

EDUCAÇÃO MÉDICA EM FOCO MEDICAL EDUCATION ON FOCUS

Maria Valéria Pavan¹, Maria Helena Senger², Waldemar Marques³

Este artigo, tendo como foco de discussão a formação médica, traça o caminho das transformações da educação médica nos Estados Unidos da América (EUA) e seus reflexos no Brasil e culmina nos desdobramentos no Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUCSP (FCMS-PUCSP), campus Sorocaba.

O primeiro destaque a respeito do evoluir da formação médica nos leva às conexões entre o desenvolvimento da ciência e a área médica. O final do século 19 e o século 20 foram marcados pelos grandes avanços da medicina, que ocorreram em concordância com os benefícios do saneamento básico e do desenvolvimento tecnológico.¹ Como exemplos, a valiosa observação da prevenção das infecções através do ato de lavar as mãos, a evolução das lentes, a descoberta dos anestésicos, a prevenção da varíola, o avanço no estudo da anatomia, o desenvolvimento do estetoscópio e muitas outras descobertas que ocorreram neste período. A medicina experimental marca seu grande desenvolvimento pelas descobertas de Claude Bernard, na França, e de Karl Ludwig, na Alemanha, que estabeleceram os princípios da fisiologia experimental, assim como de Louis Pasteur, que com seus estudos em bacteriologia, nas décadas de 1870 e 1880, avança no conhecimento dos agentes causadores das doenças infecciosas e métodos para imunização eficaz contra a raiva, carbúnculo e outras doenças.^{1,2}

Estes avanços da ciência trouxeram o questionamento sobre os métodos de ensino e a prática da medicina utilizados até o início do século 20, principalmente nos países mais desenvolvidos e nos grandes centros. Nos EUA, no final do século 19, havia maneiras muito diversas para se aprender medicina, podendo variar entre ser um aprendiz, seguindo os ensinamentos do seu mestre, frequentar uma escola independente, que poderia ser aberta por qualquer médico que estivesse interessado em ensinar, ou estudar em um sistema universitário. Independentemente da maneira escolhida, o ensino médico era basicamente feito através da leitura.^{1,3} Nas grandes universidades, com o passar dos anos, foi se acrescentando a essa prática, a experiência clínica.

A Universidade da Pensilvânia, fundada em 1765, primeira universidade americana, foi também a primeira a ter faculdade de medicina, aberta na mesma data, seguida pela Faculdade de Medicina da Universidade Columbia, fundada em 1767 e pela Faculdade de Medicina de Harvard, em 1782.⁴ O primeiro hospital para a prática clínica só foi aberto em 1893, na Universidade Johns Hopkins.² Além disso, o tempo de estudo podia se estender de meses a anos e o conteúdo poderia variar entre conhecimentos científicos inovadores ou a medicina baseada na crença popular.^{1,3} Em resumo, mesmo em um país como os EUA, que ao final do século 19 e início do século 20 despontavam como a nação mais rica e desenvolvida, não havia qualquer sistematização do ensino médico.

Em 1904, a *American Medical Association* (AMA) criou o *Council on Medical Education* (CME) com a finalidade de estruturar o ensino médico americano. O CME, por sua vez, encomendou à *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* uma pesquisa para avaliar as reais condições da estrutura do ensino médico nos EUA. A Instituição, então, nomeou Abraham Flexner, um educador, para realizar tal avaliação. Esta foi, provavelmente, a primeira união entre o aspecto avaliativo

de processo da educação formal e o ensino médico de que se tem notícia.^{2,3,5} Ao longo de 18 meses, Flexner visitou 155 escolas de medicina americanas e canadenses para avaliar cinco critérios de qualidade: os critérios de entrada, a quantidade e a formação do corpo docente, o custo, a qualidade dos laboratórios e a disponibilidade de hospital de ensino.³ Em 1910, Flexner finalizou seu relatório e suas constatações tiveram profundo impacto, desencadeando o fechamento de grande parte das instituições de ensino da medicina em atividade, com o desaparecimento das escolas em sistema de aprendiz, assim como das escolas de proprietários particulares, fortalecendo, em contrapartida, o ensino médico vinculado às Universidades.

O relatório Flexner tomou por base o sistema alemão de ensino médico, ou seja, a dedicação integral do docente ao ensino e à pesquisa e o vínculo da escola de medicina ao hospital universitário, privilegiando o ensino prático supervisionado pelo docente. A partir deste relatório foi proposto um modelo curricular para a formação médica em três fases: básica, clínica e profissionalizante. Criaram-se, assim, os departamentos, as especializações, os sistemas de créditos e um sistema de avaliação contínua das escolas.^{2,3,5}

No Brasil, a educação médica tem uma história bastante diferente. No período colonial, o ensino era de responsabilidade dos jesuítas, com a educação voltada para a evangelização e para a formação dos próprios membros da igreja; a formação superior era realizada na Universidade de Coimbra.⁶ Somente a partir de 1808, com a mudança da família real para o Brasil, foram criados cursos e academias que, longe de proporcionar benefícios à população, visava atender às necessidades do Estado. Entre eles, o curso de medicina e cirurgia, criados em hospitais militares, formavam médicos e cirurgiões que serviam à marinha e ao exército.⁶ Para este fim, foram criadas as cadeiras de anatomia no Rio de Janeiro e cirurgia no Rio de Janeiro e Bahia, que em 1832 deram origem às respectivas faculdades, abrangendo o curso médico, cirúrgico, farmácia e obstetrícia.⁶

Entre o final do século 19 e início do século 20, pouco avanço se fez em relação à criação de novas faculdades de medicina no Brasil. Algumas foram abertas, mas não se mantiveram, pois estavam integradas a universidades que, por não apresentarem bases sólidas, acabaram sendo desativadas. As universidades só vieram a ser criadas, de fato, no século 20. Ao final da década de 1930, existiam apenas quatro universidades no país, a Universidade do Rio de Janeiro (1920), a de Minas Gerais (1927), a Universidade Técnica do Rio Grande do Sul, que em 1934 passa a Universidade de Porto Alegre e a Universidade de São Paulo, fundada em 1934, que incorporou a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fundada em 1912.⁶

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 2, p. 39 - 43, 2013

1. Médica e aluna (doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Educação - UNISO Universidade de Sorocaba

2. Professora do Depto. de Medicina e docente do Corpo Permanente do Programa de Estudos Pós-Graduados Educação nas Profissões da Saúde - FCMS/PUC-SP

3. Docente do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação - UNISO Universidade de Sorocaba.

Recebido em 3/6/2013. Aceito para publicação em 4/6/2013.

Contato: mvpavan@globocom

A partir de 1930, o Relatório Flexner passou a ter influência sobre a formação médica no Brasil. A Fundação Rockefeller, patrocinadora da disseminação do modelo Flexner de ensino médico nos EUA e na América Latina, participou ativamente da formação dos sanitaristas e médicos brasileiros, inclusive através de financiamento de estudos nos EUA.⁷ Essa influência também foi marcada pela reformulação da estrutura acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, instituindo as disciplinas pré-clínicas, restringindo o número de vagas para os alunos, estabelecendo o tempo integral do corpo docente, investindo em laboratórios e pesquisa e criando o Hospital das Clínicas, em 1944.^{8,9}

Nesta reformulação, a Fundação Rockefeller buscava implantar um programa de excelência e fazer da Faculdade de Medicina de São Paulo um modelo para a América Latina.^{8,9} A Fundação Rockefeller também patrocinou pesquisas desenvolvidas na Escola Paulista de Medicina, garantindo um alto nível de produção científica e a profissionalização do corpo docente.^{8,9} Além disso, favoreceu a formação da comunidade científica brasileira através de programas de bolsa de estudo para os Estados Unidos e para a Europa.^{8,9} Entre os bolsistas estavam também os membros da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).^{8,9} Entretanto, na imensa maioria das instituições de ensino médico no Brasil não houve mudança no sistema de ensino vigente que se caracterizava, naquela época, pelo regime de cátedras (cadeiras) vitalícias ocupadas por professores contratados por indicação, sem concursos públicos e sem planos de carreira acadêmica. Nessas instituições, como acontecia na maioria das instituições de ensino superior da época, os currículos eram desatualizados e havia falta de incentivo à pesquisa.^{6,10}

Na década de 1960, toma corpo um movimento de insatisfação dos docentes, pesquisadores e estudantes quanto ao regime universitário em vigor no Brasil. Também contribuiu para este movimento a crise gerada pelo excedente de matrículas. Este quadro culminou na reforma universitária promulgada pelo governo militar, em que o modelo americano de universidade é oficialmente imposto.^{10,11} Em decorrência desta reforma universitária foram criados os departamentos. Houve normatização para a carreira docente com incentivo à titulação acadêmica; institucionalizou-se a pós-graduação, o que impulsionou a pesquisa científica no país; criou-se o regime de créditos e o ciclo básico.^{10,11} A partir daí, seguindo as orientações da reforma, o currículo nas faculdades de medicina também foi modificado e sua estrutura dividida em três ciclos: o básico, com duração de três a quatro semestres; o clínico, com duração de quatro a seis semestres, dividido em pediatria, ginecologia e obstetria, clínica médica, cirurgia, propedêutica e demais especialidades e, o último ciclo, o profissionalizante, em regime de internato realizado em hospitais, para o treinamento com supervisão dos docentes, com duração mínima de dois semestres. O ensino deveria ser ministrado por professores, com dedicação em tempo integral e as faculdades de medicina deveriam estar ligadas a um hospital, onde se praticasse o ensino médico.¹² Com a reforma universitária, este modelo de ensino, que já vigorava em outros países, foi difundido e adotado por praticamente todas as faculdades de medicina do Brasil.¹²

Como resultado do modelo proposto por Flexner, o médico educador ganhou o *status* de professor universitário, com dedicação em período integral ao ensino, tendo como missão, garantir o rigor científico na formação médica, com habilidade e conhecimento para promover o ensino da medicina através do estudo teórico e prático em laboratórios, para as áreas básicas; e

em enfermarias, para a assistência. Também cabia a este professor estimular a busca do conhecimento e não apenas perpetuar a repetição de conceitos antigos. O caráter investigativo e a prática profissional deveriam compor o cotidiano do docente. A educação médica deveria promover a formação de um profissional com competência teórica e prática, com capacidade para saber como estudar, mantendo os rigores da ética e do respeito ao doente.²

Neste período, a medicina ganha a perspectiva e o encantamento de revelar o diagnóstico das doenças através dos sinais e sintomas clínicos, mas, além disso, de ser capaz de identificar seus prováveis agentes causadores e propor possíveis tratamentos que fossem eficazes e baseados no conhecimento científico.

A partir da segunda guerra mundial cresceu o interesse na investigação científica com foco nos avanços tecnológicos, havendo maior incentivo financeiro para a pesquisa no campo do conhecimento aplicado.¹³⁻¹⁶

As instituições de ensino superior, diante da necessidade de geração de conhecimento com aplicação prática, passaram a valorizar o pesquisador em detrimento do educador. Os critérios para a seleção dos professores universitários se deslocaram para dar maior importância às publicações em revistas científicas e ao trabalho no campo aplicado. O pesquisador, por sua vez, passa a buscar no cargo ou na função de professor a possibilidade de garantir a atuação no seu campo de interesse da pesquisa e da prática clínica.¹³⁻¹⁶

Sem dúvida alguma os avanços científicos da medicina ao longo dos últimos 100 anos trouxeram grandes benefícios à saúde da população, aumentando a expectativa e a qualidade de vida. Porém, a quantidade do conhecimento produzido levou à fragmentação e às especializações.^{17,18} Tais especializações médicas foram, são e provavelmente continuarão sendo necessárias para manter a produção e o avanço do conhecimento. Entretanto, a tecnologia, o avanço científico e a especialização devem ter contribuído para o afastamento do educador das salas de aula e para o distanciamento na relação professor-aluno e médico-paciente.^{17,18}

Ao contrário do que ocorreu com a pesquisa no campo biotecnológico, a Universidade não tem sido capaz de valorizar, na mesma proporção, a pesquisa social, humana e educacional que garanta a produção do conhecimento na área da formação e da humanização do profissional médico.^{14-16,19,20}

O pacto existente é que o médico faz pesquisa no seu campo de atuação que seja valorizada pela sua classe profissional. Com isso, a pesquisa sobre a sua formação e sobre a sua função como educador tem sido relegada ao segundo plano. Tanto no campo editorial como nos próprios cursos de medicina, as dimensões do ensino e da pesquisa não têm ocupado o mesmo patamar, existindo até uma dissociação destes papéis nos casos mais extremos.^{14-16,19,20}

A partir da década de 1970, no Brasil, somou-se ao quadro descrito previamente, a intensa proliferação de cursos de medicina, principalmente em instituições particulares de educação superior.^{18,21} Grande parte dessas instituições foi criada para atender interesses políticos regionais e/ou meramente para obtenção de prestígio ou rendimentos financeiros sem condições de oferecer curso de qualidade.^{12,21,22} Alguns desses cursos de medicina mantinham as características das escolas médicas do início do século 20.⁶ Nomes reconhecidos da Medicina eram convidados a se tornar professores e assumiam a chefia das “cadeiras”, mas compareciam esporadicamente às instituições, deixando o trabalho de formação dos alunos para seus

“assistentes” que, embora bem intencionados, nem sempre tinham sido preparados para a tarefa.

Nos anos 80, iniciou-se um processo de estímulo à reformulação do ensino médico, não apenas no Brasil. Instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a *American Medical Association* e o *General Medical Council* no Reino Unido, assim como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) discutiram a necessidade de reformulação do ensino médico.^{14,17,18}

Em 1988, a “Declaração de Edimburgo”, promulgada durante a I Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo, Escócia, recomendou que o desenvolvimento da competência profissional na área da saúde estivesse associado à aquisição de valores sociais, culturais e éticos e houvesse promoção de interação entre as escolas médicas e os serviços básicos e comunitários de saúde.²³

Na década de 1980 emergiu no Brasil o programa de Integração Docente Assistencial (IDA), um modelo de ensino-assistência, com foco na reformulação do sistema de saúde definido pelo Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. Este movimento precedeu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), determinada pela constituição de 1988. O programa IDA contava com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), da OMS, da Federação Pan-Americana de Faculdades de Medicina, da ABEM e com financiamento da Fundação Kelloggs.^{17,24} No Estado de São Paulo, o programa contou com a participação de algumas faculdades de medicina, enfermagem, odontologia e saúde pública, chefes de centros de saúde escola, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), diretores do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), secretários de estado, prefeitos e professores de faculdades.^{17,24}

A partir das experiências com o programa IDA, os seus assessores e financiadores criaram o projeto União com a Comunidade (UNI), uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. Este projeto buscava mudanças pedagógicas mais efetivas, com envolvimento multiprofissional e maior participação da comunidade. No Brasil participaram do projeto a Universidade de Londrina, a Faculdade de Medicina de Marília, a Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e a Universidade de Brasília.¹⁷

No final da década de 1980 e início de 1990, o CREMESP e a Associação Paulista de Medicina (APM) iniciaram um movimento para criar um exame de certificação para o exercício profissional com o objetivo de melhorar a qualificação dos profissionais médicos. A ABEM discordava desta proposta de exame ao considerar que o processo de avaliação deveria acontecer ao longo da formação do futuro médico e não contemplar apenas a parte cognitiva, mas todos os aspectos da formação médica. Em 1991, a ABEM criou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), agregando entidades médicas do país, tais como a Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes do Ensino Superior e os Conselhos Regionais de Medicina de São Paulo e do Rio de Janeiro. Essa Comissão assumiu o papel de articular, do ponto de vista técnico e político, um movimento a favor da reforma do ensino médico no Brasil e elaborou um projeto, constituído de três fases, para avaliação do ensino médico no país. Na primeira fase, a

comissão trabalhou com 76 Escolas Médicas do Brasil, com base em informações obtidas através de respostas a um questionário auto-aplicado. Esta fase permitiu identificar os principais problemas das escolas médicas no Brasil, entre eles a estrutura política administrativa centralizadora, a estrutura financeira sem autonomia, os recursos humanos escassos e mal preparados, o modelo educacional inadequado e a falta de expressão de várias instituições com relação ao seu papel na pesquisa e extensão.²⁵

A partir dos dados obtidos na primeira fase e tendo por objetivo a construção de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica, a segunda fase do projeto se caracterizou por um período de ampla discussão e debates com 48 escolas médicas brasileiras, entre elas a FCMS - PUCSP. Os dados obtidos na segunda fase confirmaram aqueles identificados na fase anterior e demonstraram, entre outros achados, “que a formação do docente em termos de pós-graduação estrito senso, bem como o regime de trabalho de 40 horas e de dedicação exclusiva, estiveram associados ao melhor desempenho docente e melhor crescimento cognitivo dos alunos”.²⁵

Na terceira fase do projeto foi planejada uma ação de intervenção participativa, tendo como objetivo a “construção” das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, que permitisse a formação do médico adequado às demandas sociais contemporâneas, isto é, um profissional competente para realizar o exercício do raciocínio clínico, com domínio das técnicas de anamnese, construção da história médica e exame físico, capaz de atender urgências e emergências e problemas comuns das diferentes especialidades médicas, nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, com conhecimento de metodologia e formação científica, com consciência crítica, ética e humanística adequada à incorporação racional de novas tecnologias; um profissional capaz de trabalhar em equipe multidisciplinar, com interesse em contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no local em que trabalha e determinado a participar de atividades regulares de educação continuada.²⁵ Embora a terceira parte do projeto não tenha sido concluída, ele serviu como base para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001, preconizam a formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, que deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, com a atenção integral à saúde.²⁶

Em toda esta trajetória de propostas de mudanças no ensino médico, há uma forte participação da comunidade médica através de instituições diversas. Cumpre também destacar neste processo o papel do poder público. De acordo com a constituição de 1988 compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.²⁷ A lei de implantação do SUS determina que a política de recursos humanos na área de saúde seja formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento a alguns objetivos, entre eles o de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.²⁸ Entretanto, o sistema ainda encontra dificuldades para cumprir este seu papel. A falta de recursos humanos, entre outros obstáculos existentes para o sucesso do SUS, também cria entraves para o adequado funcionamento do sistema.^{18,29} Além disso, o perfil do médico formado pela maioria das faculdades no Brasil, com foco na especialização, não atende às necessidades do SUS, que busca a presença de profissionais com prática multiprofissional e interdisciplinar.²⁹

O Ministério da Saúde, tendo como uma de suas prioridades a atenção básica à saúde, vem utilizando-se de sua prerrogativa para ordenar a formação de recursos humanos para atender o sistema. Entre as suas propostas, em 2002, o Ministério da Saúde, em associação ao Ministério da Educação, criou o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), dirigido às instituições de ensino superior que se dispusessem a adequar a formação do profissional médico para atender às necessidades do SUS, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O PROMED teve como objetivo reorientar a formação dos profissionais de saúde, dos conhecimentos gerados e dos serviços prestados, com atenção especial ao fortalecimento da atenção básica à saúde.³⁰ Para isso, propunha estabelecer protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; deslocar o eixo central do ensino médico para a promoção da saúde com ênfase na atenção básica, ampliar os cenários e duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorecer a adoção de metodologias ativas de ensino centradas nos estudantes.³⁰ Houve grande receptividade ao PROMED, tendo sido apresentadas muitas propostas de reformulação do currículo de medicina.

A partir da boa resposta ao PROMED, em 2005, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) que estendeu o mesmo incentivo a outras áreas da saúde.³¹ Este, desde 2009, associou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que estimula a integração das instituições de ensino superior (IES) da área da Saúde, inclusive médica, com a rede de atenção primária, tendo como participantes docentes (tutores), profissionais da rede SUS (preceptores) e alunos de graduação em projetos específicos de apoio multiprofissional aos programas de atenção à comunidade, atendendo às particularidades e necessidades locais.³² Os tutores, preceptores e alunos monitores recebem bolsa de incentivo do Ministério da Saúde. Este é certamente o programa de maior adesão à política pública de aproximação da escola médica à rede de atenção primária, mesmo em escolas em que o currículo não prevê esta integração. Há hoje, perto de 100.000, alunos de 14 áreas da saúde integrados ao PRÓ-Saúde II/PET-Saúde III.^{31,32}

Diante do exposto, pode-se observar que ao longo dos anos, as reformas do sistema de ensino nos cursos de medicina têm sido em grande parte determinadas externamente, em resposta a ações governamentais, da comunidade médica e da sociedade e não por iniciativa das instituições de ensino médico. Estas têm considerado relevante para a formação médica a sua atuação no ensino e pesquisa no campo biológico e, de maneira geral, não têm assumido o papel de pesquisa na área da educação médica. Não raro têm também se descuidado do seu papel na formação de seu corpo docente, função indispensável para garantir as mudanças necessárias para a boa formação do futuro profissional.

Este amplo processo de debates e mudanças ou, pelo menos, possibilidades de mudanças que envolvem a educação médica no Brasil tem repercussões diversas e significativas no âmbito da unidade de formação médica. Foi neste contexto que o Curso de Medicina de Sorocaba da FCMS - PUC-SP iniciou os estudos para a reformulação do seu currículo e projeto pedagógico. Em 2001 foi nomeada a Comissão de Reforma Curricular, com o objetivo de elaborar o novo projeto pedagógico do Curso de Medicina, atendendo entre outras, a necessidade de formação de um profissional mais comprometido, reiterando o compromisso de “entregar à sociedade médicos ainda mais éticos

e capacitados, capazes de aprender a aprender e de perpetuar a atitude de aceitar desafios”.³³ Com o apoio financeiro do PROMED, a Comissão de Reforma Curricular pode ampliar as discussões dentro da comunidade acadêmica, com a participação de docentes externos que tinham vivido processo semelhante, culminando na formulação da nova proposta pedagógica. O novo projeto foi aprovado em 2005 e iniciado com a turma de 2006. Em 2011, a primeira turma concluiu o curso de medicina da FCMS - PUC-SP sob o novo projeto pedagógico, incorporando as novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina e aderindo amplamente aos programas do Ministério da Saúde de incentivo à integração com a rede básica de saúde.

Concluindo, torna-se necessário que as instituições de ensino médico assumam a responsabilidade do processo de formação do médico em todas as suas etapas e dimensões. Isto destoa das propostas de avaliações ao final do curso, com foco no aprendiz, como tem sido defendido por entidades médicas externas à área acadêmica. Há também a necessidade de se resgatar o vínculo do ensino médico com as ciências humanas, no sentido de explicitar ligações vitais entre as questões da saúde e as condições sociais mais amplas, que envolvem a sociedade brasileira e o ser humano em sua visão integral. O aspecto educativo da formação médica, assim como o sujeito da ação do médico, o próprio ser humano, exige essa aproximação em todas as suas dimensões.

REFERÊNCIAS

1. Cruse JM. History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past. *Am J Med Sci.* 1999; 318:171-80.
2. Baum KD, Axtell S. Trends in North American medical education. *Keio J Med.* 2005; 54:22-8.
3. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching [Internet]. New York: The Carnegie Foundation, 1910 [acesso em 02 jun. 2013]. (Bulletin, 4). Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf.
4. Rutkow IM. Medical education in early 19th century America. *Arch Surg.* 1999; 134:453.
5. Beck AH. The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA.* 2004; 291:2139-40.
6. Cunha LACR. A universidade temporã: o ensino superior, da Colônia à Era Vargas. 3ª ed. São Paulo: UNESP; 2007.
7. Silva LJ. O controle das endemias no Brasil e sua história. *Ciênc Cult.* 2003; 55:44-7.
8. Marinho MGSM. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). *Horizontes.* 2004; 22:151-8.
9. Faria LR. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2002; 9:561-90.
10. Paula MF. A formação universitária no Brasil: concepções e influências. *Avaliação.* 2009; 14:71-84.
11. Martins CB. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educ Soc.* 2009; 30:15-35.
12. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: conseqüências afetivo-emocionais nos estudantes. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33:493-504.
13. Abrahamson S. The dominance of research in staffing of medical schools: time for a change? *Lancet.* 1991; 337:1586-88.
14. Abrahamson S. Time to return medical schools to their primary purpose: education. *Acad Med.* 1996; 71:343-7.
15. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med.* 2006; 28:1339-44.

16. Gonçalves EL. Avaliando o docente. Bol Ponto Vírgula [Internet]. 2002 [acesso em 02 jun. 2013]; 51. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/pv/51/artigo5113.php>.
17. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: HUCITEC; 2002.
18. Lampert JB. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. Gaz Méd Bahia. 2008; 78 (supl 1):31-7.
19. Feuerwerker L. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31:3-4.
20. Costa NMS. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Méd. 2007; 31:21-30.
21. MEC muda regra para abrir escolas. J CFM [Internet]. 2013 [acesso em 22 maio 2013]; (217). Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/132378147/Jornal-CFM-217>.
22. Calderón AI. Universidades mercantis: a institucionalização do mercado universitário em questão. São Paulo Perspec. 2000; 14:61-72.
23. Warren K. World Conference on Medical Education, Edinburgh. Lancet. 1988; 332(8608):464.
24. Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1995.
25. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Transformando a educação médica brasileira: projeto CINAEM: III fase. CINAEM; 1998.
26. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de Setembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Ofic União [Internet]. 2001 [acesso em 22 maio 2013]; Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CE04.pdf>.
27. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Item III do Art. 200. [acesso em 18 maio 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Ofic União [Internet]. 1990 [acesso em 18 maio 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Art. 27.
29. Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS, Rodrigues MP. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2010; 34:172-83.
30. PROMED: lançado programa para mudar currículo de medicina. Informe Saúde [Internet]. 2002 [acesso em 19 maio 2013]; 6(158). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/informes_aude/informe158.pdf.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) [Internet]. Brasília, DF: 2009 [acesso em 19 maio 2013]. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>.
32. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Folder Seminário PET-Saúde Maio 2011 [Internet]. Brasília, DF: PRÓ-Saúde; 2011 [acesso em 19 maio 2013]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>.
33. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Campus Sorocaba. Proposta de alteração do projeto pedagógico do curso de medicina: aprovado pelas instâncias da FCMS [Internet]. Sorocaba; 2009 [acesso em 22 maio 2013]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/arq.php?arquivo=160>.