;
- T – Tradicional.

Colocando esta tipologia frente aos níveis de intervenções de intensidade crescente, na análise das reformas curriculares e elementos explicativos², se observam correlações (Figura 2).

As tipologias T e It se correlacionam com o nível de inovação com características funcionais sistêmicas. As tipologias Ia e A se correlacionam com o nível das mudanças – com potencial para produzir uma mudança do modelo de atenção. E o nível das transformações seria atingido pelas escolas de tipologia A,

à medida que efetivem verdadeira articulação entre o biológico, o psicológico, o social e o ambiental, focando a saúde de forma integrada, com abordagem intersectorial e transdisciplinar, alcançando, assim, alterações de maior transcendência no contexto, com base em seus determinantes histórico-sociais, integrando a promoção, preservação, recuperação e reabilitação.

Esta tipologia, aplicada a um grupo de escolas médicas, considerando os resultados da marcação dos vetores, confere uma tipologia que permite averiguar a tendência de mudanças na escola médica no atendimento às Diretrizes Curriculares. Também permite, na construção do processo avaliativo, dar continuidade ao identificar indicadores qualitativos e quantitativos que permitam diagnosticar e acompanhar a evolução da implementação das mudanças, sinalizando e munindo de dados os atores responsáveis pela escolha de estratégias que melhor possam incrementar as propostas inovadoras e avançadas para as transformações.

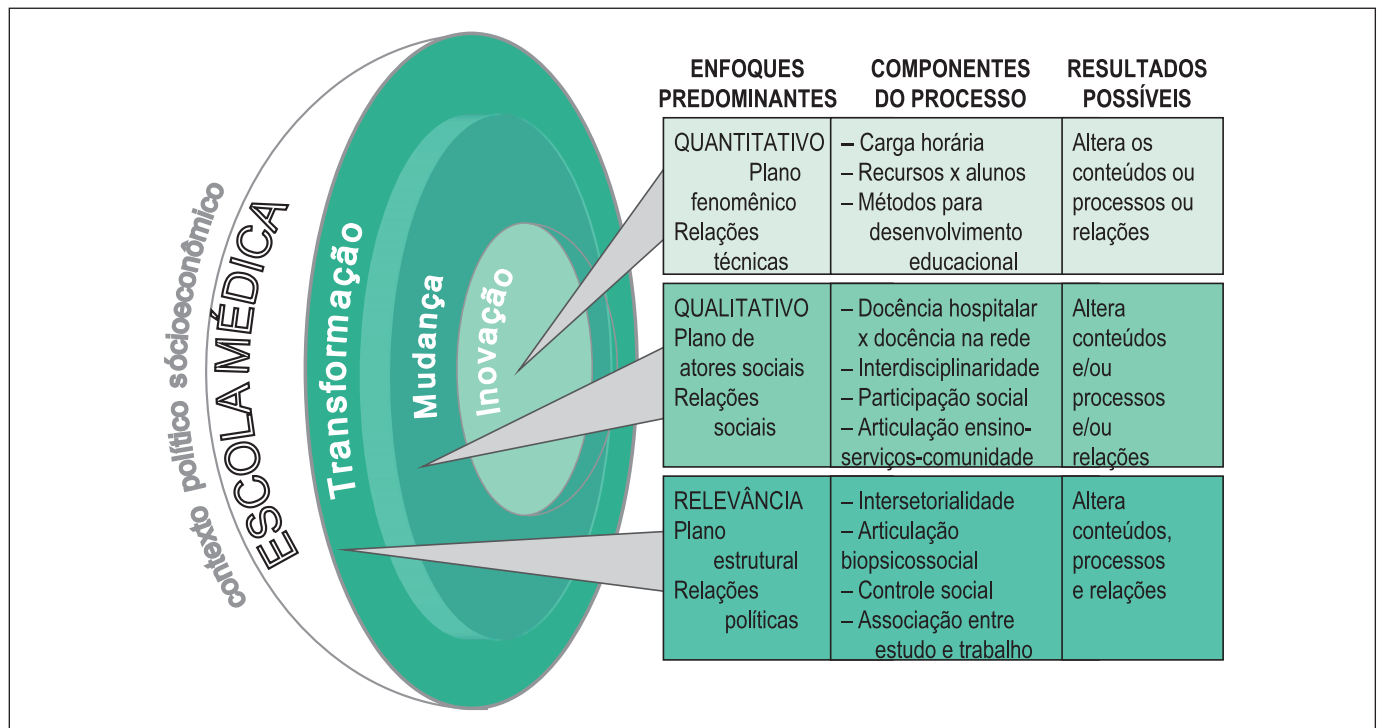
As tendências abalizadas neste estudo, pela prevalência das alternativas predominantes nos três níveis, e em especial pelas evidências que cada escola indica nas ações do cotidiano, são passíveis de vivência e verificação. Isso faz com que a tipologia básica possa dar condições de detalhamentos que possibilitam acompanhar e comprovar a realidade de cada escola em suas peculiaridades, reforçando os aspectos em que houver fragilidades e identificando e usando potenciais institucionais próprios.

Evidências de mudanças

O instrumento oferecido no primeiro momento do projeto requer que os atores reunidos escolham em cada vetor uma das três alternativas, percebida como a situação predominante na escola, a que mais se aproxima da situação atual da escola.

FIGURA 2

Representação gráfica dos níveis das reformas curriculares da escola médica e conjunto de elementos explicativos.



Fonte: Lampert⁶, 2002 (p. 115).

A seguir, os atores devem identificar, numa reflexão crítica, o que está por trás da situação percebida como predominante. O instrumento pede uma justificativa para a escolha de uma das três alternativas apresentadas, para que se identifiquem políticas ou valores institucionais que expliquem o porquê de a situação encontrada ser a predominante.

Além da justificativa, cada vetor pede a identificação de evidências – ações concretas, passíveis de averiguação – que mostrem a situação da escola diante do desafio de construir mudanças na perspectiva das diretrizes curriculares. A cada vetor do instrumento discutido pelo grupo de atores (docentes, discentes, técnico-administrativos, outros), é identificada a predominância de uma das alternativas e em seqüência, mediante reflexão, o porquê de a escola estar nessa posição e que ações e vivências podem ser encontradas no dia-a-dia da escola que as comprovem. As justificativas e a busca de evidências, em cada vetor, fazem com que o grupo de atores se aprofunde ainda mais na visão do todo da escola com vistas a sua missão e os prepara para o momento seguinte do projeto.

O segundo momento do projeto precisa deste exercício de visualizar a unidade do curso por meio da troca de informações, impressões, vivências, percepções entre seus atores e da

reflexão crítica sobre o embasamento teórico conceitual que sustenta a situação vivenciada e as propostas de mudanças, que lhe dá condições para o trabalho de construção de indicadores.

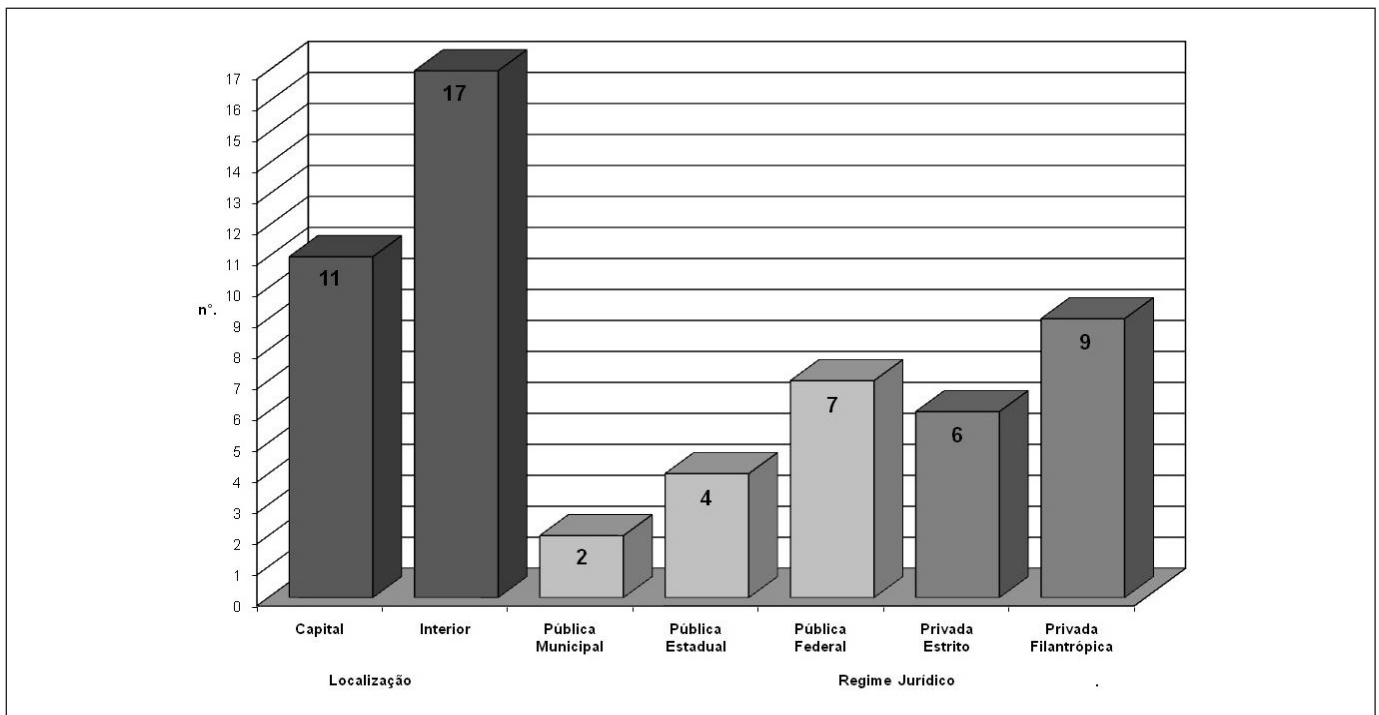
Os indicadores são como sinalizadores que buscam mostrar a realidade, que é variável. Sem trazer verdades absolutas, assinalam determinadas tendências, possibilitando verificar e acompanhar os rumos das mudanças em direção aos objetivos de uma proposta – avaliação de processo – e se estes objetivos estão sendo alcançados – avaliação de resultados¹¹.

A construção do processo auto-avaliativo pode ser auxiliado, mas pertence à escola. É fundamental que ela se visualize e amadureça enquanto instituição em seu contexto.

RESULTADOS

O projeto apresentado por Lampert, após o 43^o Congresso Brasileiro de Educação Médica³, em Natal (RN), foi analisado e amplamente discutido pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Abem, em março de 2006. Com troca de percepções e socialização da base conceitual, o projeto foi aprovado e resultou como proposta de trabalho às escolas médicas brasileiras, com fundamentação teórica e descrição de cada um dos

GRÁFICO 1
Distribuição das 28 escolas médicas por localização e regime jurídico.



cinco eixos conceituais relevantes com os vetores respectivos, que compõem o instrumento de auto-avaliação.

O projeto, aprovado e em execução a partir de março de 2006, realizou 12 oficinas de capacitação de equipes, nas quais teve a participação de escolas médicas de todas as regionais da Abem (Gráficos 1, 2 e 3). Em 2006, 55 escolas assinaram o Termo de Adesão ao projeto, e deste grupo 33 escolas completaram o primeiro momento, entre as quais 28 foram selecionadas para este estudo e publicação. Os gráficos mostram o perfil desse grupo de escolas quanto a: localização, em cidades do interior ou capital; regime jurídico, públicas ou privadas; data de fundação em séculos e décadas; e distribuição no território nacional nas oito coordenações regionais da Abem.

O perfil das 28 escolas mostra uma representatividade bem distribuída, apesar de ser uma amostra aleatória, pois se trata de adesão voluntária a partir da divulgação do projeto e oferecimento das oficinas de capacitação proporcionadas em todas as regionais, com exceção da regional Nordeste.

Considerando que para contemplar a integralidade na assistência se impõe o atendimento em equipes de saúde, o desenvolvimento do programa Pró-Saúde, do Ministério da Saúde, que já envolve outros cursos da saúde, e a existência do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNE-PAS), que vem sendo coordenado pela Abem, a Caem adaptou

o instrumento de auto-avaliação para ser usado nos demais cursos da área da saúde (Anexo 1). Ao dar início ao segundo momento do projeto, a Caem, ao mesmo tempo, estabeleceu um novo período de adesão ao projeto, abrindo para as demais escolas da área da saúde, que iniciarão no primeiro momento.

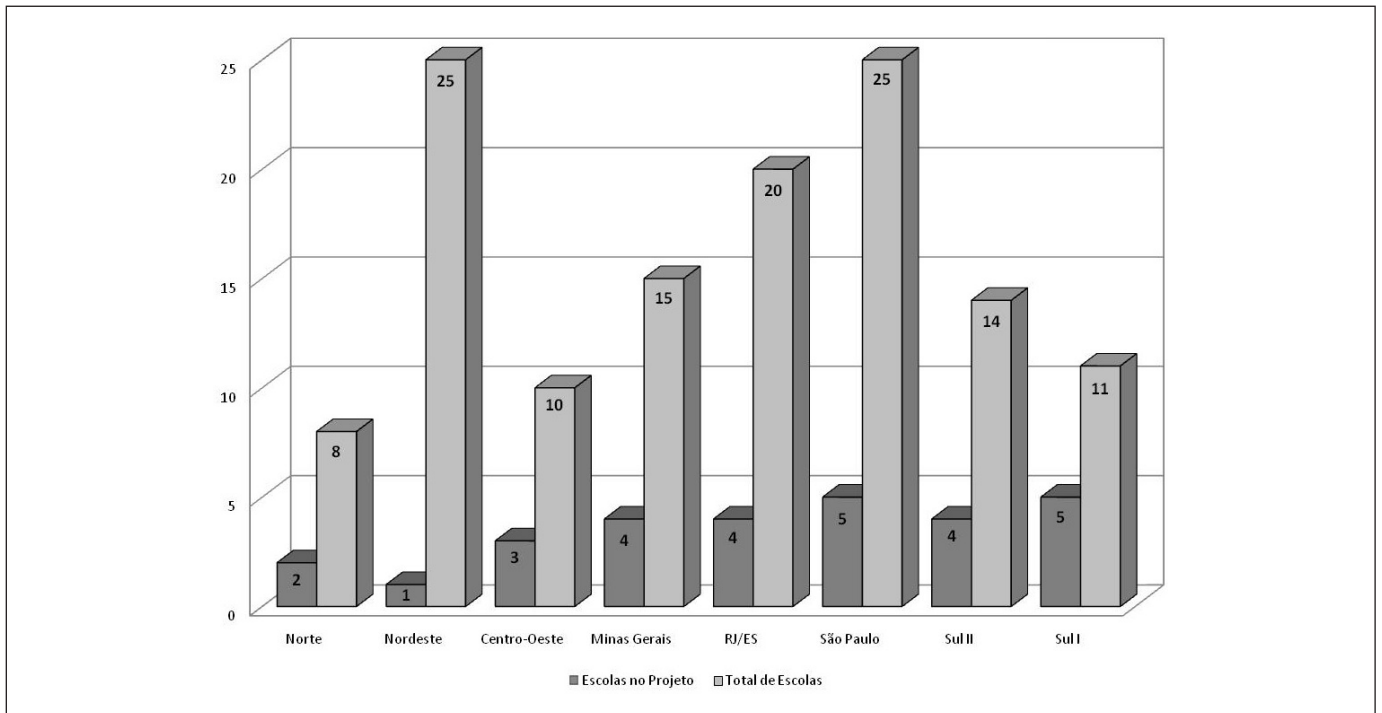
CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto, baseado em trabalho de tese, mostrou relevância na continuidade e aceitação do estudo de pesquisa com contribuições nos trabalhos seguintes, proporcionando à Caem/Abem dar seguimento e: a) discutir e analisar cada item para o maior domínio do conteúdo; b) trocar percepções e fazer discussões com socialização da base conceitual; c) perceber a dinâmica do contexto em que se dão as mudanças e a singularidade de cada escola com a demonstração da flexibilidade necessária pertinente ao processo; d) perceber a necessidade de ampliar e reforçar a base conceitual junto das escolas, para a construção participativa dos processos avaliativos institucionais com construção de indicadores na triangulação de métodos¹¹ e a elaboração do relatório com recomendações.

O projeto visualiza e prescreve que as recomendações na construção do processo avaliativo, que se processa em movimento contínuo e participativo, devem ser contempladas no planejamento e metas institucionais de forma sistêmica.

GRÁFICO 2

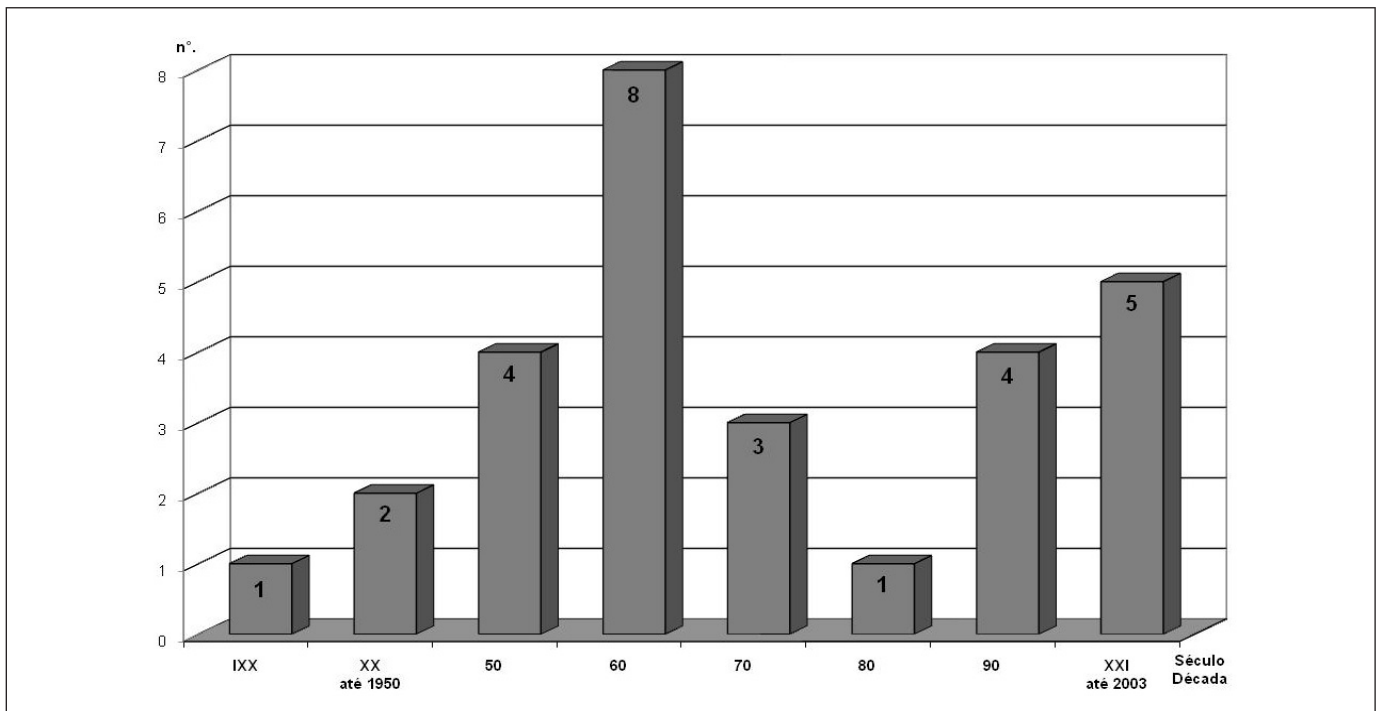
Grupo das 28 escolas médicas e número total de escolas associadas distribuídas nas respectivas regionais da Abem.



Fonte: Total de escolas associadas da Abem, *site* www.abem-educmed.org.br, acessado em 05/05/2008.

GRÁFICO 3

Distribuição do grupo de 28 escolas médicas segundo data de fundação em séculos e décadas.



REFERÊNCIAS

1. Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: Abem; 1999. 196p.
2. Lampert JB. Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil. Tese de doutorado, ENSP/Fiocruz, 2002.
3. Lampert JB. Avaliação da Escola Médica [mesa redonda e Grupo de Trabalho no Fórum das Escolas Médicas, Anais XLIII COBEM, Natal/RN, Abem; 2005].
4. Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. Saúde em Debate. São Paulo:Hucitec; 1996. (série didática 3)
5. Organização Mundial da Saúde. Conferência de Alma-Ata; 1978.
6. Lampert JB. Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
7. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologa em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001, [resolução online] em: <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>
8. Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção a regulamentação., 2ª. ed. ampl. Brasília, 2004. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, publicada no D.O.U. em 15 de abril de 2004.
9. Ferreira JR. Analisis prospectiva de la educación médica. Educación Médica y Salud, OPS. 1986;20(1):26-42.
10. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Cordoni L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Rev Bras Educ Med. 2001;25(2):53-9.
11. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005
12. Organização Panamericana de Saúde (1992). Declaração de Santa Fé de Bogotá. In Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC. 1996. 41-7
13. Organização Panamericana de Saúde. As Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica In: Santana J P, Almeida M J. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Brasília: OPSeditora. 1994.p.17-32. (Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 7)
14. Organización Panamericana de la Salud. El cambio en la Profesión Médica y sus implicaciones para la Educación Médica. nome do periódico???. 1994;25(1).
15. Organização Panamericana de Saúde, Santana JP, Almeida MJ. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Brasília: OPSeditora; 1994. 67 p. (Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 7)
16. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro continental de educación médica. Montevideo: OPS/OMS; 1997. 514 p.
17. Organização Panamericana de Saúde, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina. As Transformações da Profissão Médica e sua Influência sobre a Educação Médica - documento de posição da América Latina apresentado pela na II Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 8-12 de agosto de 1993), OPAS/OMS, p.1-17 (67 pp.), 1994.
18. Chaves MM, Rosa AR (Org.). Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez; 1990.
19. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Org.). Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2004.
20. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Projeto Avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: Abem; 2006.
21. Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: UERJ; 2006. 180p.

ANEXO: O instrumento utilizado está disponível para consulta em <http://www.educacaomedica.org.br/anexos>

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jadete Barbosa Lampert

Rua Dr. Pantalhão, 233 – apto 602 – Centro

CEP: 97010-180 – Santa Maria – RS

E-mail: jadete@uol.com.br