

A Experiência da reforma curricular do Curso de Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo

Rosana Fiorini Puccini

Professora Titular do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

Coordenadora Geral das Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Neste relato de experiência são abordados aspectos da história da Escola Paulista de Medicina e do seu curso de medicina e os movimentos de reforma curricular, com destaque ao período mais recente a partir dos anos 2000. São apresentados e discutidos os fatores que determinaram essas mudanças, denotando-se influências relacionadas aos movimentos mundiais de reformas curriculares e novas metodologias de ensino-aprendizagem no ensino superior, em especial do curso de medicina, além de estabelecer relações com o contexto nacional como a criação do Sistema Único de Saúde, o direito à saúde e as diretrizes curriculares nacionais para o curso medicina (Puccini et al, 2008).

Histórico

Os primeiros cursos de Medicina no Brasil foram criados por autorização de D. João VI, quando da vinda da família real portuguesa ao Brasil: o da Escola de Cirurgia da Bahia em fevereiro e o da Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro em novembro, ambos em 1808. Apenas no final do século XIX seria criado o terceiro curso de Medicina, em Porto Alegre (1898). No ano de 2011, são 180 cursos, sendo 29 no Estado de São Paulo.

A Escola Paulista de Medicina foi fundada em 1933, prevendo a existência de hospital-escola como condição para desenvolvimento do ensino de qualidade. O Hospital São Paulo, inaugurado em 1940, foi o primeiro hospital a ser especificamente construído com essa finalidade no Brasil (Borges, 2001). Hoje, a autorização para os cursos de medicina exige que a Instituição de Ensino Superior (IES) disponha de um hospital de ensino ou estabeleça convênio com serviço que disponha de unidades de internação nas grandes áreas (clínica, pediatria, cirurgia, ginecologia-obstetrícia), ambulatórios, urgência/emergência e ofereça programas de residência médica.

As mudanças ocorridas no ensino de Medicina na instituição não foi um processo linear durante seus quase 75 anos de existência e, embora nem sempre os limites sejam precisos, podem ser analisadas segundo quatro momentos de sua história, os quais são apresentados a seguir.

Implantação: é o período do regime de cátedra (1933-1950), que se inicia com a criação da Escola Paulista de Medicina (EPM) e do Hospital São Paulo e inclui a instalação do primeiro núcleo de pesquisa (Laboratório de Farmacologia e Bioquímica, em 1947). Ao ensino profissional associava-se a pesquisa.

Consolidação: é o período do regime departamental (1951-1971), que inicia com a criação do primeiro departamento e inclui a federalização da EPM (1956), a criação do internato e do programa de residência médica (1957) e a posterior ampliação do internato para dois anos (1971). Nesse período ocorreu a criação do curso de Ciências Biomédicas (1966) destinado a formar profissionais envolvidos com o ensino e a pesquisa básica.

Institucionalização da pesquisa (1971-1993): período no qual há progressivo credenciamento dos programas de pós-graduação *stricto sensu*. Consolida-se a iniciação científica, com crescente envolvimento de alunos de todos os cursos da instituição.

Universidade e Expansão: em 1994, a EPM é transformada em universidade temática (ciências da saúde) e, em 2011, passa a ter 33 cursos de graduação em três grandes áreas do conhecimento (biológicas, exatas e humanas), desenvolvidos em seis *campi*.

A 1ª turma da EPM formou-se em 1938. No quadro 1 estão as disciplinas (terminologia da época) de cada uma das seis séries naquele ano.

Quadro 1: Disciplinas do curso de Medicina da EPM, 1938.

Série	Matéria
1ª	Anatomia; Física Biológica; Histologia, Embriologia Geral
2ª	Anatomia; Física Biológica; Fisiologia; Química Fisiológica
3ª	Farmacologia; Microbiologia; Parasitologia; Patologia
4ª	Anatomia Patológica; Clínica Dermatológica; Clínica Propedêutica Cirúrgica; Clínica Propedêutica Médica; Técnica Cirúrgica
5ª	Clínica de Moléstias Tropicais; Clínica Urológica; Higiene; Medicina Legal; Terapêutica Clínica; 1ª Clínica Médica
6ª	Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica; 2ª Clínica Médica, Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, Ortopedia e Cirurgia Infantil

Em 1950, o Hospital São Paulo tinha capacidade de 300 leitos, dos quais 180 na seção de indigentes e 120 na de pensionistas. O ensino de algumas Cadeiras era feito fora da sede da Escola. As aulas práticas de Clínica Ortopédica eram desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia. O curso de Clínica Psiquiátrica era ministrado no Serviço de Assistência aos Psicopatas e as aulas práticas de Medicina Legal no Pavilhão Médico-Legal. No Hospital Emílio Ribas eram ministradas as aulas da Clínica de Moléstias Infecciosas.

Em 1951, foram criados o Conselho Nacional de Pesquisas e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde, criado em 1937, se desmembra em Ministério da Saúde e Ministério de Educação e Cultura. Em 1956, um decreto presidencial federalizou a EPM. O ambiente de pesquisa estabelecido na década de 1960 propiciou em 1970 o início de programas de pós-graduação na Escola Paulista de Medicina, formalmente reconhecidos pela CAPES. Esses programas passaram a ser alvo de um número expressivo de graduandos interessados em seguir carreira acadêmica. Vale notar que esses programas já apresentavam características multidisciplinares, envolvendo várias disciplinas e departamentos em projetos integrados de pesquisa. A Escola Paulista de Medicina passa a ser reconhecida como centro de excelência na produção de conhecimento e na formação de mestres e doutores. A diversidade de projetos de pesquisa, a potencialidade e a alta titulação do corpo docente levaram a Instituição a repensar o currículo dos cursos de graduação. Nos anos 70 várias mudanças curriculares decorrem dessa nova realidade (Carvalho, 1969).

Em 1972, durante a ditadura militar, o governo federal implanta nas universidades o chamado Ciclo Básico Integrado e a Escola Paulista de Medicina é obrigada a aderir a esse Programa. O Curso Integrado agrupava todas as disciplinas básicas (Ciências Morfológicas: Anatomia, Histologia, Genética, Embriologia; e Ciências Fisiológicas: Físico-Química, Biofísica, Bioquímica, Fisiologia) que passaram a ser ministradas em conjunto aos ingressantes de todos os cursos da Instituição: Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ortóptica.

O curso foi imposto à comunidade acadêmica sem a devida discussão e o resultado foi desastroso. Houve frustração por parte do corpo docente, que estava profundamente envolvido e comprometido com o projeto de ensino anterior. Ainda, diferenças importantes na vocação e necessidades de cada curso, na motivação e no conhecimento prévio dos estudantes, contribuíram para o fracasso do Curso Integrado. No final da década de 1970 e durante os anos 80, o currículo do curso

médico da Escola Paulista de Medicina passa a incluir conteúdos de novas áreas como Psicofarmacologia (1979) e, de forma pioneira, a Biologia Molecular (1985); na seqüência, Ciências Humanas (sociologia e psicologia médica em 1986) e Informática Médica (1988), esta última não como disciplina isolada, mas integrada a unidades curriculares (Escola Paulista de Medicina, 1993).

A Iniciação Científica consolidou-se na Unifesp a partir de 1992 com o Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPq. Os responsáveis pela distribuição das bolsas entenderam ser papel de programa de iniciação científica transmitir ao aluno noções do método científico preparando-o para aprendizado com visão crítica.

Em 1994 a EPM foi transformada em universidade temática da área da saúde, e passou a ser denominada Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Essa nova situação da Instituição criou um ambiente propício para discussões de novas idéias e perspectivas. Nesse período, iniciam-se os estudos para uma nova reforma do ensino de Medicina, a qual incluiu uma pesquisa com egressos, entrevistas com docentes, discentes, pós-graduandos e residentes. A última mudança significativa havia ocorrido nos anos 70 quando o Internato, que era de um ano, passou a ser desenvolvido nos dois últimos anos do curso (5ª e 6ª séries). Fatores relacionados às características próprias da Instituição e gerais foram fundamentais nessa reforma mais recente.

Características da Unifesp:

- docentes titulados (pós graduação *stricto sensu*) que, em sua maioria, trabalhavam em regime de tempo integral;
- integração científica e geográfica entre áreas básicas e profissionais
- significativo envolvimento de estudantes em programas de iniciação científica, monitoria e extensão.

Características gerais:

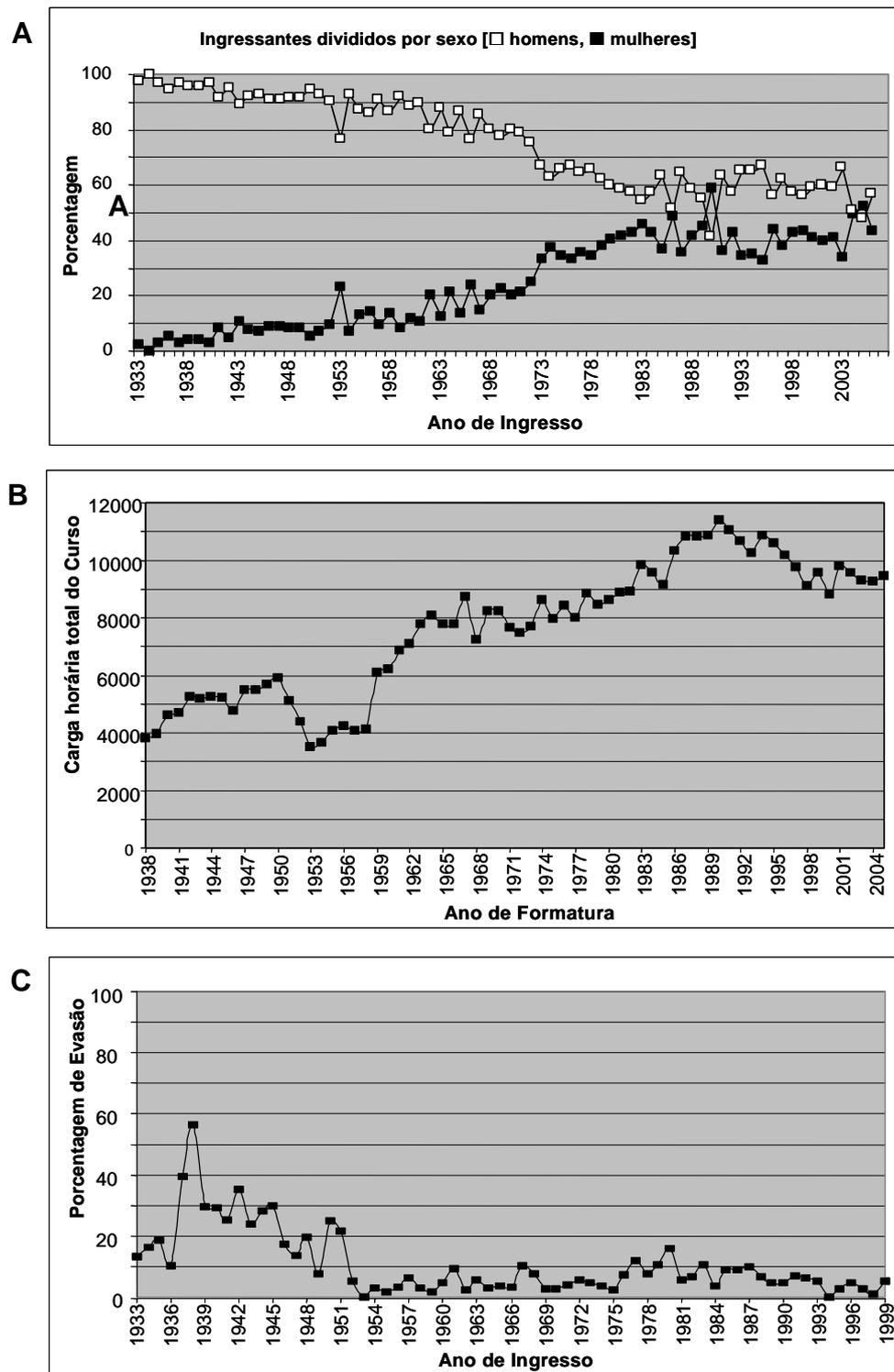
- rápido e significativo progresso das ciências biomédicas, e conseqüente desenvolvimento de complexas técnicas diagnósticas e terapêuticas. O aumento excessivo de horas-aula (dentro da armadura dos seis anos de curso) não evitou que a educação médica perdesse o passo, de um lado, com os avanços da ciência biomédica e, do outro, com as necessidades da prática clínica;
- ampla disponibilidade de acesso eletrônico a fontes de informação biomédica.

- desenvolvimento de novas concepções pedagógicas, em especial na educação médica – no Brasil e no mundo
- criação do Sistema Único de Saúde que traz mudanças significativas na organização dos serviços de saúde no país, destacando-se a questão do direito à saúde, da integralidade, universalidade, equidade e controle social e suas estratégias, dentre elas a regionalização e a hierarquização, as quais irão impactar os cenários de práticas no desenvolvimento do curso
- constituição da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (1991)
- aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) para o curso de medicina e demais profissões de saúde

A inclusão de novos conhecimentos em grade horária já congestionada somente seria viável com a implantação do **currículo nuclear**, compreendido como o conhecimento essencial a ser adquirido por todo graduado em medicina. Os módulos eletivos e o “tempo pró-aluno” (tempo de estudo, de pensar ou de lazer) completam o currículo pleno. A criação de espaços para a implantação das eletivas e do tempo pró-aluno exigiu integração interdisciplinar, tanto horizontal (básico-básicas e clínico-clínicas) como vertical (básico-clínicas). A integração fez com que a estrutura curricular fosse simultaneamente condensada e melhorada. O currículo nuclear foi implantado na UNIFESP em 1997 e completou seu primeiro ciclo em 2002. Aspecto fundamental da reforma curricular foi o desenvolvimento de sistemática de avaliação, coerente com a mudança realizada. Têm sido avaliados o processo ensino/aprendizado (o estudante), os recursos humanos (corpo docente) e materiais da instituição. Quatro parâmetros vêm sendo utilizados para avaliação do ensino de Medicina na UNIFESP: 1) desempenho do estudante durante o curso, 2) desempenho do graduado na prova de seleção à Residência Médica e 3) o Teste do Progresso (Borges, Stella 1999) e, mais recentemente, a prova de Avaliação de Habilidades e Atitudes, implantada em 2006.

Na figura 1 (A, B e C) encontra-se a carga horária do curso de medicina da Unifesp de 1938 a 2006, taxa de evasão e a distribuição dos ingressantes por sexo, nesse mesmo período. Fica evidente que a carga horária atingiu o máximo admissível para 6 anos de curso de graduação. Chama a atenção, a inclusão da mulher entre os ingressantes no curso médico, que passou de 0% em 1933 para cerca de 50% a partir dos anos 80.

Figura 1 – Carga horária, evasão, ingressantes. EPM, 1933-2003



2. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, na área da saúde, constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo biomédico e curativo para outro, orientado pelo processo saúde-doença e atuação em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. Inclui mudança, também, de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino (Brasil, 2001).

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação tem origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destaca o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais. Essa discussão aprofunda-se no último quartil do século XX, na Europa e nas Américas, gerando propostas de revisão curricular e de novas práticas pedagógicas, orientadas para a resolução do “conflito entre instrução e formação, entre adestramento e educação”, nos termos da reflexão feita por Antonio Manoel dos Santos Silva sobre a universidade no limiar do século XXI (Silva, 1999).

No período da ditadura militar (1964-1984), as reformas da educação – como a criação de departamentos e institutos segundo as áreas de conhecimento – restringem-se aos aspectos organizacionais. Os currículos continuam a ser rigidamente definidos pelo Conselho Federal de Educação e a segmentação entre formação básica e profissionalizante é acentuada (Brasil, 1996). Com a retomada da democracia, a discussão é reaberta. Em 1996, é promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, proposta por Darcy Ribeiro, a qual concede autonomia didático-científica às universidades, assegurando-lhes, entre outras atribuições, a de “fixar os currículos de seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (Brasil, 1996).

A síntese de movimentações semelhantes em outros países encontra-se no texto básico elaborado para a Conferência Mundial sobre Educação Superior, realizada pela Unesco em 1998: “Às vésperas do novo século, ocorre uma diversificação do ensino superior e uma demanda sem precedente nessa área, bem como uma crescente conscientização de sua vital importância para o

desenvolvimento sociocultural e econômico e para a construção do futuro, em razão do que as gerações mais novas deverão estar munidas de novos conhecimentos, destrezas e ideais”. Essa conferência produz extenso documento que contempla uma formação responsável, cidadã e ética; propõe também a capacitação para a educação permanente e o conhecimento do método científico, com suporte em novas práticas pedagógicas que facilitem a aquisição de competências, habilidades e treinamento para trabalhar em grupos (UNESCO, 1998). As discussões e propostas sobre o ensino médico ocorrem na confluência entre os movimentos educacionais e os específicos de reformulação no campo de atuação dos profissionais de saúde.

Em razão das evidências sobre a necessidade de mudanças na educação superior e das demandas específicas na área da saúde, no recorte do ensino médico, a World Federation of Medical Education (WFME) realizou em 1988 a Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo. As cinco federações componentes da WFME – África, Américas, Europa, Oriente Médio e Pacífico Ocidental – organizaram as respostas de seus setores sobre os 32 questionamentos diagnósticos que compuseram a base para a conferência. A discussão desses resultados gerou uma proposta de reorientação para o modelo de formação médica, conhecida como Declaração de Edimburgo (The Edinburgh Declaration , 1988).

Para atender à convocação da WFME, a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) decidiu dar andamento ao projeto “Educação Médica nas Américas – EMA”, já esboçado no XXVI Congresso Brasileiro de Educação Médica (Chaves, Rosa, 1990). A coordenação ficou a cargo da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. As análises produzidas na primeira fase resultaram na contribuição das Américas à conferência mundial de Edimburgo. Na segunda fase delinearão-se os planos para correção dos problemas detectados: desarticulação entre graduação, pós-graduação e educação continuada, currículo hospitalocêntrico, segmentado entre ciências básicas e profissionalizantes, com excessiva subdivisão das grandes áreas em especialidades e subespecialidades médicas; valorização do diagnóstico e do tratamento das doenças, sem a devida ênfase à sua prevenção, à promoção da saúde e à atenção ao paciente.

Seguiram-se, na década de 1990, novos estudos e documentos sobre educação médica, como os produzidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os resultantes da 2.^a Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1993), da Conferência Andina sobre Educação Médica (Cartagena,

1993) e do Encontro Continental de Educação Médica (Punta del Leste, 1994) (Almeida, 1999).

No Brasil, nessa mesma década, o projeto desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas – CINAEM, conduzida pela Associação Brasileira de Educação Médica – contribuiu para introduzir amplas transformações nos currículos de cursos superiores ligados à saúde. A CINAEM incluía nesse projeto as associações médicas, educacionais e representativas de docentes e alunos, também críticas do modelo de formação. O passo inicial da CINAEM, em 1991, foi convidar os responsáveis por cursos de Medicina a participarem de um projeto multicêntrico com três fases: 1.^a) avaliação diagnóstica da situação vigente; 2.^a) realização de oficinas de trabalho com representantes das diferentes associações para propor ações de intervenção nos seguintes eixos: processo de formação, docência médica, gestão de cursos e respectiva avaliação; 3.^a) avaliação do aluno. Após a sistematização dos produtos das diferentes etapas, foi possível elaborar, em 2000, um relatório com a proposta de transformação do ensino médico (Piccini et al, 2000).

A CINAEM foi, ao mesmo tempo, um projeto científico liderado por pesquisadores e consultores conceituados e, principalmente, um movimento social, uma pesquisa-ação. Professores, alunos, pós-graduandos e gestores profissionais procederam à análise dos resultados de cada fase e, no processo de construção coletiva, permutaram conhecimentos, tornando-se agentes de transformação da educação médica.

Em 10 de dezembro de 1997, a Secretaria de Ensino Superior do MEC, atendendo à lei federal n.º 9.131 e à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgadas respectivamente em 1995 (Brasil, 1995) e 1996, lança o edital n.º 4/97, no qual solicita que universidades, cursos, sociedades científicas, ordens e conselhos profissionais, de forma isolada ou conjunta, ofereçam contribuições para a elaboração das diretrizes nacionais dos cursos de graduação (Brasil, 1997). Esse instrumento legal esclarecia que tais diretrizes tinham por objetivo “servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas” e recomendava que as modernizações curriculares fossem orientadas pelos perfis profissionais demandados pela sociedade.

Democrático e inovador, o edital solicitava, ainda, que as sugestões fossem organizadas nos seguintes tópicos: perfil desejado do formando; competências e

habilidades correspondentes; conteúdos curriculares básicos e profissionais, essenciais ao desenvolvimento das mesmas competências e habilidades; estruturação modular dos currículos; e adoção de metodologias de avaliação abrangentes.

A proposta elaborada pela CINAEM incluía as competências profissionais desejadas e apontava o caminho que a escola deveria trilhar no processo de formação dos futuros médicos, sustentado por um novo perfil docente e um moderno sistema de gestão de cursos e avaliação. Para essa entidade, o ensino da prática médica tinha como base o processo saúde-doença e as necessidades tanto individuais e coletivas referidas pelo usuário quanto aquelas identificadas pelos profissionais de saúde. Com pequenas alterações, dele se originou o Parecer n.º 1.133/01, aprovado no plenário do Conselho Nacional de Educação e posteriormente publicado no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001.

A transformação do ensino médico, até então estimulada por movimentos da sociedade civil, passou a ser uma obrigação legal. Obrigação de alcançar a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do profissional médico, desenvolvendo-se, entre outras, as seguintes competências:

a) promover a saúde integral do ser humano e atuar, de acordo com princípios éticos, no processo saúde-doença, com medidas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, demonstrando senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;

b) atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase no primário e no secundário; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios sua prevalência e potencial mórbido, bem como a eficácia da ação médica;

c) reconhecer suas limitações e encaminhar, de modo apropriado, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance de sua formação geral;

d) otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos;

e) exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

f) utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, que sejam contemporâneos e hierarquizados, para a atenção integral à saúde;

g) reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo de

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A consolidação das DCN pressupõe que a Escola Médica avance na reorientação do processo de formação, integrando-se aos serviços de saúde, com o objetivo de formar profissionais aptos a responder às necessidades da população brasileira e à contribuir para consolidação do SUS. São estabelecidas orientações para a elaboração de currículos/projetos que devem ser adotadas por todas as instituições de ensino superior e trazem a perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, abandonando a concepção antiga de grades curriculares, com estruturas rígidas.

O Promed e o Pró-Saúde na Unifesp

A relação universidade – serviços de saúde, desde a criação das primeiras escolas médicas do final do século XIX, tem se modificado continuamente. Essas mudanças são decorrentes de inúmeros fatores, mas, sem dúvida as políticas públicas dessas áreas têm sido determinantes nesse processo. Da assistência prestada predominantemente em hospitais filantrópicos, as escolas médicas passam a implantar serviços próprios nas décadas de 1940 a 1960, ainda que sem uma inserção definida na incipiente rede pública de serviços de saúde. Nesses serviços próprios, pacientes estavam submetidos às relações de dominação: era o indigente e como tal deveria aceitar o que era oferecido, sem direitos civis, políticos e sociais. Com a reforma universitária, em 1968, ocorre uma série de mudanças, dentre elas o incentivo à extensão, a qual passa a se apresentar na forma de prestação de serviços à comunidade, mantendo a universidade o seu poder de definir o que fazer, como e com que meios. Esse modelo permanece ainda no início dos anos 70, mas vai se transformando à medida que se estabelecem convênios do Ministério da Educação com outros ministérios, em especial com os ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Saúde (MS), visando à manutenção conjunta desses serviços prestados pelas universidades.

No início dos anos 80, o agravamento da crise financeira do sistema de saúde e, principalmente, o processo de redemocratização do país nesse mesmo período desdobram em propostas de reformulação social em vários setores (Marsiglia, 1995). Na saúde, o movimento da reforma sanitária, ações e estratégias, com destaque às Ações Integradas de Saúde (AIS) e à municipalização constituem a base da formulação do Sistema Único de Saúde, criado com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988a), definindo a saúde como direito do cidadão e o dever do Estado no seu provimento em todos os níveis.

Nesse contexto são elaboradas as propostas de integração docente – assistencial, as quais procuravam avançar em relação às experiências dos projetos de Saúde Materno-Infantil dos anos 70, sobretudo no que se refere à restrita participação de departamentos ou grupos de docentes das áreas da pediatria ou medicina preventiva. Documento da Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU), de 1981, estabelece o conceito, objetivos, metas e estratégias a serem desenvolvidas, buscando maior envolvimento institucional e avanços para uma atuação da universidade não limitada à atenção básica (Brasil, 1981). Como indução a esse processo, algumas estratégias são desencadeadas pelos ministérios da Saúde e Educação, as quais incluíam incentivos financeiros e apresentavam estímulo às mudanças nos cursos de graduação da área da saúde e a inclusão do hospital universitário no sistema de saúde (Brasil, 1987, 1988b, 1994).

Em 1999, uma oficina de trabalho promovida pelo Conselho Nacional de Saúde analisou, entretanto, que os esforços empreendidos por esses projetos não haviam alcançado os resultados esperados, concluindo que não havia se verificado mudanças significativas no ensino médico (Brasil, 1999). O descompasso entre a formação, sobretudo do médico, e as necessidades do Sistema Único de Saúde se acentuava à medida que avançava o processo de concretização de seus princípios e diretrizes – universalização, integralidade, entre outras – , das suas estratégias de implementação, tais como a ampliação do acesso e a definição de novas atribuições para os diferentes níveis do sistema e, ainda, o processo de incorporação, no próprio sistema, da concepção ampliada da saúde e do direito do cidadão.

Apesar de a Constituição Federal atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, este preceito não havia se traduzido numa prática institucional. A insuficiente articulação entre as definições políticas dos ministérios da Educação e da Saúde corroborava para um distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o sistema público constitua significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, este não havia promovido impacto no ensino de graduação.

É no bojo desta discussão que aliado à aprovação das DCN e com o objetivo de fortalecer a política de estímulo às mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde, em 2001, foi criado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed – por determinação dos Ministérios da Saúde e Educação, como uma política indutora visando à reorientação da formação do médico com ênfase nas mudanças ocorridas no

modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica à saúde (Brasil, 2002). A definição das diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde publicadas no ano anterior (Brasil, 2001), teve um papel importante dentre as considerações que fundamentaram essa determinação. As escolas médicas de todo o país apresentaram seus projetos e, em novembro de 2002, 19 foram aprovados, dentre eles o projeto da Escola Paulista de Medicina. Com o objetivo de aprimorar esse programa e ampliar a cobertura para outras profissões de saúde, a recém-criada Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2005, lança o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde - Pró-saúde I (medicina, enfermagem e odontologia) e, em 2007, e Pró-Saúde II (para as 14 profissões de saúde). (Brasil, 2005, 2007)

O Promed – Pró-Saúde Unifesp – contribuições para desenvolvimento curricular

No ano de 2001, a Unifesp encontrava-se em processo de avaliação do currículo nuclear implantado em 1997 e reafirmava-se o Currículo Nuclear como um caminho acertado na reformulação do projeto pedagógico do curso. Com base nessa avaliação, algumas necessidades para aprimoramento do currículo haviam sido identificadas, destacando-se: a integração entre disciplinas dos módulos e entre os módulos, diversificação dos cenários de ensino aprendizagem, a ampliação das atividades práticas nas primeiras séries, a integração entre as áreas biológicas e clínicas, aprimoramento dos processos de avaliação, incluindo habilidades e atitudes.

Assim, a elaboração do Projeto Promed – Unifesp e, posteriormente do Pró-Saúde constituiu grande reforço para as mudanças que estavam em curso na instituição. O processo de discussão do projeto foi amplo e aprovado em todas as instâncias da instituição, com expressivo envolvimento dos docentes e discentes. As ações foram planejadas para serem desenvolvidas em dois distritos de saúde do município de São Paulo (Sacomã e Vila Maria), incluídos em convênio firmado em 2001 entre a universidade e as Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo, e do Embu, onde se desenvolvia um programa de integração docente-assistencial desde a década de 1960, o qual também já contava com convênio formal, renovado periodicamente.

Atividades de ensino, assistência e pesquisa eram desenvolvidas nos serviços de saúde de um desses distritos de São Paulo (Sacomã), desde a década de 1980, ainda que tenham ocorrido algumas discontinuidades decorrentes de

mudanças das políticas de saúde. As atividades do Promed e Pró-saúde – Unifesp foram realizadas segundo os três eixos, de acordo com o proposto pelo programa (Brasil, 2002a): 1) orientação teórica; 2) projeto pedagógico; e, 3) cenários de práticas.

1. Orientação teórica

Este eixo (Brasil, 2002), comportava dois vetores – produção de conhecimento e educação permanente. Os projetos das escolas médicas deveriam promover estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica e redirecionar protocolos e intervenções, incluindo componentes gerenciais do SUS. Previa, ainda, que a lógica de oferta de especialização deveria considerar as necessidades epidemiológicas e sociais, com ênfase para a atenção básica em saúde, incentivando a incorporação de modalidades de educação à distância, oferta de vagas em cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou carentes de profissionais qualificados para o SUS.

Intervenções realizadas – 1) criação do Núcleo de Pesquisa e Educação Permanente em Saúde visando à articulação entre representantes dos serviços de saúde e Unifesp com o objetivo de desenvolver pesquisas direcionadas preferencialmente para questões e problemas apontados pelos serviços, bem como para a organização de cursos voltados aos profissionais de saúde. A parceria entre profissionais dos serviços de saúde – universidade no desenvolvimento de projetos de pesquisa foi considerada como parte do processo de educação permanente, pois introduz o método científico como importante elemento na identificação e resolução de problemas nos serviços; 2) Oficinas e seminários sobre pesquisa e educação permanente e o processo de articulação ensino – serviços de saúde com participação de docentes da Unifesp, gestores e profissionais dos serviços de saúde; 3) cursos sobre metodologia e elaboração de projetos de pesquisa; 4) elaboração e execução de projetos.

Em relação a esse eixo considerou-se que os objetivos foram parcialmente atingidos. A criação do Núcleo Promed de Pesquisa e Educação Permanente foi fundamental como espaço de articulação ensino – serviços de saúde para o planejamento das atividades de ensino, de cursos e das pesquisas de forma participativa. Garantiu, também, uma relação institucional com os níveis dos serviços que estão diretamente ligados às atividades, com maior confiança, envolvimento e compartilhamento na solução de problemas.

A realização de cursos para atendimento de demandas mais pontuais e localizadas constituem prática já incorporada de relação entre universidade e serviços de saúde. Embora esses cursos possam exercer um papel importante frente a alguma questão ou tema a ser tratado – atualização, normalização de condutas, definição de protocolos – tendem a ser limitados no que se refere à mudança das práticas dos profissionais, quando constituírem uma atividade isolada, sem continuidade. O grande desafio é estabelecer um processo real de educação permanente com uma programação/agenda contínua, definida em conjunto pelos gestores e profissionais de saúde que inclua distintas estratégias pedagógicas que permitam a reflexão sobre o próprio trabalho a transformação das práticas tanto do cuidado quanto de gestão, incluído desde aulas, discussões de casos clínicos e apresentação dos próprios profissionais. Os processos de educação permanente poderão, então, entre outras mudanças e inovações, propiciar o envolvimento dos profissionais na definição dos protocolos clínicos e nos processos de avaliação dos serviços.

Outro ponto importante é a abertura das sessões clínicas e de serviços universitários para os profissionais, este último visando ao treinamento prático para o desenvolvimento de um determinado procedimento ou intervenção a ser implementada, os quais requerem acompanhamento e avaliação com base em objetivos e metas pré-estabelecidas. O profissional da área clínica deve ser envolvido em todas as fases de implantação e acompanhamento para que haja aprendizado, compromisso, responsabilidade pelos resultados. Esse tipo de trabalho junto aos profissionais tem avançado pouco e uma das grandes dificuldades é a não fixação dos profissionais nesses serviços e a disponibilidade e envolvimento mais permanente da universidade com os serviços de saúde.

A elaboração dos projetos de pesquisa pelos profissionais que participaram dos cursos e sua execução foram considerados como resultados altamente positivos. Esta atividade pode proporcionar crescimento importante dos profissionais, que adquirem mais autonomia e incorporação da metodologia científica na resolução de problemas, crítica na leitura de artigos e interpretação de resultados e de relatórios dos próprios serviços. De outro lado, para os pesquisadores, discutir cada passo do projeto, com base na realidade, é um exercício pedagógico e representa um grande ganho – incorporam-se novos conhecimentos, surgem novas perguntas e, certamente, é uma prática transformadora para sua atuação como pesquisador e como docente da graduação.

Uma limitação, já identificada, foi o não envolvimento efetivo das Pró-Reitorias de Pesquisa e Pós-Graduação e de Extensão. Embora o Núcleo contasse com representantes dessas pró-reitorias, na prática, a identificação de docentes para os cursos e para as pesquisas foi de caráter individual. Os departamentos aos quais esses docentes pertenciam não foram engajados nesse processo, não cumprindo, portanto, um papel importante de envolver a instituição na educação permanente e na pesquisa. Também não contribuiu para reorientação teórica, já que essa atuação é dissociada da definição dos conteúdos das unidades curriculares. Na condução mais recente das atividades do Núcleo, e já com base nessa experiência anterior, foram realizados contatos junto a essas pró-reitorias no sentido de estabelecer um fluxo, possivelmente mais trabalhoso, mais prolongado, porém que favoreça o envolvimento dos docentes institucionalmente.

2. Abordagem pedagógica

Este eixo (Brasil, 2002) também comportava dois vetores – a mudança pedagógica e a integração entre ciclo das ciências biológicas e ciclo profissional. No primeiro vetor propunha-se a utilização de metodologias ativas de ensino – aprendizagem, que apresentem desafios a serem superados pelos estudantes, possibilitando que estes ocupem o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo. Considerando-se a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais da aprendizagem no curso de graduação é o de aprender a aprender. Um outro conceito-chave de um modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, assumindo que o aprendizado acontece de forma dinâmica por intermédio da ação – reflexão – ação. O segundo vetor propunha a integração entre as ciências biológicas e o ciclo clínico, organizando-se módulos interdisciplinares, compostos por problemas relevantes e prevalentes.

Intervenções realizadas – o curso de medicina da Unifesp já estava estruturado em unidades curriculares modulares, entretanto, havia a necessidade de aprimorá-los, avançar na integração básico-clínico e desenvolver o eixo de aproximação progressiva à prática médica. A implementação desse eixo ocorreu com a criação de cinco novos módulos nas 1ª e 2ª séries e aprimoramento de outras quatro unidades curriculares, as quais passaram a atuar em unidades básicas e/ou ampliaram suas atividades nesses serviços – observação da prática médica, introdução às técnicas básicas nos cuidados de saúde, saúde coletiva, educação e comunicação em saúde, suporte básico de vida, primeiros socorros,

atendimento pré-hospitalar ao trauma, psicologia médica I e II e semiologia integrada por ciclos de vida.

Para se atingir os objetivos propostos foram realizados, no período de julho de 2003 a dezembro de 2010, 25 seminários e oficinas que contaram com a participação de profissionais dos serviços, estudantes e professores – aproximadamente 40 a 80 pessoas em cada um desses eventos. Os temas abordados incluíram: integralidade na atenção à saúde, metodologias de ensino-aprendizagem, avaliação de desempenho, de habilidades e atitudes, valorização da docência no serviço, dentre outros contando com a participação de profissionais do Ministério da Saúde e da Educação professores de outras escolas médicas. Devido à abrangência de alguns temas, esses encontros envolveram professores e coordenadores dos demais cursos da área da saúde, buscando fomentar a discussão sobre as diretrizes curriculares, a inserção do estudante no Sistema de Único de Saúde.

Ainda em 2005, foi realizada uma oficina com os servidores da área administrativa da instituição, pois verificava-se que estes apresentavam dificuldades para compreender a nova estrutura do currículo, sua organização por conteúdos (não mais por disciplinas), a avaliação mais complexa e a participação de professores de diferentes disciplinas e departamentos.

Todo esse processo de mudança e discussão em relação à graduação culminou a discussão sobre o ensino de saúde coletiva. A partir de 2006, inicia-se uma assessoria externa junto ao Departamento de Medicina Preventiva, deste processo resulta um novo projeto pedagógico desta área, desenvolvido do primeiro ano até o internato (5ª série). Esse novo projeto estabelece uma continuidade, crescente responsabilização, ampliação das atividades em unidades básicas de saúde, vinculação dos estudantes por serviço e equipe de saúde, articulação com áreas clínicas, além de mudanças nos processos avaliativos.

A estrutura e as divisões rígidas entre o ciclo básico e profissional foi definitivamente rompida. Houve uma significativa implementação do eixo Aproximação à Prática Médica nas 1ª e 2ª séries. Vale ressaltar que além da importância dessas atividades para os alunos, as características multidisciplinares e interdepartamentais desses módulos resultaram num processo de aproximação entre os docentes e desdobramentos para o aprimoramento dos demais módulos que não estavam prioritariamente sendo reformulados, pois favoreceu a compreensão dos docentes quanto à importância das metodologias ativas de ensino – aprendizagem, do desenvolvimento de atividades práticas visando à maior significação de seu aprendizado e, sobretudo, em relação às importantes

mudanças ocorridas no país – a saúde como direito, a atual estrutura do sistema de saúde, suas prioridades, transição epidemiológica.

Nas 3ª e 4ª séries do curso, alguns módulos ainda apresentam excessiva carga teórica e o aprimoramento da avaliação dos alunos, incluindo a formativa e de habilidades e atitudes, tem avançado mais lentamente. Nessas duas séries os estudantes estão divididos em pequenos grupos e há, portanto, muitas possibilidades a serem implementadas, sobretudo no que se refere às atividades práticas e às metodologias ativas de ensino – aprendizagem. Essas mudanças, entretanto, requerem envolvimento e capacitação do docente, portanto, um caminho mais longo a ser trilhado.

No internato, a ampliação de atividades práticas em unidades básicas de saúde, incluindo as grandes áreas clínicas, constitui processo mais difícil. A reformulação do ensino da saúde coletiva, iniciado neste ano de 2007, poderá favorecer mudanças nessa direção. A prova de avaliação de habilidades e atitudes, instituída em 2006 e aplicada no final da 5ª série (primeiro ano do internato), contou com o envolvimento de expressivo número de docentes de diferentes disciplinas e departamentos e seus resultados desdobraram em discussões e reflexões em relação às competências e aos cenários de ensino aprendizagem atualmente utilizados, constituindo, portanto, um elemento facilitador nesse processo.

3. Cenários de práticas

Este eixo (Brasil, 2002) estava composto por dois vetores – atividades práticas em serviços de diferentes níveis de complexidade do SUS e abertura das unidades universitárias para o sistema. As simulações da prática médica futura apontam para a perspectiva da progressiva desospitalização, portanto, os cenários de ensino devem ser diversificados, propondo-se uma interação ativa do estudante com a população e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao estudante a possibilidade de trabalhar sobre problemas, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de competência e autonomia. Um segundo vetor estabelecia, ainda, a necessidade de que os serviços próprios assumissem um papel definido e de maior complexidade, como referência e contra-referência para o SUS.

Intervenções realizadas - na elaboração do Promed/Pró-Saúde Unifesp considerou-se que os serviços universitários, em São Paulo, já têm seu papel definido, há regionalização estabelecida e o Hospital São Paulo (hospital universitário da Unifesp) é um dos serviços universitários, de alta complexidade da

Região Metropolitana de São Paulo. Assim, as ações do Promed/Pró-Saúde Unifesp foram centradas na ampliação dos serviços de atenção básica e secundária a serem utilizados e adequação dos que já faziam parte das atividades, além de definir instrumento jurídico-legal onde este não existia. Dentre esses serviços de saúde, foi incluído o Hospital Vereador Jose Storopoli (Vila Maria), hospital geral no qual são desenvolvidas cerca de 30% das atividades práticas do internato. Para se atingir esse objetivo, além do processo interno à instituição e dos vários momentos integradores entre a universidade e os serviços de saúde, foram destinados recursos para uma maior adequação relacionada ao material permanente, consumo e didático nesses serviços.

Houve efetivamente uma ampliação das atividades práticas nas unidades básicas de saúde e maior articulação com os profissionais dos serviços, processo favorecido por inúmeros momentos de aproximação – Núcleo de Pesquisa e Educação Permanente, cursos, seminários de avaliação das atividades, desenvolvimento de projetos. A vinculação do estudante nas unidades básicas de saúde e a continuidade de sua atuação no decorrer do curso ainda não ocorreram de forma efetiva, dificultando sua inserção com crescente responsabilização. Com relação ao internato, deve-se ressaltar que desde 1994 os estágios de clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, ortopedia e pediatria são desenvolvidos em hospital geral da prefeitura de São Paulo, sob supervisão de docentes e profissionais desse serviço. Este tem sido considerado um dos pontos positivos do internato da Unifesp, antecipando-se à atual proposta de ampliação dos cenários de ensino aprendizagem.

Alguns fatores e especificidades da Unifesp e dos serviços de saúde de uma região metropolitana como São Paulo precisam ser destacados para compreensão da complexidade desse processo. A Unifesp apresenta consolidada atuação na pós-graduação (cerca de 3500 alunos *stricto sensu*), encontra-se em franca expansão (de cinco cursos até 2005, encontra-se hoje com 33 cursos em três áreas – Humanas, Exatas e Saúde) e, paradoxalmente, enfrenta, defasagem salarial, estagnação de contratações para recomposição de seu quadro de recursos humanos, incluindo os profissionais de apoio.

Em relação aos serviços de saúde, merecem destaque as mudanças no município de São Paulo nesse período e sua tardia adesão ao SUS (2001). Outras questões são comuns a outras instituições e serviços – as deficiências históricas de estrutura e recursos humanos, sobretudo na atenção básica, não favorecem o desenvolvimento das atividades. A Constituição garante o direito à saúde e há, portanto, uma mudança na concepção da qualidade dos serviços públicos a serem

oferecidos, o que inclui adequadas condições de área física (pessoas e para os profissionais), recursos humanos, equipamentos. Soma-se a isso a questão do ensino – os estudantes requerem mais espaço (consultórios) com baixa produtividade (e não poderia ser diferente) e são insuficientes os recursos para essa adequação/ampliação condizente com essa necessidade adicional. Iniciativas que possam contribuir para o enfrentamento destas questões certamente poderão modificar e qualificar as atividades de ensino/ assistência desenvolvidas.

Lições apreendidas e perspectivas

O processo de discussão para a elaboração do projeto Promed e do Pró-Saúde mostrou que a ampliação da discussão pode levar a um maior envolvimento docente e integração. Está claro que as mudanças são lentas – processo gradual de envolvimento dos docentes, estudantes e dos serviços de saúde – e que os diferentes contextos devem ser considerados, buscando reconhecer fatores facilitadores para implementação das propostas e as dificuldades, para serem superadas. Avanços numa instituição tão complexa como a Unifesp e em serviços de saúde de uma região metropolitana como São Paulo podem trazer muitas repercussões. A recente experiência com a implantação da prova prática para seleção na Residência Médica desde 2004 e no internato (2006) gerou intensa discussão nos departamentos de áreas clínicas e cirúrgicas e questões como competências, objetivos dos cursos de graduação e adequação dos cenários de ensino-aprendizagens surgiram e estão determinando mudanças mais rapidamente que outros processos já experimentados. Finalmente o Promed e o Pró-Saúde foram fundamentais para manter a questão da graduação em permanente discussão, reforçando o acerto quanto ao modelo adotado do currículo nuclear e da necessidade de contínuo aperfeiçoamento. O aprendizado é constante. O currículo é uma direção, com muitos caminhos possíveis. Ora se apresentam com obstáculos, ora com facilitadores e, sem dúvida, representa uma construção permanente que conta muitos colaboradores.

Referências bibliográficas

1. Almeida MJ de. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 1999.
2. Borges DR, Stella RCR. Avaliação do ensino de Medicina na Universidade Federal de São Paulo. Rev Bras Educ Med 1999; 23: 11-17).

3. Borges DR. Breve história do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. *Folha Médica* 2001; 120: 69-113
4. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior – SESu. Programa de Integração Docente-Assistencial. Brasília (DF), 1981.
5. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº15, em 22 de maio de 1987. Dispõe sobre o Índice de valorização de Desempenho para Hospitais Universitários. Brasília (DF), 1987.
6. Brasil. Constituição Federal. Seção II – Da Saúde. Brasília (DF), 1988a.
7. Brasil Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior – SESu. Informação nº31/88, em 25 de março de 1988b. UNISIS. Brasília (DF), 1988b.
8. Brasil. Poder Executivo. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990.
9. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº001/94. Critério de aplicação do FIDEPS. Brasília (DF), 1994.
10. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências [texto na Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1995 Nov 25 [citado 2007 Mar 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADROS/1995.htm
11. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [texto na Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1996 Dez 23 [citado 2007 Mar 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADRO/1996.htm
12. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital n.º 4/97. Convoca as instituições de ensino superior a apresentarem propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores [texto na Internet]. Brasília (DF). [citado 2007 Mar 30]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>
13. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. II Oficina de Trabalho sobre Inserção dos HUEs no SUS. Brasília (DF), 1999.

14. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [texto na Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2007 Mar 12]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>
15. Brasil. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº610/GM de 26 de março de 2002. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Brasília (DF), 2002.
16. Brasil. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº2101 de 3 de dezembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília (DF), 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 48, de 30 de junho de 2006. Publica a listagem de municípios que fazem jus ao incentivo referente ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e os respectivos valores financeiros, visando à estruturação das unidades de serviço que incorporam atividades de graduação em Medicina, Enfermagem ou Odontologia. Brasília (DF), 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília (DF), 2007.
19. Carvalho O. História da Escola Paulista de Medicina. Rio de Janeiro, Editora Borsoi, 1969, 48 páginas.
20. CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil. Relatório Geral – 1991-1997.
21. Chaves M, Rosa AR. Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez; 1990.
22. Escola Paulista de Medicina: 60 anos de História. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1993, 274 páginas.
23. Marsiglia RG. Relação Ensino – Serviços de Saúde: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
24. Piccini RX, Facchini LA, Santos RC, organizadores. Preparando a transformação da educação médica brasileira: Projeto CINAEM III Fase – Relatório 1999-2000. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2000.

25. Puccini RF, Batista NA, Sampaio LS. A formação médica na Unifesp – excelência técnica e compromisso social. São Paulo: Editora Unifesp, 2008.
26. Silva AM dos S. A universidade no limiar do século XXI. Interface - Comunicação, saúde, educação [periódico na Internet]. 1999 [citado 2007 Mar 12];3(4):11-26. Disponível em:
<http://www.interface.org.br/revista4/ensaio1.pdf>
27. [The Edinburgh Declaration]. Revista Médica de Chile. 1988;116(10):1075-6. Spanish.
28. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. UNESCO. World Declaration on Higher Education for the Twenty-first Century: Vision and Action and Framework for Priority Action for Change and Development in Higher Education, adopted by the World Conference on Higher Education [text on the Internet]. Paris, 9 Oct 1998 [cited 2007 Mar 12]. Available from:
http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=10699&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html