

Cátia Boulhosa Black

**ENSINO MÉDICO: o Curso de Medicina da Faculdade de
Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP
(1962 – 2012)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Black, Catia Boulhosa

Ensino médico: o curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP (1962-2012)./ Catia Boulhosa Black. São Paulo, 2013.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde.

Orientadora: Regina Maria Giffoni Marsiglia

1. Ensino superior 2. Educação médica 3. Escolas

médicas

Dedico esta dissertação à minha avó, Neuracy Leite Boulhosa, uma mulher exemplar que me inspira por sua força e determinação em não se abater diante dos desafios impostos pela vida.

AGRADECIMENTOS

Concluir essa dissertação representou um desafio. E agora, escrever esse agradecimento aos muitos que de alguma forma contribuíram para seu desenvolvimento representa outro, pelo risco de ser injusta com alguns que por ventura posso esquecer-me de mencionar.

Agradeço à minha orientadora, Prof^ª. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, cuja compreensão e paciência foram fundamentais para a realização dessa dissertação.

À Prof^ª Dra. Maria Cristina da Costa Marques por todas as horas de conversa sobre esse trabalho e tantos outros meandros da vida acadêmica, além da oportunidade única e profundamente enriquecedora de participar de sua disciplina.

Expresso meus sinceros agradecimentos à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por ter viabilizado a realização desse curso, projeto de vida pessoal e profissional. Agradeço especialmente ao Professor Dr. Décio Altimare, Coordenador de Cultura e Extensão e Ouvidor Geral da Faculdade, pelo acesso aos documentos da instituição, pela paciência em me ajudar a compreendê-los, e pela memória incrível que tem sobre os acontecimentos que acompanharam este meio século de existência da Faculdade, que está sendo comemorado neste ano de 2013.

Agradeço também à todos os colegas de Mestrado, em especial aos da Linha de Ensino na Saúde: Tatiana, Fernanda, Henrique, Sandro e Juliana, pelos momentos únicos que a companhia de cada um de vocês me proporcionou.

Em seguida, à minha mãe e melhor mestra, Vera Lúcia Boulhosa Black, sempre um exemplo de força e determinação; alguém cuja presença enriquece cotidianamente minha vida em todos os aspectos e para quem não existem palavras suficientes para explicitar minha gratidão, respeito, e incomensurável amor. Ao meu pai, Edson Bueno Black, que em todos os momentos esteve ao meu lado, agradeço por me ouvir, aconselhar e incentivar, e registro meu enorme respeito, gratidão e amor.

À minha avó, Neuracy Leite Boulhosa, cuja força me inspira, agradeço pelas incontáveis velas e orações nos momentos mais aflitos desse percurso.

À minha irmã, Patrícia Black e ao meu cunhado Luiz Botter, pelo apoio durante todo o trajeto e pelas milhares de “caronas”. Aos meus primos Talita Boulhosa e Cyro de Campos Aranha Pereira, por dividir o dia a dia comigo durante boa parte de minha pesquisa e por trazer ao mundo Letícia Aranha Pereira e as delícias da infância.

Aos meus tios, Lúcia de Castro Machado Boulhosa e Dr. Claudio Joaquim Boulhosa, por mais uma vez me acolherem como uma filha durante essa jornada e pelo contínuo apoio, conselho, consideração e amor. Aos meus tios, Maria Helena Boulhosa Ynone e Itiso Ynone, pela consideração e carinho que sempre tiveram por mim.

Aos queridos Joaquim, Tiano, Yuri, Frederick, Kimi e S.H., pela dedicação altruísta tão fantástica e pela companhia que sempre era capaz de colocar um sorriso em meu rosto.

À todos os meus amigos, pelo apoio incondicional durante esse processo e pelos encontros recheados de risadas.

Por fim, agradeço à minha prima Tatiana Machado Boulhosa, que novamente dividiu não só o quarto, mas sua vida comigo durante mais esse trajeto. Agradeço por sua paciência em ouvir minhas reclamações e inseguranças relativas ao trabalho, pela disposição em ler e reler qualquer texto, pelas discussões sobre meu tema, pelas ideias sugeridas, mas acima de tudo, pela amizade, carinho e amor que tem por mim. Enfim, por ser a pessoa que é e por sempre me inspirar a ser o melhor que posso.

Agradeço à **CAPES**, por ter apoiado o Programa Pró-Ensino e conferido as bolsas para que a proposta se concretizasse, das quais fui uma das beneficiadas.

RESUMO

Introdução - A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), fundada em 1963, com o Curso de Medicina, foi influenciada pelo contexto dos anos 60: discussão da Medicina Integral, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB-MEC,1961). Fundou seu Centro de Saúde Escola em 1968, participou do Programa de Integração Docente Assistencial (MEC-Sesu-OPAS,1981). Vem implantando mudanças estruturais, organizacionais e curriculares preconizadas pela nova LDB (MEC,1996): PDI, PPI, PPC, NDE e Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação das Profissões da Área da Saúde (DCN,2001); implantou os Cursos de Enfermagem e Fonoaudiologia, Programas de Pós- Graduação, incentivo à pesquisa e extensão. Participa das propostas MEC-MS, Pró-Saúde e PET-Saúde, desde 2007. **Objetivo Geral:** analisar a estruturação, desenvolvimento, modelos e tendências do Curso de Medicina. **Específicos:** apresentar o PPC, PPI; discutir a grade curricular do Curso de medicina de 1964-2012; analisar métodos de ensino, instrumentos de avaliação e cumprimento das DCNs. **Métodologia: Pesquisa Bibliográfica:** Ensino Médico no Brasil e na FCMSCSP. **Pesquisa Documental:** Livros de Atas do Conselho de Orientação da FCMSCSP, grades curriculares de 1964-2012, PDI, PPI e PPC. **Entrevistas semi-estruturadas:** com professores do NDE, sobre perfil do formando, princípios da Medicina Integral no curso, metodologias de ensino, avaliação da aprendizagem e cumprimento das DCNs. Projeto aprovado na CEP da instituição, assinatura eletrônica do TCLE pelos entrevistados. **Resultados:** os PPC e PPI foram elaborados conforme as diretrizes do MEC. Constam 5 grades curriculares, com mudanças de carga horária, organizadas por disciplinas e departamentos, exceto nas de 1972 e 1986, organizadas em Unidades Curriculares, para integração horizontal das disciplinas e aprovação dos alunos. Professores do NDE: referem formação de médicos generalistas, manutenção de princípios da Medicina Integral, métodos de ensino e avaliação teórico-práticos tradicionais e cumprimento da maioria das competências e habilidades preconizadas pelas DCNs. **Conclusões:** tem se adaptado às normas preconizadas pelo MEC para estruturação e organização das IES, mudou a grade curricular mais de uma vez, valoriza os aspectos práticos da formação, inclusive fora do hospital, contato dos estudantes com pacientes desde o 1º ano e participa das propostas do MEC-MS, para reorientação da formação. Na opinião dos professores do NDE, princípios da Medicina Integral que influíram na implantação do Curso de Medicina em 1963, permanecem, e a formação atual contempla satisfatoriamente as propostas das DCNs.

Descritores: Ensino Superior; Educação Médica; Escolas Médicas.

Palavras-chave: História da Medicina; Medicina Integral; FCMSCSP.

ABSTRACT

Introduction: The Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), founded in 1963, with the Medical School, was influenced by the context of the 60's: discussion of Integrative Medicine, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB-MEC,1961). Created the Centro de Saúde Escola in 1968, participated on the Programa de Integração Docente Assistencial (MEC-SESu-OPAS,1981). It has been implementing structural, organizational and curricular changes based on the new LDB (MEC,1996): PDI, PPI, PPC, NDE and Diretrizes Curriculares Nacionais for the Undergraduate Courses in Health (DCN, 2001); implemented the Nursing and Phonoaudiology Schools, Post-Graduation Programs, incentive to research and extension. FCMSCSP participates of MEC-MS proposals, Pró-Saúde and PET-Saúde, since 2007. **General Objective:** to analyze the structure, development, models and tendencies of the Medical School. **Specific:** to present the PPC, PPI; to discuss the Medicine Course curriculum from 1964 to 2012; to analyze teaching methods, evaluation instruments and fulfillment of the DCNs. **Methods: Bibliographic Research:** Medical Education in Brazil and at FCMSCSP. **Documentary Research:** Minute Book of the Conselho de Orientação da FCMSCSP, curriculum from 1964 to 2012, PDI, PPI and PPC. **Semi structured Interviews:** with Professors from the NDE, about the profile of the graduating doctors, principles of Integrative Medicine in the Course, teaching methodologies, learning evaluation and fulfillment of the DCNs. The project was approved by the Institution's Ethics Committee and the respondents signed an electronic Term of informed consent. **Results:** the PPC and PPI were elaborated in accordance with MEC's guidelines. There are 5 curricula, with changes in workload, organized by disciplines and departments, except in 1972 and 1986, organized in Curricular Units, for the horizontal integration of disciplines and approval of students. Professors from the NDE: refer formation of general practitioners, maintenance of the principles of Integrative Medicine, traditional teaching methods and theoretical and practical evaluation and accomplishment of most of competences and abilities proposed by the DCNs. **Conclusions:** FCMSCSP has adapted to MEC's rules for structure and organization of Higher Education Institutions, it has changed the curriculum more than once, it values the practical aspects of learning, including outside the hospital, student contact with patients since the first year and participates of MEC-MS' proposals for education reorientation. For the Professors of the NDE, principles of Integrative Medicine that influenced the implementation of the Medical School in 1963 remain, and the current education contemplates successfully the DCNs' proposals.

Descriptors: Higher Education; Medical Education; Medical Schools.

Key-words: History of Medicine; Integrative Medicine; FCMSCSP.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO		15
INTRODUÇÃO	CONTEXTO HISTÓRICO- LEGAL DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL	17
	1. Início do Ensino Superior no Brasil	17
	2. LDB- MEC (1961): Currículo Mínimo	20
	3. LDB- MEC (1996): Diretrizes Curriculares Nacionais	21
	4. Bases Conceituais Para Análise do Ensino-Aprendizagem	29
CAPÍTULO 1	PROPOSTAS PARA O ENSINO MÉDICO	36
	1.1 Medicina Integral: anos 1960	36
	1.2 Programa de Integração Docente Assistencial-IDA (MEC- SESu- OPAS, 1981): anos 1980	38
	1.3 Projetos União com a Comunidade- UNI- Fundação W.K.Kellogg: anos 1990	41
	1.4 Propostas Conjuntas: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. (Brasil- OPAS): PROMED (2002), Pró-Saúde (2005) e PET-Saúde (2007)	43
CAPÍTULO 2	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO	48
	2.1 Fundação em 1963: inovações do Curso de Graduação em Medicina	48
	2.2 Fundação do CSEBR Dr. Alexandre Vranjac: 1968	53
	2.3 Participação da FCMSCSP nas Propostas IDA: PIDA Zona Norte (Município de São Paulo: 1982-1994)	55
	2.4 Participação no Pró-Saúde e PET-Saúde	59
	2.5 Reestruturação da FCMSCSP (2009-2013)	65
	2.5.1 PDI (2009-2013)	65
	2.5.2 PPI (2009)	66
	2.5.3 PPC de Medicina (2011)	69
CAPÍTULO 3	ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA	76
	3.1 Objetivos	76
	3.2 Metodologia: Etapas e Técnicas de Pesquisa	76
CAPÍTULO 4	RESULTADOS E ANÁLISE	81
	4.1 Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP	81
	4.1.1 Grades Curriculares do Curso de Medicina: Tendências ao Longo dessas Cinco Décadas de Existência	98

da FCMSCSP	
4.2 Entrevistas com professores do NDE do Curso de Medicina	103
4.2.1 Opiniões dos professores do NDE sobre:	104
a) Perfil do médico formado;	
b) Princípios da Medicina Integral na formação;	
c) Metodologias de ensino;	
d) Avaliação da aprendizagem.	
4.2.2. Opiniões dos Professores do NDE sobre o cumprimento das DCNs para os Cursos de Graduação em Medicina	110
CONCLUSÕES	119
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	127
Anexo 1 – Competências e habilidades específicas para os Cursos de Graduação em Medicina (Brasil MEC: DCNs para os Cursos de Graduação das Profissões da Área da Saúde, 2001).	127
Anexo 2 – Lista dos trabalhos desenvolvidos no Pró e PET-Saúde da FCMSCSP (2007-20013)	129
Anexo 3 – Roteiro de Entrevista semi- estruturada com professores do NDE	147
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150

Lista de Figuras

Quadro 1 -	Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e ano de Curso em 1964.	82
Quadro 2 -	Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento, ano de Curso e Unidades Curriculares em 1972.	84
Quadro 3 -	Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-1972.	86
Quadro 4 -	Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e ano de Curso em 1986.	88
Quadro 5 -	Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e Ano de Curso em 1992.	90
Quadro 6 -	Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-1992.	92
Quadro 7 -	Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e Ano de Curso em 2011.	94
Quadro 8 -	Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-2011.	96
Gráfico 1 -	Número de disciplinas por ano do Curso de Medicina: FCMSCSP 1964-2011.	99
Gráfico 2 -	Número de disciplinas por Departamento nos cinco currículos.	100
Quadro 9 -	Variação da Carga Horária dos Departamentos nos currículos do Curso de Medicina da FCMSCSP de 1972, 1992 e 2011 (hora/aula).	103
Gráfico 3 -	Opinião dos Professores do NDE sobre perfil do formando, Medicina Integral, metodologias de ensino, avaliação ensino-aprendizagem, no Curso de Medicina da FCMSCSP, 2012.	110
Quadro 10 -	Respostas dos Professores do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Gerais para os Cursos da área da Saúde, no Curso de Medicina da FCMSCSP. 2012.	111
Quadro 11 -	Respostas dos Professores do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Específicas para os Cursos de Medicina, no Curso de Medicina da FCMSCSP .2012.	111
Gráfico 4 -	Respostas do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Gerais para os Cursos da área da Saúde, no Curso de Medicina da FCMSCSP. 2012.	113
Gráfico 5 -	Respostas do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Específicas para os Cursos de Medicina, no Curso de Medicina da FCMSCSP .2012.	118

Lista de Abreviaturas

AB -	Atenção Básica
ABEM -	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP -	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRASCO -	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AMSCSP -	Associação dos Médicos da Santa Casa de São Paulo
AVISA -	Núcleo de Pesquisa, Formação e Educação em Acidentes e Violência
CAC -	Comissão de Acompanhamento de Curso
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cinaem -	Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas de Medicina
COC -	Conselho de Organização Científica
CSCBFeBR -	Centro de Saúde Experimental Barra Funda e Bom Retiro
CSEBF -	Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac
DCN -	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSNSÓ -	Distrito Sanitário Nossa Senhora do Ó
EMA -	Educação Médica nas Américas
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FAVC -	Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho
FCMHSCMSP -	Faculdade de Ciências Médicas dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
FCMSCSP -	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FMUSP -	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IDA -	Integração Docente-Assistencial
IES -	Instituição (ões) de Ensino Superior
ISCMSP -	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
LDB -	Lei de Diretrizes e Bases
MEC -	Ministério da Educação e Cultura
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS -	Ministério da Saúde
NAPP -	Núcleo de Apoio a Projetos Pedagógicos
NDE -	Núcleo Docente Estruturante
NIPED -	Núcleo Interdepartamental de Pesquisas e Estudos sobre o Uso de Drogas, Álcool e Tabaco
OPAS -	Organização Panamericana de Saúde
PAM -	Posto(s) de Atendimento Médico
PDI -	Plano de Desenvolvimento Institucional
PET-Saúde -	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIDA -	Projeto de Integração Docente-Assistencial
PP -	Projeto Pedagógico
PPC -	Projeto Pedagógico do Curso
PPI -	Projeto Pedagógico Institucional
PROMED -	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica
Pró-Saúde -	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF -	Programa Saúde de Família
PUCSP -	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SBPC -	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SESSP -	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SESu -	Secretaria de Ensino Superior
SGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde
SHS-SP -	Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo
SILOS -	Sistemas Locais de Saúde
SMS/SP -	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
STS-Sé -	Supervisão Técnica da Saúde da Sé
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UNE -	União Nacional dos Estudantes
UNI -	“Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: união com a comunidade”
USP -	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento da presente dissertação reflete, em grande parte, a trajetória da autora em sua formação acadêmica, na medida em que responde a considerações acerca das experiências vividas quando da realização do curso de graduação em fisioterapia, pela mestranda, em uma Instituição de Ensino Superior, de caráter privado, - que não tinha como propósito maior a formação de pesquisadores e a formação de docentes. Adicione-se a isso, o início de outra graduação anteriormente, na área de química, em outra Instituição de Ensino Superior, igualmente privada, com as mesmas características: proposta curricular verticalizada e fragmentada; predomínio de aulas expositivas e, principalmente, não incentivo à participação do discente no processo de aprendizagem e muito menos, na produção do conhecimento.

A inscrição no processo de seleção para a Linha de Pesquisa Ensino na Saúde, no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em 2011, com apoio da Capes (Pró-Ensino na Saúde), atendeu à expectativa de refletir sobre as experiências vividas, conhecer outras propostas de formação no ensino superior, preparando-se para futura docência e pesquisa na área de saúde, particularmente nessa linha de pesquisa.

Aprovada, cursou as disciplinas do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, as específicas da Linha de Pesquisa: Ensino Superior, Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem e Avaliação de Processos de Ensino- Aprendizagem. Cumpriu as horas de estágio docente previstas no programa, participou dos Seminários de Pesquisa do Programa de Pós, das orientações, realizando as leituras básicas para compreensão das teorias e autores da área de Educação e da área de Ensino em Saúde.

Assim, depois de muitos ajustes, de idas e vindas pelos meandros da vida acadêmica e da elaboração de seus trabalhos, tal percurso desembocou neste projeto: a busca por sistematizar e analisar a trajetória das propostas de ensino na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), desde sua fundação em 1963 até o momento atual, tendo como marco as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação das Profissões da Área da Saúde (MEC, 2001).

Estudar a trajetória das propostas de ensino na FCMSCSP foi de extrema importância para entender a missão dessa Faculdade e seu processo de formação de médicos. Para atingir o objetivo proposto, foi necessário recorrer, ainda que de forma breve, ao contexto histórico-legal que embasou o desenvolvimento do ensino superior no país, e o contexto do ensino médico nas últimas décadas do século XX, ressaltando a influência das discussões internacionais sobre a formação de médicos e demais profissionais de saúde no Brasil.

A presente dissertação foi organizada em Introdução e quatro Capítulos. Na introdução abordou-se o contexto histórico-legal do Ensino Superior no Brasil e os conceitos da área de Educação sobre Ensino-Aprendizagem, resultantes de Pesquisas Bibliográficas. No Capítulo 1, abordou-se as propostas para o Ensino Médico, a partir da bibliografia referente à área de Educação Médica no Brasil. No Capítulo 2, apresenta-se a história e organização da FCMSCSP, baseadas em Pesquisas Documentais. No Capítulo 3, apresenta-se a organização da pesquisa: objetivos e metodologia empregada. No Capítulo 4, encontram-se os resultados da pesquisa e análise dos dados, tendo por base o referencial teórico da área de Educação e Educação Médica.

INTRODUÇÃO: CONTEXTO HISTÓRICO-LEGAL DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL

1. INÍCIO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL

A data de 1808 marca o início da História do Ensino Superior no Brasil, com a criação do Curso Cirúrgico Médico no antigo Hospital Militar da Bahia, e, da Escola de Anatomia e Cirurgia na cidade do Rio de Janeiro (INEP, 2006), seguindo o modelo de faculdades isoladas. Seu objetivo era formar profissionais necessários para a época e não havia preocupação com a pesquisa ou com a produção e divulgação de novos conhecimentos. Esses, até então, vinham principalmente da Inglaterra e da França, uma vez que Portugal mantinha, há algum tempo, uma relação de dupla dependência com esses países: econômica com a Inglaterra e cultural com a França. A dependência cultural portuguesa para com academia francesa explica também sua influência no Ensino Médico no Brasil, notadamente na importação de seu currículo, desconsiderando-se especificidades locais (MOREIRA, 2010).

A partir de 1832, as instituições que sediavam os cursos de cirurgia foram transformadas em Faculdades de Medicina, com a adoção de normas e programas da Escola Médica de Paris. A influência francesa - que perdurou até o final da Segunda Guerra Mundial, quando passou a prevalecer o modelo norte-americano – aparece também no modelo de prática clínica preconizado à época: amparada no exame físico de inspeção, palpação e ausculta e nos instrumentos de medição, sendo realizado de forma sistemática à cabeceira do paciente (INEP, 2006; MOREIRA, 2010).

Inicialmente, os Cursos de Medicina no Brasil tinham a duração de quatro anos e focavam-se principalmente, no ensino da Anatomia e da Cirurgia. A partir de 1813, a

duração dos cursos passou a ser de cinco anos. Em 1832, já denominadas como Faculdades de Medicina, passaram a ter seis anos de duração e a enfatizar a formação de seus alunos em Ciências Acessórias, o equivalente às Ciências Básicas, além das Ciências Médicas e Cirúrgicas (INEP, 2006).

Nos século XIX e início do século XX, houve inúmeros avanços científicos e descobertas através da prática da pesquisa, a partir da qual também teve início a incorporação do método alemão de pesquisa laboratorial; a chamada medicina “sem doentes”, em oposição ao observacionismo do método francês (MOREIRA, 2010).

O método alemão também influenciou Abraham Flexner que, em 1908, recebeu um convite da *Carnegie Foundation* para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. O estudo surgiu da observação de que vinha aumentando o contingente de Médicos sem preparo adequado, associado à progressiva comercialização do Ensino Médico. O relatório que apresentou os resultados deste estudo, conhecido como Relatório Flexner (1910), propôs um modelo de curso considerado particularmente científico, e foi adotado, no início pelas Escolas dos Estados Unidos e, em seguida, em grande parte das Escolas do mundo (MOREIRA, 2010). De acordo com BECK (2004), podemos entender que o Relatório Flexner representou a primeira avaliação da educação médica no mundo (BECK, 2004).

De maneira geral, Flexner propôs o modelo alemão de educação médica com ensino integrado à pesquisa, a introdução do ensino laboratorial, a docência e a pesquisa em tempo integral, a expansão do ensino clínico - especialmente em hospitais -, a vinculação das escolas médicas às universidades e a ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico (FLEXNER, 1910; MOREIRA, 2010).

Em 1920 surgiu a Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, fruto do agrupamento de faculdades pré-existentes que continuaram, em verdade, a atuar separadamente. Nesse sentido, pode-se dizer que a Universidade do Brasil funcionou como formalidade, já que não conseguiu, em sua prática cotidiana, concretizar o sentido real de uma universidade (MOREIRA, 2010).

Em 1934, foi criada a Universidade de São Paulo (USP). Sua fundação implicou em significativo avanço em relação à Universidade do Brasil, já que a nova instituição se mostrou preocupada com a pesquisa. Seu eixo produtor de conhecimento foi a Faculdade de Filosofia (MOREIRA, 2010).

Este avanço continuou durante toda a década de 1930 e na década seguinte: em 1938, houve a criação da União Nacional dos Estudantes (UNE) e, em 1948, fundou-se a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). São instituições que desempenharam papel significativo na expansão dos debates sobre os traços arcaicos do Ensino Superior no Brasil e na defesa de uma reforma universitária (MOREIRA, 2010).

Na década de 1960, tomou força o movimento de reforma e modernização do Ensino Superior no país, culminando com a Reforma Universitária de 1968, instituída a partir da primeira Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei nº 4.024 de 1961 e da Lei nº 5.540 de 1968 (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008). O Ensino Superior no Brasil, após a Reforma Universitária, e dado o contexto social, político e econômico da Ditadura Militar (1964-1981), expandiu-se predominantemente através do setor privado, com grande ampliação do número de faculdades, inclusive na área de medicina. Passou-se a contar com grande oferta de vagas nesse segmento, implantou-se e desenvolveu-se a Pós-Graduação, ocasionando transformações do modelo de “universidade napoleônica” que predominavam até então, para o “neoprofissional americano”, segundo vários autores (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008; MOREIRA, 2010).

2. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO: LDB (MEC, 1961): CURRÍCULO MÍNIMO

A primeira LDB, Lei nº 4.024 de 1961, definiu como objetivos do Ensino Superior a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, das letras e das artes, e a formação de profissionais de nível universitário. Definiu também os níveis de cursos que poderiam ser ministrados: Graduação, Pós-Graduação e Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão. A LDB de 1961 preconizava ainda a existência de um currículo mínimo para os cursos superiores, aprovado pelo Conselho Federal de Educação, responsável por estabelecer também a duração dos cursos (BRASIL, 1961).

De acordo com o artigo 80 da LDB de 1961, as universidades teriam autonomia didática, administrativa, financeira e disciplinar, exercidas através de seus estatutos; mas essa autonomia era, na realidade, bastante limitada, já que os estatutos tinham que ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1961).

Em relação aos modelos de organização das Instituições de Ensino Superior, a LDB de 1961 estabeleceu distinções entre universidades e estabelecimentos isolados, entre instituições oficiais e particulares. Definiu que as universidades e estabelecimentos isolados oficiais deveriam ser constituídos sob a forma de autarquias ou fundações e que as universidades ou estabelecimento isolados particulares, sob o modelo de fundações ou associações (BRASIL, 1961).

A lei estipulava ainda que os estabelecimentos isolados constituídos sob a forma de fundações deveriam contar com um conselho de curadores cujas funções seriam: aprovar o orçamento anual, fiscalizar sua execução e autorizar atos não previstos no regulamento do estabelecimento. Além disso, para os estabelecimentos isolados,

preconizava que a competência do Conselho Universitário em grau de recurso seria exercida pelos Conselhos Estaduais de Educação ou pelo Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1961).

A LDB de 1961 não foi, porém, o único marco da Reforma Universitária na década de 1960. Para a área da Medicina, nessa época cresceu a discussão sobre os rumos da formação médica em todo o mundo, e no Brasil, essa discussão foi intensamente difundida pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), fundada em 1962, por um grupo de docentes, majoritariamente catedráticos de área clínica e de cadeiras básicas. Tais docentes vinham acompanhando e participando do debate internacional sobre as modificações necessárias para a formação médica (STELLA & ROSSETTO, 2012).

Nas décadas de 1960 e 1970, a atuação da ABEM estimulou importantes modificações na formação de médicos, entre elas: a implantação do internato no último ano dos cursos de medicina com sistema de rodízio em quatro áreas básicas; a residência médica como Pós-Graduação; Educação Permanente para docentes e implantação de Departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina (STELLA & ROSSETTO, 2012).

3. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO- LDB (MEC, 1996): DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A reforma atual da educação superior teve início com a implantação da nova LDB da Educação Nacional de 1996, que revogou a primeira LDB (Lei nº 4.024/61), de 1961 e a Lei nº 5.540, de 1968, considerando a Reforma Universitária dos anos 60, que deveria ter contido o processo expansionista privado impulsionado pelas leis dos anos

60. A LDB de 1996 propôs-se a instituir um sistema diversificado e diferenciado por meio de mecanismos de acesso, da organização acadêmica e dos cursos ofertados (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008).

A aprovação da nova Constituição, em 1988, consolidou a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão (art. 207) e estabeleceu os parâmetros para a elaboração de uma nova LDB; em 1988 já tramitava no Congresso Nacional o processo da nova LDB. O projeto foi apresentado pelo Deputado Federal Otávio Elízio (PSDB/MG) tendo como relator Jorge Hage (PDT/BA). O texto foi aprovado na Câmara dos Deputados em 13 de setembro de 1993, depois de receber 1.263 emendas. O relator no Senado Federal, Cid Sabóia (PMDB/CE), deu seu parecer e a Comissão de Educação do Senado aprovou o então Projeto de Lei 101/93 no dia 20 de novembro de 1994¹.

A versão final da LDB foi aprovada após oito anos de tramitação parlamentar: dificuldades relacionadas a imprecisões terminológicas e a postulações de grupos interessados em alterar aspectos específicos da lei, levaram a várias mudanças em seu corpo legal nos últimos dez anos. Foram vinte e quatro alterações legais (somente uma no Ensino Superior); um acréscimo legal na Educação Básica; uma regulamentação por lei – transferência *ex-officio* (Ensino Superior) e dez regulamentações por decreto, das quais cinco referem-se ao Ensino Superior. De maneira geral, 24% do texto original foi alterado (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008; FARIAS, 2010).

¹ Após a aprovação desse Projeto de Lei (PL), o senador Darcy Ribeiro apresentou um substitutivo ao projeto, alegando inconstitucionalidade de inúmeros artigos. O Presidente do Senado, José Sarney, decidiu retomar a tramitação dos três projetos: o antigo PL 101/93 da Câmara, o parecer de Cid Sabóia aprovado pela Comissão de Educação e o substitutivo de Darcy Ribeiro. Este último foi designado para atuar como relator. No dia 14 de fevereiro de 1996 foi aprovado no plenário do Senado o Parecer nº 30/96, de Darcy Ribeiro. A Lei 9.394/96 foi promulgada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, com data de 20 de dezembro de 1996, e foi publicada no *Diário Oficial* em 23 de dezembro de 1996. (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008; FARIAS, 2010).

A LDB de 1996 reestruturou e reformulou os diferentes níveis e modalidades da educação. Entretanto, embora tenha gerado impacto tanto sobre a Educação Superior, quanto sobre a Educação Básica enquanto lei nacional, enquanto lei específica, sua maior repercussão se deu em relação ao Ensino Superior. Isto ocorreu porque foi possível uma grande expansão desse nível de ensino, dada a flexibilidade da lei. Pode-se dizer, portanto, que a Reforma Universitária atual da Educação Superior teve início com a implantação da LDB de 1996. (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008; FARIAS, 2010).

Para o Ensino Superior, a LDB criou os Cursos Sequenciais e os Centros Universitários, substituiu o vestibular por processos seletivos, acabou com os currículos mínimos e os flexibilizou, instituiu a figura das universidades especializadas por campo do saber, criou Cursos de Tecnologia e os Institutos Superiores de Educação, implantou Centros de Educação Tecnológica, passou a exigir o mínimo de um terço de professores com titulação de Mestrado ou Doutorado, para que as instituições fossem reconhecidas como Universidades, entre outras alterações (BITTAR, OLIVEIRA e MOROSINI, 2008; FARIAS, 2010).

A LDB de 1996, baseada na nova ordem da Constituição, suscitou a oportunidade de reformulação dos critérios da formação superior e possibilitou a fomentação do processo de discussão que levaria à criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), em substituição ao currículo mínimo vigente (FERREIRA & CAMPOS, 2012). Tal processo teve início em dezembro de 1997 e foi iniciado pela SESu (Secretaria de Ensino Superior) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), através do Edital nº 4, de 4 de dezembro de 1997 (STELLA & ROSSETTO, 2012).

As Instituições de Ensino Superior (IES) foram incentivadas a enviar propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, que

consequentemente serviram como base para as discussões das Comissões de Especialistas de Ensino em cada área. A ABEM articulou-se com a Rede Unida (Rede de Projetos UNI e IDA), fundada em 1995, de caráter interprofissional e voltada para a discussão da formação das várias profissões da área da saúde. Ambas contribuíram de forma relevante para processo de construção das DCNs, dada sua importância política e relevância técnico-científica na área de formação, segundo STELLA & ROSSETTO (2012).

O Edital sobre as DCNs estimulava a inovação, mas algumas comissões insistiam em uma concepção linear, o que levou os professores diretores/coordenadores de Cursos de Medicina, no decorrer do XXXVII Congresso Anual da ABEM, em outubro de 1999, a considerar a proposta dos especialistas muito “conservadora” e elaborar um relatório de análise crítica da proposta (STELLA & ROSSETTO, 2012).

A ABEM, a Rede Unida² e a Cinaem³ encaminharam sugestões para a proposta das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina em fevereiro de 2000, solicitando reunião com a comissão de especialistas. Obtiveram resposta favorável do SESu/MEC, e incluiu-se a discussão conjunta das propostas da Rede Unida e da Cinaem (STELLA & ROSSETTO, 2012).

A fase de elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da área da saúde se encerrou em agosto de 2001, com a apresentação em

² O primeiro documento político que propôs diretrizes para Medicina, Enfermagem e todas as outras áreas da saúde foi o documento da Rede Unida, publicado em maio de 1998, na Revista Olho Mágico, e que subsidiou os debates. Nas diretrizes atuais, foram incorporadas praticamente todas as contribuições da Rede Unida (BARBIERI, 2006).

³ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem): programa nacional de avaliação criado em 1991 por interesse das escolas médicas do país que teve como objetivos estudar o ensino, os currículos e a gestão das faculdades de Medicina, suas relações com a comunidade, com o SUS – Sistema Único de Saúde e serviços estatais de saúde, bem como desempenho docente e discente. O processo de avaliação, gestado por comissão nacional e interinstitucional, envolvia todas as escolas médicas do país em procedimentos que incluíam um diagnóstico do conjunto das escolas do país, de seus docentes e discentes o qual era devolvido às escolas com sugestões de melhoria. Estratégias e planejamento estratégico faziam parte dos procedimentos sugeridos pela CINAEM. Esta comissão foi desarticulada quando o Provão passou a ser o principal avaliador das escolas médicas (MOROSINI, 2006: 470 e 471).

audiência pública das propostas gerais de Diretrizes Curriculares de Cursos de Graduação da Área da Saúde. As DCNs específicas para os cursos de graduação em Medicina foram aprovadas e homologadas em 7 de novembro de 2001, pelo Conselho Nacional de Educação do MEC. (STELLA & ROSSETTO, 2012; LAMPERT, 2012).

As DCNs propõem, dentre outras diretrizes, a diversificação de cenários de aprendizagem para que a formação não se limite a algumas disciplinas, alguns docentes e ao esforço individual do aluno após as aulas; a reorientação para a Atenção Básica; a integração entre os diversos cursos da saúde e a atuação em equipes multiprofissionais, fazendo com que os docentes e as escolas busquem uma atuação baseada na integralidade, resolutividade e melhor relação custo/benefício (GARCIA & DA SILVA, 2011; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

As DCNs específicas para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação médica; perspectivas a serem consideradas na organização, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina (PPC). Nas DCNs, o perfil do formando do Curso de Medicina é descrito como: (ALMEIDA, 2005)

um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (ALMEIDA, 2005, p.1 e 2).

As DCNs estabeleceram seis competências e habilidades gerais, comuns aos quatorze Cursos de Graduação da Área da Saúde⁴ e vinte e duas específicas para os Cursos de Graduação em Medicina. De acordo com essas competências, a formação do

⁴ A saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Veterinária.

médico deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe (ALMEIDA, 2005).

Competências e habilidades gerais para os Cursos de Graduação da área da saúde são (ALMEIDA, 2005: 02 e 03):

I. **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II. **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III. **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. A comunicação envolve comunicação

verbal, a não verbal e as habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV. **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V. **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI. **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

As **competências e habilidades específicas** para os Cursos de Graduação de Medicina estão detalhadas no Anexo 1.

As DCNs também exigem a construção de Projetos Pedagógicos (PP) e PPCs flexíveis e ações condizentes: desde sua homologação, as escolas vêm buscando atender aos princípios delas decorrentes, assessorando-se para revisão e construção de seus PPs

(LAMPERT, 2012). O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação deve expressar os principais parâmetros para a ação educativa e, em conjunto com o Projeto Pedagógico Institucional (PPI), fundamentar a gestão acadêmica, pedagógica e administrativa de cada curso. O PPC deve ser construído através de processos de planejamento participativo, com representantes da administração, dos corpos docente e discente, de ex-alunos, de funcionários e da comunidade. O PPC deve seguir as orientações das DCNs, que, apesar de serem flexíveis, apontam posturas que devem ser fundamentalmente adotadas em todas as instituições de ensino do país (ForGRAD, 2000; ForGRAD, 2002).

Para que seja possível construir os planos de ensino, o PPC é um documento de fundamental importância, e, deve ser transformado em ações, seguidas de um processo avaliativo capaz de acompanhar e apontar ajustes e correções (LAMPERT, 2012). Segundo ALMEIDA (2005):

As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural (ALMEIDA, 2005, p.06).

A participação dos docentes na construção do PPC é extremamente importante, já que esse documento irá nortear na IES, todas as funções e atividades no exercício da docência. (RANALI & LOMBARDO, 2006).

As influências das DCNs apareceram claramente em diferentes iniciativas conjuntas do Ministério da Saúde (MS) e do MEC, tais como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica (PROMED), elaborado em 2002; o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciado

em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), iniciado em 2009 (MARANHÃO, GOMES & SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

4. BASES CONCEITUAIS PARA ANÁLISE DO ENSINO NA FCMSCSP

CONCEPÇÕES SOBRE CURRÍCULO

O currículo deve ser um instrumento capaz de conferir ordem ao processo de formação. Desta forma, o currículo escolar deve ser um plano de ensino que organize no tempo e no espaço inúmeras áreas do conhecimento, através de uma grade de disciplinas. Além disso, deve possuir uma conotação de contexto, considerando sua inserção social, ou seja, deve mencionar os objetivos institucionais do processo de formação. Nesse sentido, de acordo com MAIA, (2004):

É por intermédio do currículo que a escola coloca em prática todo o seu ideário educacional. O currículo viabiliza a execução do processo educacional, conferindo-lhe referências teórico-metodológicas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação. É por intermédio do currículo que se articulam a teoria e a prática, a epistemologia e a didática, as necessidades sociais e uma proposta de formação e, portanto, a sociedade e a academia (MAIA, 2004, p.104 e 105).

Atualmente existem inúmeros modelos de currículos, sendo os mais comuns: currículos com estrutura linear, em rede e nucleares. Os currículos com estrutura linear organizam as disciplinas de modo linear ao longo dos períodos e utilizam-se da lógica interna dos conteúdos. Os currículos em rede, por sua vez, configuram-se ao redor da estratégia de integração entre conteúdos, estabelecendo a lógica das situações, no processo de estudo e de organização curricular, permitindo uma inter-relação entre os conteúdos básicos e profissionais. Os currículos nucleares surgem como uma tentativa de se alcançar um equilíbrio entre os conteúdos e as estratégias de aprendizagem,

opondo-se à homogeneização da formação, sendo que nesse modelo, um conjunto de conteúdos é apresentado aos estudantes ao mesmo tempo em que esses devem integralizar um determinado número de créditos em atividades eletivas (MAIA, 2004).

Ao pensarmos a respeito do currículo, é importante lembrar, como diz MAIA (2004, p. 112) que: “o currículo não ocorre obrigatoriamente, no cotidiano, da maneira como foi concebido”. Nesse sentido, devemos mencionar essa outra divisão: entre o “currículo planejado”, o “currículo não-planejado” e o “currículo oculto”. No “currículo planejado” está o caminho que a Instituição oferece ao estudante, através do conjunto de experiências previamente incluídas no processo de formação. No “currículo não-planejado” estão as experiências de formação vividas pelos alunos, mas que eles buscam espontaneamente, tanto no âmbito da própria Instituição quanto fora dela. No “currículo oculto” estão incluídos normas e valores que são transmitidas pela instituição de maneira implícita, assim como também estão inseridos os efeitos das inter-relações humanas (MAIA, 2004).

Atualmente, tem prevalecido o currículo baseado em competências, como proposto pela LDB de 1996 e pelas DCNs de 2001. Sua elaboração parte do perfil desejado de egresso para cada curso de Graduação. Em relação ao Curso de Medicina, as DCNs enumeram seis competências e habilidades gerais e vinte e duas específicas que os futuros Médicos devem adquirir durante sua formação (ALMEIDA, 2005; MAIA, 2004).

CONCEPÇÕES SOBRE METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

De acordo com a literatura atual sobre Ensino-Aprendizagem, prevalece o entendimento de que é um processo de construção, no qual o aluno edifica suas relações

através da interação com outros alunos, professores, fóruns de discussão, pesquisadores e outras instâncias (ANASTASIOU, 2006; FREIRE, 1996; SONZOGNO, 2004; ZEFERINO e PASSERI, 2007).

No contexto do Ensino-Aprendizagem, atualmente são reconhecidas três aprendizagens básicas: 1) aprender a conhecer, o que exige assimilação, interpretação do conteúdo e raciocínio para aplicar esse conhecimento à prática do indivíduo; 2) aprender a fazer, o que exige do estudante a habilidade de colocar em prática seu conhecimento, saber aplicar esse conhecimento à realidade da profissão e 3) aprender a ser, o que tem como objetivo principal desenvolver no estudante atitudes e condutas adequadas a sua profissão, estimulando o pensamento autônomo e crítico sobre o conhecimento adquirido e as evidências científicas encontradas (ZEFERINO & PASSERI, 2007).

As metodologias tradicionais de Ensino-Aprendizagem baseiam-se, basicamente, na assimilação ou retenção de informações, ou seja, na reprodução do conhecimento. Nesse modelo os docentes assumem um papel de transmissores de conteúdos e os discentes devem reter e repetir esses conteúdos, sem a necessária crítica e reflexão (SONZOGNO, 2004; MITRE et al, 2008).

Nas metodologias de Ensino-Aprendizagem devem favorecer um “aprender significativo” e para isso, devem apresentar algumas características, apontadas por SONZOGNO (2004), tais como: a) metodologias diversificadas, em que as dimensões inter e intrassubjetiva sejam contempladas; b) conteúdos que possam representar o acesso a conhecimentos relevantes; c) possibilidade de desenvolver propostas que invistam na contextualização da aprendizagem e d) valorização do grupo como espaço que fortalece a aprendizagem (SONZOGNO, 2004).

Desta forma, pode-se dizer que a aprendizagem significativa e efetiva, envolve três domínios básicos: cognitivo, psicomotor e afetivo. De forma integrada, estes três domínios podem ser denominados de competências na aprendizagem, sendo que esta deve estar voltada para a formação ampla do profissional (SONZOGNO, 2004).

Fazem parte das metodologias de Ensino-Aprendizagem as estratégias usadas pelos docentes no processo de formação dos alunos: tais estratégias podem derivar da metodologia tradicional ou de metodologias mais modernas. Entre as estratégias de ensino, podemos citar: aula expositiva, aula expositiva dialogada, estudo de texto, portfólio, tempestade cerebral, mapa conceitual, estudo dirigido, solução de problemas, dramatização, seminário, estudo de caso, fórum, oficina, levantamentos em grupo e dinâmicas grupais (ANASTASIOU, 2006; SONZOGNO, 2004).

No contexto das metodologias atuais, encontram-se as metodologias consideradas ativas no Ensino-Aprendizagem, alicerçadas no princípio da autonomia. De acordo com MITRE et al (2008), nas metodologias ativas:

o ato de aprender deve ser um processo reconstrutivo, que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações/reconstruções e contribuindo para sua utilização em diferentes situações (MITRE et al, 2008, p. 2136).

Nas metodologias ativas de Ensino-Aprendizagem, o estudante necessita assumir um papel ativo, buscando conhecimentos relevantes sobre os problemas e os objetivos da aprendizagem, tendo assim, que se “descondicionar” da atitude de mero receptor de conteúdos (MITRE et al, 2008). No rol das metodologias ativas, destacam-se a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

A Problematização fundamenta-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire. É também uma das manifestações do construtivismo, marcada pela dimensão política da educação, comprometida com uma visão crítica da relação educação e sociedade, e teve início em 1980 (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004). Baseia-se na detecção de

problemas reais e na busca por soluções originais, tendo como eixo básico de orientação do processo a relação ação-reflexão-ação e, como meta, “o desenvolvimento da consciência crítica (...), e responde à essência de ser da consciência, que é a sua intencionalidade” (BERBEL, 1999, p. 24).

No ensino pela Problematização, utiliza-se o diagrama denominado Método do Arco, desenvolvido por Charles Maguerez, apoiado em cinco etapas: observação da realidade (problema) → pontos-chave → teorização → hipóteses de solução → aplicação à realidade. Este Arco, ao ser completado, possibilita ao estudante exercitar a dialética de ação-reflexão-ação, sempre tendo como ponto de partida a realidade social. A Problematização pode ser aplicada no planejamento curricular, no planejamento de um curso, de uma disciplina apenas, e mesmo em determinados temas, dentro de uma disciplina (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004; MITRE et al, 2008).

A proposta de ABP se iniciou na Universidade do Havaí, em 1980, buscando um currículo orientado para os problemas, definindo a maneira como os estudantes aprendiam e quais habilidades cognitivas e afetivas deveriam ser adquiridas e fundamentou-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire, seguindo os princípios do materialismo histórico-dialético e o construtivismo (MITRE et al, 2008).

A ABP parte do pressuposto de uma reestruturação curricular e tem como objetivo a integração de disciplinas tendo em vista a prática, exigindo alterações estruturais e trabalho integrado dos diversos departamentos e disciplinas que fazem parte do currículo do curso. É organizada através de temas de estudo, que são transformados em problemas que devem ser discutidos em grupos tutoriais. Nesses grupos tutoriais, em um primeiro momento, o tutor apresenta o problema para os alunos, que o discutem. Ainda nesse primeiro momento, são levantadas hipóteses para explicar o problema e são traçados objetivos para melhor entendê-lo. Em um segundo momento,

realiza-se uma nova discussão para síntese e aplicação do novo conhecimento (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004).

CONCEPÇÕES SOBRE AVALIAÇÃO DO ENSINO-APRENDIZAGEM

O conceito de avaliação pode ter diferentes significados. De acordo com TYLER (1974):

[...] o processo de avaliação consiste essencialmente em determinar em que medida os objetos educacionais estão sendo alcançados pelo programa do currículo e do ensino. Como os objetos educacionais são essencialmente mudanças em seres humanos, a avaliação é o processo mediante o qual se determina o grau em que essas mudanças de comportamento estão realmente ocorrendo (TYLER, 1974, p. 99)

A partir da concepção de Tyler, considera-se que a avaliação deve ser um processo desenvolvido simultaneamente ao processo de aprendizagem. Acrescenta-se a essa definição, a concepção de SANT'ANNA (1995) sobre avaliação, como um processo para aquilatar mudanças:

avaliação é um processo pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar as modificações de comportamento e rendimento do aluno, do educador, do sistema, confirmando se a construção do conhecimento se processou, seja ele teórico (mental) ou prático (SANT'ANNA, 1995, p. 31)

Podemos perceber que apesar das diferentes definições de avaliação, um ponto comum entre elas é a necessidade da avaliação ser um processo contínuo de coleta de dados e fornecimento de informações sobre o desenvolvimento do Ensino-Aprendizagem. De acordo com BLOOM (1983), a avaliação pode ser classificada em três modalidades: avaliação diagnóstica; avaliação formativa e; avaliação somativa (MARTINS, 2000):

a) a avaliação diagnóstica é aplicada no início (permitindo localizar o aluno e o ponto de partida ideal) ou no transcorrer de um curso ou assunto novo (fornecendo informações que permitem identificar as causas de distúrbios de aprendizagem). De modo geral, seu objetivo é verificar se os alunos possuem certos pré-requisitos, em termos de conhecimento e habilidades necessários para a nova aprendizagem (MARTINS, 2000);

b) a avaliação formativa é aplicada no transcorrer do processo de aprendizagem para verificar se os alunos estão progredindo em relação aos objetivos de ensino estabelecidos, devendo ocorrer frequentemente. Esta modalidade de avaliação oferece informações que possibilitam a modificação no ensino ou a revisão das informações que oferecem dificuldades aos alunos (MARTINS, 2000);

c) a avaliação somativa é aplicada para classificar os alunos ao final de um determinado período de desenvolvimento do processo de Ensino-Aprendizagem e deve levar em consideração todos os níveis de aproveitamento obtidos. De modo geral, seu objetivo é realizar uma avaliação bastante geral e os resultados são expressos por notas ou conceitos (MARTINS, 2000).

Portanto, pode-se concluir que a avaliação deve ser um processo, presente antes, durante e ao final do processo de Ensino-Aprendizagem: deve ser realizado através dessas três modalidades, diagnóstica, formativa e somativa, conjugadas entre si com o intuito de propiciar oportunidades aos estudantes, mantendo a eficácia e a eficiência do próprio sistema de avaliação (MARTINS, 2000).

CAPÍTULO 1: PROPOSTAS PARA O ENSINO MÉDICO

1.1 MEDICINA INTEGRAL: ANOS 1960

A Medicina Integral surge nos anos 1960, das discussões sobre o Ensino Médico nos Estados Unidos, questionando a conduta fragmentada e o privilégio das especialidades médicas em detrimento de uma apreensão das necessidades mais abrangentes dos pacientes. Além de fragmentário, este modelo também era visto como reducionista, pois deixava de lado as condições psicológicas e sociais dos pacientes, ressaltando as dimensões exclusivamente biológicas. A Medicina Integral constituiu um movimento que passou a criticar os currículos de base flexneriana, divididos nos dois ciclos: básico, marcado pela aprendizagem das ciências básicas, e profissional, centrado na prática clínica. Na sequência das discussões apareceram propostas de reformas curriculares que objetivavam a formação de Médicos “menos reducionistas e fragmentários”; ou seja, que fossem capazes de atender às necessidades dos pacientes, de modo integral (MATTOS, 2003).

As propostas de reforma curricular da Medicina Integral organizaram-se ao redor de dois eixos básicos (MATTOS, 2003):

De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a aceção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro lado, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes. E lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam menos plasmados pelos recortes das especialidades. (MATTOS, 2003, p.45)

Deste modo, a integralidade estaria relacionada com a boa prática médica e a um tipo de atitude desejável nos Médicos, desenvolvida durante sua formação. No Brasil, a Medicina Integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento aos princípios defendidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva nas Escolas de Medicina, nos anos 1960, o que também propiciou uma renovação teórica. Durante os anos 1970, do ponto de vista teórico, passou-se a considerar as práticas em saúde como práticas sociais, e o eixo de interpretação da Medicina Integral, foi se configurando, considerando-se o comportamento dos médicos não mais como resultado exclusivo de suas experiências nas Escolas Médicas, mas também de suas inserções no mercado de trabalho e das considerações objetivas de atenção às necessidades de saúde da população, decorrentes de políticas e dos sistemas de saúde estruturados nos países (MATTOS, 2003).

Em consonância com essa nova visão, no início dos anos 1980, foi celebrado um Acordo entre a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social, conhecido como Acordo OPS/MS/MEC/MPAS⁵, com objetivo de:

aperfeiçoar os processos e mecanismos de integração docente-assistencial na formação de recursos humanos para a saúde, desenvolvendo sistemas formais de capacitação que compreendam redes de serviços de ensino e de assistência médico-sanitária (BRASIL, 1981, p.12).

O Acordo OPS/MS/MEC/MPAS apontou questões que levaram a Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC), a definir o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), como um programa integrado, horizontal, resultante da colaboração de todos os grupos setoriais dentro da Coordenação de Ciências da Saúde, SESu/MEC (BRASIL, 1981).

⁵ MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social.

1.2 PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL- IDA (MEC-SESu-OPAS, 1981): ANOS 1980

O Programa IDA, com o assessoramento do grupo que compunha o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, foi responsável pela promoção e desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial, a serem executados por escolas ou centros de ciência da saúde estaduais (BRASIL, 1981). O conceito do Programa IDA pode ser assim resumido:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimento e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981, p.32).

Os objetivos gerais do Programa IDA eram: estimular o desenvolvimento de projetos que situassem a formação dos profissionais da área da saúde na realidade regional e nacional e os objetivos específicos eram: a) apoiar as iniciativas governamentais no setor de saúde que propiciem o desenvolvimento de sistemas regionalizados e hierarquizados, estimulando a criação de Distritos Docente-Assistenciais; b) em cooperação com outros setores do MEC, estimular a implementação de mudanças curriculares que decorrerão, naturalmente, das necessidades educacionais criadas com a racionalização dos serviços de saúde e c) promover as atividades de pesquisa voltadas para o interesse da comunidade (BRASIL, 1981).

Pesquisa de MARSIGLIA (1995), a convite da Secretaria Executiva da Rede de Projetos de IDA-Brasil (1992), apontou a existência de cinquenta experiências no país,

77,7% delas em Universidades Públicas e 19,5% em privadas, com predomínio de Cursos de Medicina e Enfermagem.

Além do incentivo dos Ministérios, a ABEM, nas décadas de 1980 e 1990, também desempenhou um papel importante na discussão do Ensino Médico, participando de três iniciativas (STELLA & ROSSETTO, 2012):

- Projeto de Reforma da Educação Médica: visando estimular e assessorar as Faculdades de Medicina na reformulação dos currículos;
- Projeto Educação Médica nas Américas (EMA): tendo em vista analisar a situação da educação médica nas Américas, identificar os problemas e formular possíveis soluções através de um plano de médio prazo para o desenvolvimento da Educação Médica.
- Constituição da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas de Medicina (Cinaem, 1991): para realizar uma avaliação dos cursos de Medicina, que induzisse a transformação da escola médica, em direção a uma formação profissional adequada e comprometida com as demandas sociais.

Também teve influencia nas mudanças curriculares propostas para o Ensino Médico, no Brasil e internacionalmente, a Declaração de Edimburgo, elaborada a partir da Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1988, em Edimburgo, na Escócia. Essa Declaração propôs que os Ministérios da Saúde e Educação e os serviços de saúde deveriam colaborar para que os projetos de formação médica se articulassem com os serviços de atenção à saúde, houvesse a formação de um número de médicos de acordo com as necessidades da sociedade, treinamento para o trabalho em equipe com outros profissionais de saúde, definição de responsabilidades e alocação de recursos para a educação médica continuada (WALTON, 1999; MARTINS, 2008).

A Declaração de Edimburgo enfatizou princípios gerais para a formação médica, com várias propostas para as escolas médicas, entre elas: a) ampliar os ambientes em que os programas educacionais são realizados, para incluir todos os recursos de assistência à saúde da comunidade e não apenas os hospitais; b) garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do país e a disponibilidade de recursos; c) garantir a continuidade do aprendizado durante a vida, mudando de uma ênfase nos métodos passivos para um aprendizado mais ativo, incluindo estudo independente e métodos tutoriais; d) criar tanto currículos como sistemas de avaliação dos alunos para atingir tanto a competência profissional como valores sociais e não apenas a retenção de informações; e) promover treinamento dos professores como educadores e não apenas como especialistas em determinados conteúdos e considerar a excelência educacional tão importante quanto a excelência na área da pesquisa biomédica ou na prática clínica; f) complementar o treinamento no tratamento de pacientes, incluindo grande ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças; g) procurar a integração entre a formação nas ciências com a formação na prática, utilizando também a solução de problemas como base para o aprendizado nos cenários clínicos e na comunidade e; h) empregar métodos de seleção de estudantes de medicina que não incluam apenas a capacidade intelectual e o desempenho acadêmico, mas que incluam também qualidades pessoais (WALTON, 1999; MARTINS, 2008).

1.3 PROJETOS UNIÃO COM A COMUNIDADE- UNI (FUNDAÇÃO W.K.KELLOGG): ANOS 1990

No início da década de 1990, a Fundação W. K. Kellogg convidou universidades da área da Saúde para participar dos Projetos UNI – “*Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*”, com ativa participação da *Associação Brasileira Rede Unida* (Rede Unida) (KISIL & CHAVES, 1994).

A Rede Unida, criada em 1985, por um grupo de docentes, pesquisadores e profissionais da saúde com o intuito de aprimorar a qualificação da educação profissional em saúde e, com o apoio da fundação W. K. Kellogg, buscava transformar o modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção da saúde⁶. Reuniu projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal ideia da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, em uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos (BARBIERI, 2006; REDE UNIDA, 2012).

O objetivo geral dessa programação da Fundação W. K. Kellogg para o setor saúde era contribuir para a organização de um sistema de saúde comunitário mais coordenado, eficiente e eficaz, integrado e integral, acessível a todos; que respondesse às suas necessidades. Para que essa meta fosse alcançada, exigia-se o uso de várias

⁶ A mobilização para criar a Rede aconteceu em conjunto com outras entidades, como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). O médico e odontólogo Dr. Mário M. Chaves foi convidado pela Fundação Kellogg para desenvolver o projeto, e a Secretaria Executiva da Rede ficou sob a responsabilidade de Edison José Corrêa, Roseni Rosângela de Sena e Victor Hugo de Melo, com sede em Belo Horizonte (BARBIERI, 2006; REDE UNIDA, 2012).

estratégias simultâneas de programação, dentre as quais: o desenvolvimento de modelos de serviços locais de saúde e de modelos de formação de recursos humanos para operar esses sistemas de saúde (KISIL & CHAVES, 1994).

Os Projetos UNI, idealizados pela Fundação Kellogg, foram implantados pela Rede Unida, após estudos que identificaram como principal debilidade dos Projetos IDA a ausência de participação da comunidade; a limitação dos Projetos a alguns segmentos das universidades e a dificuldade em proporcionar alterações significativas na estrutura curricular das faculdades (KISIL & CHAVES, 1994).

Os principais objetivos do programa UNI foram: a) estimular e apoiar os movimentos de progressos sincrônicos na educação, na prestação de serviço de saúde e na comunidade; b) criar modelos passíveis de replicação, referentes a esses três campos, compartilhados através de um mecanismo de rede dos projetos que componham.

Para que tais objetivos fossem alcançados, propôs o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, com universalidade de cobertura, integralidade das ações, efetividade, eficiência e ampla utilização como campo de ensino para as profissões de saúde; a implantação e desenvolvimento de modelos de atenção à saúde e de formação de profissionais da área, nos quais a participação da comunidade fosse dada de forma permanente; e, o aperfeiçoamento dos processos e mecanismos de integração docente-assistencial na formação de recursos humanos para a saúde (KISIL & CHAVES, 1994).

O Programa UNI deveria ser constituído por três componentes: 1) **universidade** – cujo papel deveria ser o de mentor do projeto, com atividades de ensino, serviço e investigação, estruturação de um modelo pedagógico que incluísse a participação da comunidade; 2) **serviços** - o setor público por intermédio dos sistemas de saúde, e dos sistemas locais de saúde (SILOS); 3) **comunidade** – o conjunto de instituições (KISIL & CHAVES, 1994).

1.4 PROPOSTAS CONJUNTAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. (BRASIL- OPAS): PROMED (2002), PRÓ-SAÚDE (2005) E PET-SAÚDE (2007)

O PROMED foi instituído a partir da Portaria Interministerial nº610, de março de 2002 e surgiu como uma proposta de um sistema de incentivos às IES que se disponham a adequar a formação profissional de seus graduandos às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou inovar o processo formativo do médico, propondo que os programas de graduação deixassem de centrar a formação na assistência individual prestada em unidades hospitalares e passassem a centrá-la em um processo sintonizado com o SUS, particularmente com a atenção básica, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população (BRASIL, 2002; MS/MEC/SPS/SESu, 2002).

O PROMED apresentou como objetivos: a) inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro; b) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; c) incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde; d) ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e; e) favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com a Portaria Interministerial nº610, de março de 2002, poderiam participar do PROMED⁷ cursos de medicina legalmente reconhecidos, oferecidos por IES legalmente credenciadas pelo MEC. Para poder participar do PROMED, as IES deveriam encaminhar seus Projetos de Inovação Curricular e de Práticas de Ensino ao MS, de acordo com os termos de referência divulgados no Edital do PROMED (BRASIL, 2002; MS/MEC/SPS/SESu, 2002).

De acordo com dito Edital,

a construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, configurados como princípios norteadores do movimento de mudança. Tal movimento deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (MS/MEC/SPS/SESu, 2002, p.04).

O Pró-Saúde, voltado para os Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Seu objetivo geral é a integração ensino-serviço, tendo em vista a necessidade de incentivos em transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença. Inicialmente, foram escolhidos os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia por serem os Cursos de Graduação das profissões que integram o Programa de Saúde da Família (PSF). Mas, em 2007, o Programa foi estendido à formação dos demais profissionais de saúde (BRASIL, 2005 e BRASIL, 2007b).

O Pró-Saúde tem como objetivos específicos: a) reorientar o processo de formação dos profissionais de saúde, visando responder às necessidades da população

⁷ Em 2002, a FCMSCSP elaborou uma proposta para implantar o PROMED. Tal proposta não foi concretizada, mas parte das mudanças elencadas acabou por influenciar a elaboração do PPI da FCMSCSP, em 2009.

brasileira e à operacionalização do SUS; b) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas; c) incorporar, no processo de formação da Área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contrarreferência e; d) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2007b).

De acordo com a publicação do MS e do MEC sobre o Pró-Saúde, com sua implantação busca-se:

intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo da formação, centrado na assistência individual, prestada em unidades especializadas, por um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população (BRASIL, 2007,p.14).

Foram propostos três eixos para o desenvolvimento do programa, cada um deles com três vetores específicos, de acordo com os quais as IES deveriam elaborar seus projetos (BRASIL, 2005 e BRASIL, 2007b):

- Eixo 1, Orientação Teórica; Vetores: determinantes de saúde e doença; pesquisa ajustada à realidade local; educação permanente.
- Eixo 2, Cenários de Prática; Vetores: integração ensino-serviço; utilização dos diversos níveis de atenção; integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde.
- Eixo 3, Orientação Pedagógica; Vetores: integração básico-clínica; análise crítica dos serviços; aprendizagem ativa.

O PET-Saúde, foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, e tem como pressuposto a educação pelo trabalho. Destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. Disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de Graduação e de Pós-Graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a inserção

das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2010b e BRASIL, 2011b).

De acordo com Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009 e com a Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, o PET-Saúde tem como objetivos: a) possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; b) estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo MEC; c) desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; d) contribuir para a implantação das DCNs dos cursos de graduação da área da saúde; e) contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país; f) sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; g) induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e h) fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde (BRASIL, 2009 e BRASIL, 2010b).

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por: um tutor acadêmico; trinta estudantes (doze estudantes monitores que recebem bolsas e seis preceptores). No PET-Saúde/Vigilância em Saúde cada grupo é formado por: um tutor acadêmico, oito

estudantes monitores e dois preceptores. No PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, cada grupo é formado por: um tutor, três preceptores e doze estudantes (BRASIL, 2011b).

Na análise de FERREIRA & CAMPOS (2012), estes três programas encontram-se profundamente relacionados com as DCNs, orientados para a perspectiva de reforma do Ensino Médico, já que incorporaram os avanços da metade do século anterior, incluindo inúmeras inovações estratégicas e metodológicas e serviram de guia para uma nova configuração do projeto pedagógico na expansão de inúmeras escolas, e na indução à reorientação dos programas em curso. Para esses autores, as DCNs têm a possibilidade de continuar desempenhando um papel de extrema importância desde que se possa mantê-las como um processo em contínuo desenvolvimento, utilizando as evidências de suas próprias avaliações e permitindo a equidade do atendimento proposto pelo SUS, através da garantia da qualidade da formação médica e de sua prática, e também de uma distribuição adequada dos profissionais em todo o país. Outros estudiosos da formação Médica consideram também que:

a aplicação das DCNs permitirá substantivos avanços na educação médica, na medida em que a formação de recursos humanos para a saúde deve ser tratada em uma perspectiva de médio e longo prazo, visando sua formação tanto inicial como continuada (MARANHÃO, GOMES & SIQUEIRA-BATISTA, 2012,p.84).

A FCMSCSP, fundada na década de 1960, acompanhou as mudanças pelas quais passou a estrutura do Ensino Superior no Brasil e as propostas para a Reforma do Ensino Médico. No próximo Capítulo, são apresentados os objetivos, a trajetória e o envolvimento da FCMSCSP com as propostas de mudança na formação Médica e dos demais profissionais de saúde, nestes últimos 50 anos.

CAPÍTULO 2: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Para entendermos a trajetória da FCMSCSP não podemos deixar de percorrer os acontecimentos da época, já que ela foi fundada em um momento peculiar do Ensino Médico e da realidade social e política do país, quando havia uma crescente discussão sobre os rumos da educação médica e da Medicina Integral. Dessa forma, nesse capítulo pretendemos descrever essa trajetória, destacando os projetos dos quais a Faculdade participou e detalhando os atuais Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), Projeto Pedagógico Institucional (PPI) e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina. Vale lembrar que embora os cursos de Graduação em Enfermagem e em Fonoaudiologia tenham se iniciado, respectivamente, em 2001 e 2002, este trabalho foca-se apenas no curso de Graduação em Medicina que, neste ano de 2013, completa 50 anos de existência.

2.1 FUNDAÇÃO EM 1963: INOVAÇÕES NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Entre 1912 e 1913, o Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) foi o primeiro local de prática de futuros Médicos e Cirurgiões no Estado de São Paulo, através de estágios oferecidos aos alunos da recém fundada Faculdade de Medicina de São Paulo. Esse processo perdurou até 1948, quando foi totalmente implantado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e os alunos dessa Faculdade passaram a

desenvolver toda a parte prática do curso no novo hospital (FCMSCSP-WEBSITE, 2012).

Também, desde 1933, os alunos da Escola Paulista de Medicina realizaram seus estágios de internato no Hospital Central da ISCMSP, enquanto aguardavam a edificação das instalações da Escola na Vila Clementino e a construção do Hospital São Paulo, cuja conclusão ocorreu na década de 1950 (FCMSCSP-WEBSITE, 2012; GUIBU, 1986).

O Hospital Central da ISCMSP passou, então, por um período sem ter estudantes, durante o qual cresceu a discussão sobre a necessidade de haver Ensino Médico na Santa Casa. Em 1949, começou a circular o “Boletim da Santa Casa”, em que eram publicados artigos de médicos pertencentes ou não ao corpo clínico do Hospital. Alguns defendiam a ideia de que a Santa Casa deveria ser transformada em centro de ensino. Inicialmente, os maiores defensores dessa corrente foram os Doutores Paulo de Almeida Toledo e Oscar Monteiro de Barros. Como docente da FMUSP e membro do Conselho Técnico da Santa Casa, Doutor Osmar Monteiro de Barros escreveu um artigo no “Boletim da Santa Casa”, em 1949, defendendo como finalidade do hospital a assistência ao doente e a participação no Ensino Médico (GUIBU, 1986).

A partir daí, a ideia de uma Instituição própria para o Ensino Médico no Hospital Central da ISCMSP ganhou adeptos no corpo clínico do Hospital e na Mesa Administrativa da ISCMSP. Contudo, para que pudesse ser criada a Faculdade, eram necessárias adaptações no Hospital Central da ISCMSP, de forma a torná-lo de alto-padrão: criação ou reforma de laboratório de análise e pesquisas; equipamentos modernos de cirurgia; serviço especializado de anestesia; atelier de desenho e fotografia; biblioteca e revista científica própria (GUIBU, 1986).

No final de 1951 foi criado o serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central e, em maio de 1954, foi autorizada a publicação da “Revista Arquivos do Hospital da Santa Casa de São Paulo”, cuja primeira publicação data de dezembro desse mesmo ano. Ainda na década de 1950, houve a ampliação do Curso de Auxiliares de Enfermagem na Escola São José, ligada a ISCMSP e estudos sobre a possibilidade da criação de um curso de Enfermagem de nível superior. Tal curso teve início em 1959, o que contribuiu para a melhoria do padrão de atendimento da Santa Casa. Considerando-se ainda o processo de adaptações para a criação da Escola Médica, em 1954, foi inaugurada a Biblioteca “Dr. Augusto Meirelles Reis” (GUIBU, 1986).

Em 20 de abril de 1956, os médicos do Hospital, através do Conselho Técnico da Santa Casa, enviaram documento à Mesa Administrativa da ISCMSP (Ata de 20/04/56, l.36 p. 169) justificando a necessidade e a oportunidade de se instituir o Ensino Médico na Santa Casa. Em 20 de junho de 1956 a Mesa Administrativa aprovou a criação de uma Escola de Especialização Médica e uma Faculdade de Medicina e apontou a necessidade da organização de uma comissão designada pela Mesa, pelo Conselho Técnico e pela Diretoria Clínica, com o intuito de angariar fundos e promover as adaptações e organização dos espaços (GUIBU, 1986).

A Associação dos Médicos da Santa Casa de São Paulo (AMSCSP), criada em 1961, visava congregar os médicos para regularizar seus direitos e pressionar a ISCMSP para a instalação da Faculdade. Um dos principais articuladores da criação da FCMSCSP, Doutor Emílio Athie, foi escolhido como presidente da Associação e propôs a realização do 1º Congresso das Santas Casas do Estado de São Paulo (GUIBU, 1986).

Ele e outros médicos ligados a esse processo visitaram Faculdades de Medicina da Europa e dos Estados Unidos e organizaram discussões sobre o Ensino Médico, nas quais se estudaram regulamentos de escolas médicas da Inglaterra, da Suécia e dos

Estados Unidos. Nesse momento começaram a aparecer, nas discussões, princípios da Medicina Integral, com muitos dos médicos acreditando que uma Escola Médica funcionaria melhor em uma estrutura de Departamentos, que agregariam disciplinas afins e seriam mais dinâmicos e autônomos do que as cátedras vitalícias (GUIBU, 1986).

Em 12 de outubro de 1962, foi criada a Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho (FAVC), aprovada a criação da Faculdade de Ciências Médicas dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMHSCMSP) e a instalação do curso de Graduação em Medicina (GUIBU, 1986; FCMSCSP, 1962). A FAVC constituiu um Conselho de Orientação Científica (COC) em 1962, cuja responsabilidade foi organizar e dirigir a FCMHSCMSP. Em sua primeira reunião, o COC discutiu o currículo para o 1º ano do Curso de Graduação em Medicina, que teria seu início em 1963 (GUIBU, 1986).

Nas discussões do COC sobre o currículo, já despontava a necessidade dos alunos frequentarem as enfermarias e terem contato com pacientes logo no primeiro ano de curso, através das aulas de Enfermagem e Propedêutica. Assim, a FCMSCSP, desde sua criação, já introduziu no currículo o conceito de Medicina Integral e a necessidade de integração entre o ciclo básico e o ciclo clínico. As disciplinas foram agregadas inicialmente em dezoito Departamentos, que logo foram reduzidos para nove (GUIBU, 1986; FCMSCSP, 1962): Morfologia, Ciências Fisiológicas, Ciências Patológicas e Medicina Social (Básicos) e Cirurgia, Medicina, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Puericultura, Psiquiatria e Psicologia Médica (Clínicos).

Foram criadas também Disciplinas isoladas, que não se inseriram em Departamentos. Essas Disciplinas foram chamadas de Cursos Especiais e distribuídas ao longo dos vários anos do Curso: Cultura Geral, História da Medicina, Matemática,

Medicina Legal, Administração Hospitalar e Enfermagem Prática⁸ (GUIBU, 1986; FCMSCSP, 1962).

A primeira aula da FCMHSCMSP foi ministrada em 27 de maio de 1963, pelo Professor de Psicologia Darcy Uchoa e a aula inaugural solene foi ministrada neste mesmo dia, às nove horas da noite, por Pedro Calmon, Reitor da Universidade do Brasil (GUIBU, 1986).

Com o passar do tempo, a nova Faculdade reforçou sua estrutura, com a criação da Comissão de Ensino e Programa, que discutiu a organização das disciplinas ao longo dos seis anos do Curso (GUIBU, 1986).

O reconhecimento oficial da FCMHSCMSP aconteceu através do Decreto Federal nº 62.344, de 4 de janeiro de 1968, publicado no *Diário Oficial da União* no dia 8 janeiro de 1968. Após algum tempo de seu reconhecimento, o nome da escola passou a ser Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) (GUIBU, 1986).

A FCMSCSP apresentou como uma de suas características mais importantes a implantação do aprendizado em todos os níveis de atenção, com objetivo principal de formar médicos generalistas, de acordo com a realidade brasileira. Para isso, discutia-se a organização do currículo a partir de um grande eixo, a concepção do homem global (ser biopsicossocial), que é um dos pilares da Medicina Integral (GUIBU, 1986). Ao longo dos anos, embora o currículo da FCMSCSP tenha sofrido modificações, as características iniciais do Curso foram mantidas⁹.

⁸ De acordo com o Livro de Registros das aulas de Noções de Enfermagem, essa disciplina era denominada “Administração Hospitalar e Enfermagem Prática”, porém a partir de 1967 aparece também o termo “Noções de Primeiros Socorros” e, a partir de 1969, aparecem os termos “Noções de Enfermagem” e “Socorros de Urgência” (FCMSCSP. Livro de Registro das Aulas de Noções de Enfermagem, páginas 3,5 e 10).

⁹ Na década de 1970, os Cursos Especiais foram incorporados aos vários Departamentos existentes – a Disciplina Noções de Enfermagem, por exemplo, passou a fazer parte do Departamento de Clínica – e os Cursos de Matemática e de Cultura Geral foram extintos (GUIBU, 1986).

Em 1969 teve início a Residência Médica na FCMSCSP, credenciada junto à Comissão Nacional de Residência Médica em 1981. Em 1976, teve início o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* com o Curso de Cirurgia de Aparelho Digestivo e o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho. Em 1981, foi criado o Curso de Especialização em Saúde Pública (FCMSCSP-WEBSITE, 2012).

Desde sua fundação, pensava-se FCMSCSP sobre a possibilidade do ensino ocorrer também fora das salas de aula e do hospital e, a partir de 1968 implantou-se no curso de Medicina uma experiência de “ensino extramuros”, como foi denominada posteriormente: isto é, o ensino fora do Hospital, com participação extensa do Departamento de Medicina Social. Um fator que, segundo GUIBU (1986), contribuiu para a realização de tais experiências é que a FCMSCSP ao constituir-se como uma Instituição Isolada, teve facilidade para desenvolver contatos com outras Instituições. Nas experiências extramuros, os alunos e residentes passaram a utilizar os serviços públicos para seu aprendizado: duas iniciativas importantes de ensino extramuros na FCMSCSP foram o Centro de Saúde Experimental Barra Funda e Bom Retiro (CSEBF_eBR), atualmente Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac (CSEBF), e o Projeto de Integração Docente-Assistencial (PIDA), de 1982 a 1994 (GUIBU, 1986).

2.2 FUNDAÇÃO DO CSEBF DR. ALEXANDRE VRANJAC: 1968

Na década de 1960 emergiam discussões sobre as políticas de educação médica e políticas de saúde que, articuladas entre si, possibilitaram o surgimento dos Centros de Saúde Escola, um serviço ligado à formação de recursos humanos em saúde, responsável por ações sanitárias de base comunitária. Tal serviço foi viabilizado através

de convênios entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) e IES. Posteriormente, expandiu-se a área de atuação do CSEBF, incluindo-se o Distrito do Bom Retiro, denominando-se CSEBF_{BR} (CARNEIRO JUNIOR et al., 2012).

O CSEBF adotava alguns princípios básicos, no que se refere as atividades de ensino e treinamento, que visavam a manutenção do equilíbrio entre as necessidades da população e as necessidades de ensino e treinamento. De acordo com MERCADANTE (1971), tais princípios eram:

- 1º) nenhuma programação de atividades é feita somente para o ensino; portanto, o treinamento e o ensino devem estar sempre em função destas necessidades;
- 2º) exigem-se condições de continuidade a qualquer trabalho desenvolvido na comunidade, tanto pelos próprios alunos e docentes, ou então posteriormente, pela equipe de saúde;
- 3º) limita-se a experimentação científica do CSE ao campo da Saúde Pública, sendo a primeira prioridade, as pesquisas operacionais (MERCADANTE, 1971,p.54).

A população de sua área de abrangência era composta pelos moradores (Barra Funda e, posteriormente, também do Bom Retiro) e uma das primeiras iniciativas do CSEBF foi a realização de um “censo da população”, em 1968, reconhecendo-se assim, seu perfil demográfico, social e sanitário que permitiu o planejamento e a organização do serviço e das ações a serem realizadas, seguindo o modelo assistencial da Programação em Saúde, com grande ênfase na Medicina Integral (CARNEIRO JUNIOR et al., 2012; ISCMSP-WEBSITE, 2012).

Na década de 1970 foi realizado o cadastramento das famílias da área através do uso de prontuários “ficha família” e a capacitação de visitantes sanitários, para acompanhamento das famílias e realização de ações sanitárias no território. Na década de 1980, realizou novo “censo” dos estabelecimentos da região e cadastrou os trabalhadores dessas empresas também. Na década de 1990, com a implantação do SUS apareceu a necessidade de uma reorganização do CSEBF, gerando uma nova orientação

tecnossistencial que favorecesse a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, especialmente de grupos de população em situação de vulnerabilidade social, como população em situação de rua, imigrantes sem documentação e profissionais do sexo. Na década de 2000, o serviço no CSEBF já havia se tornado referência na organização da atenção à saúde para grupos populacionais vulneráveis que vivem em áreas centrais e incorporou em 2001 a modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF), reforçando a experiência anterior de prontuários família e de visitas domiciliares (CARNEIRO JUNIOR et al., 2012).

Em homenagem a um dos primeiros diretores do serviço, médico sanitário e professor da FCMSCSP, o nome CSEBF foi alterado para Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac e é uma unidade da estrutura assistencial da ISCMSP (CARNEIRO JUNIOR et al., 2012). Pode ser definido como:

uma unidade de saúde pública de atenção primária. É responsável por ações médico-sanitárias voltadas à população da sua área de abrangência e está articulada ao restante da rede pública de serviços de saúde. Tem também como objetivos o desenvolvimento de pesquisas que visem à formulação de tecnologias de atenção primária em saúde e a capacitação de recursos humanos em saúde (ISCMSP-WEBSITE, 2012).

2.3 PARTICIPAÇÃO DA FCMSCSP NAS PROPOSTAS IDA: PIDA ZONA NORTE (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:1982-1994)

A proposta de IDA teve boa aceitação na FCMSCSP, indo de encontro às ideias do Departamento de Medicina Social, o qual, em 1982, definiu que a melhor área para se articular com a FCMSCSP, na perspectiva de IDA, era a região norte da cidade, especialmente a área correspondente ao Distrito Sanitário Nossa Senhora do Ó (DSNSÓ), dada a demanda importante de pacientes residentes nessa região, para os serviços oferecidos pelo Hospital Central da ISCMSP (GUIBU, 1986).

Uma reunião entre técnicos do DSNSÓ com a equipe do Centro de Saúde Escola Barra Funda e os professores do Departamento de Medicina Social, discutiu a proposta da então Secretaria de Higiene e Saúde de São Paulo (SHS/SP) de expandir as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deveriam funcionar como “porta de entrada” de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde. A primeira tarefa conjunta entre a FCMSCSP e a então Secretaria de Higiene e Saúde para o desenvolvimento de uma proposta de trabalho articulando o CSEBR e a UBS do Bom Retiro, com apoio do DSNSÓ, deu-se no sentido de localizar terrenos para novas UBSs e substituição de alguns Centros de Saúde (GUIBU, 1986).

Vale lembrar que, desde 1980, mesmo sem a existência de um convênio formal, os residentes da área de Medicina Social começaram a estagiar nos vários postos de saúde dessa área. Em 1982 foi celebrado um Acordo de Cooperação entre a Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo (SHS-SP), a ISCMSP e a FCMSCSP para iniciar a implantação do PIDA na área do DSNSÓ. Através desse acordo, a SHS-SP disponibilizou para a FCMSCSP os Postos de Atendimento Médico (PAM) dessa área, como eram denominados os serviços de atenção básica da prefeitura nessa época, com o intuito de servirem como campo de prática e pesquisa para alunos, residentes e docentes da Faculdade. Por sua vez, a Faculdade deveria responsabilizar-se pela supervisão dos estagiários, pela implantação de cursos de reciclagem ou de atualização para os profissionais da área e pelo início de estudos para que o Hospital Central da ISCMSP servisse de retaguarda para o atendimento dos casos mais graves atendidos nos Centros e Postos de Saúde da área de abrangência do DSNSÓ. Nesse mesmo ano, alunos do sexto ano da FCMSCSP, no estágio de Internato, no rodízio de Saúde Pública, e os residentes de Medicina Social, começaram a inserir-se nos PAMs da SHS/SP (GUIBU, 1986).

Em 1984 firmou-se um convênio entre a SESSP, SHS-SP, ISCMSP e FCMSCSP. A Faculdade assumiu formalmente o PIDA - Zona Norte, comprometendo-se a trabalhar pela melhoria do nível de saúde da população, implantando para tanto, algumas mudanças no funcionamento e na estrutura dessas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Oferecendo retaguarda especializada à população do PIDA-NSÓ, o Hospital Central da ISCMSP passou a receber pacientes encaminhados pelos profissionais da rede básica de saúde dessa região norte do Município, evitando duplicar serviços e agilizando o atendimento nos níveis mais complexos de atenção (GUIBU, 1986).

A Faculdade passou a disponibilizar professores para o PIDA, tendo como função supervisionar alunos de graduação e residentes nas Unidades Básicas, oferecer cursos de capacitação e estágios aos profissionais de UBS, o Departamento de Medicina Social desenvolveu maior participação no PIDA-NSÓ, mas também contou-se com a participação dos Departamentos de Pediatria e de Psiquiatria e de alguns docentes das áreas clínicas e contou-se com um pequeno apoio financeiro da OPAS. (GUIBU, 1986).

Foram criados Grupos de Trabalho para planejar, executar e avaliar as propostas do PIDA - Zona Norte: tais grupos eram compostos por profissionais e docentes de todas as instituições envolvidas, pela Comissão Executiva do Projeto e pelos demais Serviços de Saúde, aos quais cada elemento estava ligado (GUIBU, 1986).

Em fevereiro de 1985 a SESSP e a ABEM promoveram um Encontro Estadual das experiências de IDA, no qual foi apresentado um relatório de avaliação do PIDA-NSÓ. Ainda em 1985, profissionais dos serviços da área e alguns docentes da FCMSCSP participaram de reuniões com grupos da população da região, com o intuito de discutir questões ligadas à saúde, tanto para a melhoria dos serviços de saúde, quanto para que a população e os funcionários participassem das decisões sobre os programas a serem desenvolvidos (GUIBU, 1986).

O PIDA – Zona Norte possibilitou estágios não somente para os alunos e residentes da FCMSCSP e ISCMSP, mas também para alunos dos Cursos de Serviço Social, Fonoaudiologia e Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), que desempenhou a função de Instituição de Ensino Interveniente, a partir de 1985. O PIDA Zona Norte desenvolveu-se até 1994, quando foi suspenso em virtude das mudanças políticas na administração Municipal de São Paulo (GUIBU, 1986).

Em 2003, a FCMSCSP elaborou outra proposta de um PIDA semelhante às experiências de IDA, mas mudando a área de atuação ao centrar seus esforços na área central do Município de São Paulo, dada a complexidade das demandas de vários grupos populacionais que residiam nessa área, encaminhadas tanto para o CSEBF quanto ao Hospital Central da ISCMSP. Tal proposta visava:

Promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, controlar e reduzir os índices morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos que habitam a região central do município de São Paulo, particularmente os distritos administrativos do Bom Retiro, República e Santa Cecília (FCMSCSP, 2003,p.3).

De acordo com a proposta, os eixos temáticos do PIDA Santa Casa SP/SMS seriam: 1) atenção à população em situação de rua; 2) atenção à saúde do idoso; 3) atenção à saúde da criança em situação de risco social e; 4) promoção à saúde: projeto centro da saúde. Esses eixos seriam postos em prática através dos serviços de saúde na região do Distrito de Saúde Sé, como o CSEBF, o Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso Santa Cecília, o Pronto Socorro Barra Funda, o Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS Campos Elíseos, a UBS de Santa Cecília, a Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro e os serviços assistenciais do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP, 2003). Essa proposta acabou por não ser implantada, mas com o início do Pró-Saúde (em 2007), esse território, que corresponde a Supervisão Técnica de Saúde Sé, na Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste da Secretaria Municipal

de Saúde de São Paulo (SMS/SP), tornou-se centro das ações de ensino e assistenciais e algumas pesquisas de docentes da FCMSCSP.

2.4 PARTICIPAÇÃO NO PRÓ- SAÚDE E PET- SAÚDE

Em 2002 houve tentativa de inclusão da FCMSCSP no Programa de Mudanças no Ensino Médico (PROMED), mas a proposta elaborada não foi formalizada pela IES. Acabou incorporada ao PPI em 2009 (MARSIGLIA & AMARAL, 2002). A FCMSCSP iniciou sua participação no Pró-Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.101, de 3 de novembro de 2005 (MS, 2005), com o curso de Graduação em Medicina. O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007b).

A primeira proposta da FCMSCSP para o Pró-Saúde foi enviada em dezembro de 2005, seguindo o edital publicado em novembro do mesmo ano. A proposta da FCMSCSP foi inicialmente monitorada pelo Núcleo de Apoio a Projetos Pedagógicos (NAPP). Em linhas gerais, seguindo a orientação da Portaria Conjunta MS/MEC (2005), a proposta da FCMSCSP contemplava três eixos centrais (FCMSCSP, 2005):

Eixo A) Orientação Teórica: pretendia-se avançar na integração das disciplinas do currículo por meio de Programas Integrados, Seminários Interdisciplinares ou Rodízios Multidisciplinares, no início do curso ou quando da abordagem dos conteúdos referentes ao Ciclo de Vida, no meio do curso. A proposta da FCMSCSP era constituir Módulos em que os conteúdos das disciplinas dos Departamentos de Clínica, Medicina

Social, Psicologia Médica e Psiquiatria fossem articulados, de maneira a ressaltar a natureza complexa dos problemas de saúde, que exigem abordagem na perspectiva da totalidade presente em cada fato/fenômeno particular, rompendo os limites de abordagem disciplinar, predominante na explicação da ciência moderna ocidental (FCMSCSP, 2005).

Eixo B) Cenários de prática: a articulação da FCMSCSP com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMS/SP, com o objetivo principal de constituir uma rede de UBSs que pudesse constituir-se como espaços de formação em Atenção Básica para seus alunos (FCMSCSP, 2005).

Eixo C) Orientação Pedagógica: neste eixo foram apontados seis objetivos - tornar as relações professor-aluno mais horizontalizadas; retomar alguns espaços e experiências de discussão conjunta entre professores dos vários departamentos e estudantes dos três cursos (Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia); utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ampliar a concepção de avaliação para além do desempenho e do conhecimento cognitivo dos estudantes, incluindo a avaliação de docentes dos cursos; avançar na perspectiva da formação interdisciplinar e interprofissional, incentivando a organização curricular por módulos, seja no ensino teórico, seja no estágio prático, especialmente na Atenção Básica; superar a dissociação entre a teoria e a prática, desenvolvendo processos de ação – reflexão – ação, que caracterizam a metodologia da Problematização (FCMSCSP, 2005).

A FCMSCSP foi uma das cinquenta e seis IES aprovadas para o Pró-Saúde e as atividades tiveram início em outubro de 2006, com a implantação de uma Comissão Local de Acompanhamento, integrada por representantes da Direção da Faculdade, Hospital Central da ISCMSP, Coordenadoria Regional Norte de Saúde, Supervisão

Técnica de Saúde da Sé (STS-Sé) e de estudantes. A experiência do período 2006-2008 do Pró-Saúde na FCMSCSP foi analisada por MARSIGLIA, IBÁÑEZ e IANNI (2010).

Em 2009 houve um novo Edital para o Pró-Saúde, e de acordo com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC ° 3.019, de 26 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde (Pró-Saúde II), além dos cursos contemplados na 1ª fase (Pró-Saúde I) (BRASIL, 2007a).

Seguindo o mesmo modelo anterior, os critérios gerais para a avaliação das propostas contemplava o tratamento equilibrado dos três eixos estabelecidos, clareza na abordagem conceitual, clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde, orientação quanto à regulação e sistema de referência, possibilidade de compartilhar orçamento (escola e serviço) e indicação de parâmetros de avaliação (BRASIL, 2007a).

Novamente a FCMSCSP enviou uma proposta, integrando os cursos de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia, sendo em sequência selecionada para participar do programa. Em linhas gerais, a partir de 2010, a proposta da FCMSCSP constituiu-se da seguinte forma (FAVC/FCMSCSP, 2010b):

Eixo A) Orientação Teórica: realização de dezoito atividades, entre elas: atualização do diagnóstico de saúde da área central da cidade de São Paulo; pesquisa avaliativa sobre Atenção Básica na área central da cidade de São Paulo; levantamento acidentes/violências nas emergências do Hospital Central da ISCMSP; diagnóstico da situação de acidentes/violências entre os diversos grupos populacionais que residem na área central da cidade de São Paulo; capacitação dos profissionais das UBSs em metodologias de avaliação da atenção básica; sensibilização de docentes e estudantes para a introdução da questão dos acidentes/violências nos currículos dos cursos da FCMSCSP; capacitação permanente e educação em saúde dos profissionais das UBSs e moradores da área e organização - enquanto atividades de educação permanente - de

seminários para atualização dos profissionais das UBSs em Saúde Mental conforme sugestão dos assessores do MS (FAVC/FCMSCSP, 2010b).

Eixo B) Cenários de Prática: realização de quinze atividades, entre elas: organização de campanhas e elaboração de material de apoio sobre a prevenção de acidentes/violências na área; melhoria das condições físicas, materiais e tecnológicas das UBSs - de acordo com as necessidades apontadas pela STS-Sé/SMS-SP -; apoio às atividades dos estudantes nas UBSs para estudo dos problemas locais; organização de eventos para usuários das UBSs e dos representantes dos conselhos de saúde local; aquisição e configuração de um computador servidor para o sistema de referência e contrarreferência de usuários das UBSs para o Hospital Central da ISCMSP; desenvolvimento de *software* para o acompanhamento e análise das informações e implantação e acompanhamento de um sistema de encaminhamento de gestantes de baixo risco das UBSs que se localizam na área de atuação dos Pró-Saúde I e II, para o serviço de obstetrícia do Hospital Central da ISCMSP (FAVC/FCMSCSP, 2010b).

Eixo C) Orientação Pedagógica: realização de dez atividades, entre elas: assessoria para a implantação do processo de avaliação da atenção básica nas UBSs vinculadas ao Pró-Saúde I e II; capacitação de profissionais das UBSs na Metodologia da Problematização; capacitação de docentes da FCMSCSP em metodologias ativas de ensino-aprendizagem; apoio à participação de docentes, estudantes e profissionais das UBSs e incentivo ao preparo de trabalhos para apresentação nos Fóruns de Educação Médica e Formação em Saúde (FAVC/FCMSCSP, 2010b).

A FCMSCSP iniciou também sua participação no PET-Saúde em 2009, seguindo o Edital nº 15, de 12 de novembro de 2008. A instituição articulou essa participação àquela no Pró-Saúde I e II, tanto no que diz respeito às atividades de formação, educação permanente e educação em saúde, quanto às atividades de

intervenção na realidade e produção do conhecimento. A participação no PET-Saúde em 2009 se deu sob a forma de experiências interdisciplinares com bolsas para um grupo de doze alunos (Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia), seis preceptores dos serviços e um docente, que deveriam dedicar 8 horas semanais fora do horário curricular ou de trabalho ao PET-Saúde (BRASIL, 2008; FCMSCSP, 2009c).

Nesse primeiro momento, a proposta da FCMSCSP para o PET-Saúde teve como objetivos: articular as atividades de atenção, formação e produção de conhecimentos em Atenção Básica, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família; compreender as particularidades da Atenção Básica (AB) e Programa de Saúde da Família (PSF) em áreas metropolitanas - especialmente no centro da cidade de São Paulo -; fomentar grupos de aprendizagem AB/PSF na Graduação em Saúde a partir de utilização de grupos de tutoria com estratégia pedagógica; produzir conhecimentos em AB/PSF e capacitar os estudantes de graduação em Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia, residentes de Saúde da Família e Comunidade e profissionais de AB/PSF para o desenvolvimento de suas atividades na UBSs (FCMSCSP, 2009c).

Em 2010, a FCMSCSP participou novamente do PET-Saúde, envolvendo os Cursos de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia em dois grupos. A elaboração deste projeto articulou-se ao Pró-Saúde I, ao Pró-Saúde II e ao PET-Saúde 2009. Participaram do PET-Saúde 2010 três tutores acadêmicos, doze preceptores dos serviços e vinte e quatro alunos bolsistas (FAVC/FCMSCSP, 2010a).

A proposta do PET-Saúde 2010 apontou como objetivos: articular as atividades de atenção à saúde; formação de recursos humanos e produção de conhecimentos em Atenção Básica em Saúde; qualificar a compreensão das particularidades da Atenção Básica em Saúde e o PSF em áreas metropolitanas - especialmente no centro de São Paulo -; fomentar processos de aprendizagem e práticas em AB/PSF na graduação e

criar espaços e experiências interdisciplinares e multiprofissionais. Os planos de pesquisa e intervenção do PET-Saúde 2010 tiveram como referência as necessidades de saúde locais e a incorporação dos resultados dos projetos desenvolvidos no PET-Saúde 2009 e foram assim definidos: 1) mortalidades materna e infantil; 2) doenças transmissíveis; 3) envelhecimento; 4) saúde do homem; 5) saúde dos imigrantes; 6) acidentes/violências e 7) saúde mental (FAVC/FCMSCSP, 2010a).

Com a publicação do Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011, para seleção de projetos de IESs em conjunto com Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde para participação no Pró-Saúde articulado ao PET-Saúde, a FCMSCSP preparou uma proposta referente a três grupos de estudantes, e o MS sugeriu (e foi aceito) a constituição de um quarto grupo destinado à área de urgência e emergência. O Projeto terá duração de dois anos, tendo sido iniciado em 2012 (BRASIL, 2011a; FAVC/FCMSCSP, 2012).

Tal proposta do Projeto Pró-Saúde/PET-Saúde pretende consolidar as experiências em andamento, os cenários de práticas e as metodologias ativas, tendo em vista a educação interprofissional. Também tem como objetivo dar continuidade à reformulação da formação em saúde, à articulação ensino-serviço e à articulação do Pró-Saúde e PET-Saúde, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde na área central da cidade de São Paulo, contemplando especificidades locais (FAVC/FCMSCSP, 2012).

Os projetos desenvolvidos pelos estudantes no Pró-Saúde e PET-Saúde, desde o ano de 2007 até o ano de 2012, somaram um total de noventa trabalhos, sendo cinquenta e quatro no Pró-Saúde e trinta e seis no PET-Saúde. As atividades do Pró- e PET-Saúde foram inseridas na Coordenação de Cultura e Extensão da Faculdade a partir de 2011. No Anexo 2, pode ser encontrada a lista completa dos trabalhos desenvolvidos no Pró- e PET-Saúde da FCMSCSP.

Todos esses anos de projetos representaram diversas atividades na área central da cidade de São Paulo, organização de seminários e eventos com profissionais, docentes e estudantes na FCMSCSP, envio de trabalhos para Congressos e Encontros da área de Educação em Saúde (especialmente da ABEM) e artigos que estão sendo submetidos a publicação em revistas especializadas.

2.5 REESTRUTURAÇÃO DA FCMSCSP (2009-2013)

A partir de 2009, seguindo as determinações do MEC (Decreto nº 5.773 de maio de 2006), a FCMSCSP passou a definir seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), o Projeto Pedagógico Institucional (PPI) e Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

2.5.1 PDI (2009-2013)

O PDI consiste em um documento no qual são definidas a missão da IES e as estratégias para atingir suas metas e objetivos. Deve abranger um período de cinco anos, contemplar o cronograma e a metodologia de implantação dos objetivos, metas e ações do Plano da IES. O PDI deve, ainda, estar intimamente articulado com a prática e os resultados da avaliação institucional, realizada tanto como procedimento auto-avaliativo, como externo (BRASIL, 2006).

O PDI da FCMSCSP - que abrange o período de 2009-2013 - apresenta os itens especificados no Decreto do MEC. Logo de início, apresenta a missão da Faculdade:

promover ensino, pesquisa, extensão e atenção à saúde em níveis de excelência, visando oferecer à comunidade, profissionais da saúde com formação científica, ética, humanística e responsabilidade social (FCMSCSP - PDI, 2009a, p.6).

A FCMSCSP, de acordo com seu PDI, tem como finalidades:

a) formar profissionais gerais e especialistas no âmbito das Ciências da Saúde, mediante oferecimento de cursos que proporcionem condições para o aprimoramento no exercício da saúde individual e coletiva, da investigação científica e da administração dos setores da saúde; b) contribuir para a promoção das condições da saúde e educação no país, principalmente na região em que a Faculdade está inserida; c) estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico inovador e do pensamento reflexivo; d) incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica; e) promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos; f) estimular a busca do conhecimento dos problemas mundiais, em específico os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e; g) promover a extensão, visando difundir as conquistas e benefícios resultantes da criação cultural, da pesquisa científica e tecnológica geradas na Instituição (FCMSCSP - PDI, 2009a, p. 9 e 10).

Ao longo do PDI, são apresentados os objetivos propostos para o período de 2009-2013 e suas metas. Vale ressaltar duas dessas metas, que são a revisão do PPI e a reformulação de todos os PPCs de Graduação (FCMSCSP - PDI, 2009a).

No documento referente ao PDI da FCMSCSP encontra-se um resumo do PPI. Contém um plano para atendimento às diretrizes pedagógicas, e os critérios gerais para a definição de cinco itens: a) perfil do egresso; b) seleção de conteúdos; c) princípios metodológicos; d) processo de avaliação do aluno e e) atividade prática profissional, complementar e estágios (FCMSCSP - PDI, 2009a).

2.5.2 PPI (2009)

O PPI da FCMSCSP apresenta um breve histórico da Faculdade, enfatizando o fato de basear sua estrutura curricular nos princípios norteadores do modelo da Medicina Integral. Também aponta as principais mudanças que ocorreram na Instituição, após quatro décadas de existência, destacando-se: a ampliação da inserção do Hospital Central da ISCMSP na rede de assistência em São Paulo, constituindo-se,

ele próprio, como um complexo assistencial nos últimos anos; a implantação de novos departamentos no Hospital Central e Faculdade; a expansão das atividades de extensão do Hospital Central e da Faculdade; o desenvolvimento da pesquisa, Pós-Graduação, *Lato e Strictu Sensu*; incentivo à titulação dos professores e à profissionalização da docência (FCMSCSP - PPI, 2009b).

O PPI da FCMSCSP se propõe a:

melhor atender as diferentes necessidades de seus alunos e as demandas da sociedade, assegurando a necessária integração das atividades de ensino, pesquisa, extensão e atenção à saúde, de forma a prover uma formação global, que garanta o equilíbrio entre o geral e o específico; uma formação processual, dinâmica, que desenvolva a capacidade de questionamento e crítica; que haja um predomínio da formação sobre a informação; flexibilidade, interdisciplinaridade; indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e articulação entre a teoria e a prática (FCMSCSP - PPI, 2009b, p.7).

São enunciados no PPI os princípios fundamentais que regem a Faculdade: a) compromisso com os interesses da sociedade; b) indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; c) processo de ensino-aprendizagem multidirecional e interativo; d) importância da figura do professor na aplicação das novas tecnologias; e) articulação do ensino, pesquisa e extensão com as demandas sociais e, f) correlação entre a teoria e a prática (FCMSCSP - PPI 2009b).

O PPI também traz em detalhes as Políticas Institucionais de Ensino, Pesquisa e Extensão. No item Políticas de Ensino ressalta-se a concepção de Medicina Integral que “vem sendo atualizada na organização curricular da Faculdade, já que a integralidade se tornou um princípio constitucional do SUS” (FCMSCSP - PPI, 2009b, p.9 e 10). Afirma-se que o egresso dos cursos deverá demonstrar aptidão para as competências e habilidades descritas nas DCNs e destaca que, para a concretização desse perfil, concorrem não apenas as disciplinas, mas também as atividades que visam enriquecer o

currículo, como os Estágios Curriculares Supervisionados, entre outras (FCMSCSP - PPI, 2009b).

Valoriza-se a integração interdisciplinar no currículo, por meio de programas bem elaborados, seminários interdisciplinares ou rodízios multidisciplinares e se propõe a constituir módulos nos quais os conteúdos das disciplinas das áreas Social, Psicológica e Clínica sejam articulados ressaltando-se a natureza complexa dos problemas de saúde. Tal integração pode ser observada no desenvolvimento dos projetos do Pró- e PET-Saúde na FCMSCSP¹⁰ (FCMSCSP - PPI, 2009b).

No item Políticas de Pesquisa, vê-se que Instituição valoriza a produção do conhecimento por meio da articulação entre as atividades de ensino e extensão, através de algumas ações específicas: a) desenvolvimento da pesquisa, especialmente de caráter clínico e epidemiológico; b) desenvolvimento de pesquisa de iniciação científica e trabalhos e conclusão de curso; c) incentivo à criação de grupos de pesquisa no CNPq, envolvendo docentes, discentes e membros do corpo técnico-administrativo; d) incentivo à criação e consolidação de programas de Pós-Graduação de *Strictu e Lato Sensu*; e) incentivo à titulação docente e f) incentivo à criação de dois núcleos, o Núcleo Interdepartamental de Pesquisas e Estudos sobre o Uso de Drogas, Álcool e Tabaco (NIPED), criado em 2000 e o Núcleo de Pesquisa, Formação e Educação em Acidentes e Violência (AVISA), criado em 2004 (FCMSCSP - PPI, 2009b).

No item Políticas de Extensão, destaca-se a FCMSCSP como uma “Escola dentro do Hospital”, o que fundamenta a integração docente assistencial, desde sua fundação. Assim sendo, o PPI traz como objetivos para a extensão: a) fornecer ao estudante um substrato teórico inicial, contemplando aspectos cognitivos; b) desenvolver habilidades de comunicação, entrevista e relacionamento profissional-

¹⁰ Vale lembrar que o Pró e o PET-Saúde foram incorporados à Coordenação de Extensão a partir de 2011.

paciente; c) discutir as implicações éticas da atuação dos profissionais de saúde, visando incorporar atitudes adequadas e a aprendizagem; d) possibilitar aos estudantes concretizar um Estudo Global do Paciente¹¹, que contemple os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, a situação familiar e as condições de vida desses pacientes e e) possibilitar o desenvolvimento de vínculo, para que o aluno perceba o paciente como sujeito e não apenas como objeto de sua formação e futura prática profissional (FCMSCSP - PPI, 2009b).

Sob o título de Constituição de Instâncias para o Desenvolvimento Pedagógico e Políticas de Capacitação Docente, o PPI destaca a criação de uma Comissão de Acompanhamento de Curso (CAC), no ano de 2000, com representantes docentes (de todos os Departamentos) e discentes. Nesta Comissão, eram discutidas as questões referentes aos cursos, como a grade horária e programas das disciplinas. Em relação à educação continuada dos docentes, criou-se, em 2003, a “Semana Pedagógica”, que se realizou de 2003 a 2009, durante a Semana da Pátria, tendo em sua programação a participação de convidados externos, docentes de outras Instituições e especialistas em formação na área da saúde. O PPI também refere-se a existência de um NAPP, destinado a discutir e encaminhar questões educacionais na FCMSCSP, que funcionou de 2005 até 2009 (FCMSCSP - PPI, 2009b).

2.5.3 PPC de Medicina (2011)

O PPC de Medicina vigente foi elaborado no ano de 2011 e compreende três dimensões: a Organização Didático-Pedagógica, o Corpo Docente e a Infraestrutura. Levando em conta os objetivos dessa pesquisa, focaremos as descrições e análises nas

¹¹ Refere-se à atividade pedagógica desenvolvida no primeiro ano do curso de Medicina, no Departamento de Medicina Social, com a Disciplina Ciências Sociais Aplicadas desde 1970.

duas primeiras dimensões. Logo de início, o PPC aponta seu objetivo principal da seguinte maneira:

Este Projeto Pedagógico (PP) busca registrar as intenções do Curso de Medicina, especialmente quanto à formação específica do médico, numa perspectiva multidisciplinar e com uma base humanista capaz de resgatar as condições socioculturais, que atribuem sentido e significado ao exercício deste profissional. Para tanto, o projeto ora apresentado está igualmente sintonizado com a modernidade técnico-científica e passa a constituir um marco referencial para os corpos docentes, discentes e técnico-administrativos relacionados ao ensino e aprendizagem do profissional médico a ser formado na FCMSCSP. Expressa esforço, capacidade de articulação, seriedade e flexibilização, visando a formar um profissional que atenda aos desafios da realidade contemporânea (FCMSCSP - PPC, 2011, p. 04).

No PP do Curso de Medicina, a Organização Didático-Pedagógica está organizada da seguinte maneira:

a) Concepção do curso: neste item é apresentado um breve histórico da FCMSCSP, mais uma vez enfocando o fato de que a FCMSCSP tem, em sua estrutura, os princípios norteadores do modelo de Medicina Integral. Com o intuito de atender à LDB de 1996, à Avaliação realizada pelo MEC em 1999 e às DCNs de 2001, Faculdade elaborou uma nova proposta de concepção de curso, que busca reforçar pontos que já eram considerados fortes em sua organização didático-pedagógica pelo MEC e corrigir os pontos fracos. Para isso, a nova concepção de curso procura articular o ensino e a pesquisa com as demandas sociais, direcionando o atendimento aos usuários do SUS. Assim, elaborou-se a proposta pedagógica descrita no PPC, cunhada na sua criação com as concepções de Homem, Contexto, Medicina, Processo Saúde-Doença e Currículo (FCMSCSP - PPC, 2011);

b) Perfil profissional: aponta que o perfil de médico que pretende formar está de acordo com o que é proposto pelas DCNs, especificando as seguintes características que devem estar presentes em seus formandos (FCMSCSP - PPC, 2011):

- Postura crítica como cidadão sobre questões contemporâneas;
- Capacidade de diferentes inserções no mundo do trabalho;
- Aptidão para exercer suas funções de modo ético, tanto por razões profissionais quanto por razões pessoais, sempre conscientes das implicações sociais de suas ações;
- Capacidade de pensar criticamente, analisar e compreender as situações-problema com as quais se depara mobilizar seus conhecimentos, decorrentes de sua inserção em um contexto sócio-econômico-cultural e de sua escolarização, na busca de soluções, aceitando as responsabilidades sociais que delas emergem;
- Capacidade de transitar por diferentes campos do saber;
- Capacidade de estabelecer relações entre os diferentes saberes e de aplicá-los nas situações cotidianas;
- Respeito à multiplicidade de diferenças dos seres humanos;
- Sólida formação básica e profissional, pautada por princípios ético-políticos e técnico-científicos voltados para a complexidade das relações e das demandas humanas e sociais;
- Capacidade de produzir novos conhecimentos, a partir dos conhecimentos científicos e tecnológicos disponíveis, para atender demandas pessoais e profissionais;
- Disponibilidade e competência para atuar em equipes multiprofissionais, exercitando a interdisciplinaridade;
- Capacidade de compreender a profissão como um mecanismo de transformação pessoal e social;
- Capacidade de compreender a formação profissional como um processo contínuo de construção de competências que demanda aperfeiçoamento e atualização permanentes;
- Valorização da avaliação como instrumento de aprimoramento pessoal e profissional;
- Capacidade de utilizar diversificadas fontes de informação e recursos tecnológicos a fim de adquirir conhecimentos;
- Valorização da liberdade de expressão e do respeito à pessoa humana (FCMSCSP - PPC, 2011,p.12-13).

Tais características também vão de encontro ao que está proposto pelas DCNs no que se refere às competências e habilidades gerais e específicas que são esperadas do formando;

c) Objetivos do curso (FCMSCSP - PPC, 2011):

- Possibilitar ao aluno a construção de conhecimentos das bases morfológicas e fisiológicas da medicina, das bases da medicina celular e molecular, da estrutura e função de órgãos, sistemas e aparelhos que permita acompanhar processos fisiológicos e de doença;
- Desenvolver habilidades e atitudes necessárias para que o egresso possa atuar como médico com formação geral, apto a promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar a incapacidade;
- Possibilitar a valorização de uma postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;

- Preparar o egresso para compreender os indivíduos e as comunidades, bem como intervir sobre as suas necessidades de saúde, em situação social específica, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a autonomia social (FCMSCSP - PPC, 2011, pag. 15).

Tais objetivos vão de encontro ao que está proposto nas DCNs, no sentido da articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência;

d) Objetivos de aprendizagem: cognitivos, de habilidades e de atitudes e todos eles são detalhados no PPC (FCMSCSP - PPC, 2011);

e) Matriz curricular: o curso de Medicina da FCMSCSP é seriado anual, com carga de 9.348 horas de atividades acadêmicas (mínimo de 5.308 horas no Ciclo Preparatório, e mínimo de 4.040 no Ciclo Profissionalizante ou Internato). O prazo mínimo estabelecido de integralização do curso é de seis anos, sendo o máximo nove anos. O curso funciona em regime integral, com plantões noturnos, aos sábados, domingos e feriados programados no internato. Os princípios gerais da matriz curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP, de acordo com o PPC, são: 1) integração de disciplinas; 2) integração básico-clínico; 3) início de atividades práticas desde a primeira série do curso; 4) atuação em diferentes cenários da prática profissional e; 5) estratégias pedagógicas que favoreçam a autoaprendizagem (FCMSCSP, 2011). A matriz curricular do Curso de Medicina está bastante detalhada no PPC e é composta por sete núcleos, sendo eles: 1) Disciplinas Básicas; 2) Disciplinas das Ciências Sociais; 3) Disciplinas Propedêuticas; 4) Disciplinas Clínicas/Diagnósticos; 5) Disciplinas do Internato, 6) Disciplinas Complementares e; 7) Disciplinas Eletivas (FCMSCSP - PPC, 2011);

f) Estratégias metodológicas: para que seja possível a formação de médicos voltados para a Medicina Integral e para que o processo de ensino e aprendizagem possa ser executado de maneira mais ativa e de acordo com a prática necessária são descritas da seguinte forma (FCMSCSP - PPC, 2011):

- Aulas teórico-expositivas, que complementam e direcionam o assunto abordado e a profundidade que o discente deve atingir em seus estudos, e/ ou em que pode haver discussão de casos clínicos para uma melhor elucidação do conhecimento teórico;
- Aulas laboratoriais, com dissecação em peças anatômicas humanas e demonstração experimentais;
- Discussões clínico-patológicas e sobre hipóteses diagnósticas;
- Seminários, que permitem integração de informações e estabelecimento de alicerces para pesquisa;
- Relatórios de pesquisa, de aula, de casos clínicos;
- Teatralização de situações-problema, para desenvolvimento da habilidade para tomar decisões;
- Acompanhamento de paciente durante pré-natal e/ ou tratamentos clínicos, em que se incluem a solicitação e interpretação de exames;
- Visitas aos serviços de saúde;
- Participação nos procedimentos cirúrgicos;
- A utilização das tecnologias da informação e comunicação (FCMSCSP, 2011 – PPC, p.91).

E, de acordo com o PPC ainda, na FCMSCSP, a avaliação de ensino é entendida como:

(...) um procedimento investigativo, mediante o qual é possível acesso a dados que permitem ao professor o diagnóstico do desenvolvimento dos alunos em relação à aquisição dos saberes e do processo de ensino e aprendizagem na perspectiva de seu aprimoramento, o que implica uma tomada de decisão sobre o que manter e sobre que mudanças devam ser introduzidas na condução da aula e também em sua proposta de trabalho, concretizada no plano de ensino (FCMSCSP - PPC, 2011. Pag. 91).

Através do PPC, fica evidente a iniciativa da FCMSCSP em realizar uma avaliação formativa, tanto para o desempenho discente quanto para a prática docente. Além desse caráter formativo, a avaliação de ensino na FCMSCSP deve visar à tomada de decisão quanto à aprovação ou reprovação dos alunos, assim como ao julgamento da eficiência do processo de ensino e aprendizagem, para que possa subsidiar decisões de natureza acadêmico-administrativas. O PPC estabelece que as atividades avaliativas devem se dar de forma contínua, que sejam diversificadas, que estejam em consonância com a proposta de trabalho em desenvolvimento e não coloquem à prova somente a memória, mas também as habilidades de compreender, criticar, argumentar e de

estabelecer relação entre teoria e prática. Os critérios de avaliação do desempenho dos alunos podem ser encontrados em detalhes no Regimento Interno do Curso de Medicina da FCMSCSP (FCMSCSP - PPC, 2011);

g) Estágio supervisionado: proposta de acordo com o que é recomendado pelas DCNs, estabelecendo que nos estágios, os alunos devem atuar em situações reais de trabalho, com internatos - que configuram práticas pré-profissionais acompanhadas por Professores designados pelo Conselho Departamental. Os internatos acontecem na quinta e na sexta série do curso, sendo que na quinta série, os alunos realizam o estágio supervisionado em forma de rodízios através dos Departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Puericultura, Ortopedia e Traumatologia, Obstetrícia e Ginecologia e Saúde Pública. Já na sexta série, o estágio supervisionado é voltado para situações de urgência e emergência nos Departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Endoscopia, Unidades de Tratamento Intensivo de adultos e crianças (FCMSCSP - PPC, 2011);

h) Trabalho de conclusão de curso: o Curso de Medicina optou por não incluir o Trabalho de Conclusão de Curso em sua matriz curricular (FCMSCSP - PPC, 2011);

i) Atividades complementares: são realizadas através de atividades de Monitoria; Programa de Iniciação Científica; Programas de Extensão e Estudos Complementares¹² (FCMSCSP - PPC, 2011);

j) Em relação à dimensão Corpo Docente: este item trata do Núcleo Docente Estruturante (NDE) da Faculdade, cujos integrantes, foram entrevistados para esta

¹² O desenvolvimento das Atividades de Monitorias está vinculado às Disciplinas Curriculares, sob a organização do Professor Coordenador. O Programa de Iniciação Científica propõe que os alunos orientados pelos professores desenvolvem trabalhos nos laboratórios da Instituição e nas Clínicas do Hospital-Escola. Dentre os Programas de Extensão estão cursos de Extensão e Aperfeiçoamento, ligas, Programas Sociais, atividades no Centro de Saúde Santa Cecília e no CSEBF, entre outros e dentre os Estudos Complementares, seminários, intervenções, estudos de casos, visitas técnicas, convênios com outras instituições. O Pró e PET-Saúde foram incorporados a área de extensão, a partir de 2011.

dissertação. Segundo o MEC (2006), o deve ser responsável pela formulação do projeto pedagógico do curso, sua implantação e desenvolvimento; deve ser composto por professores com titulação em nível de Pós-Graduação *stricto sensu*, contratados em regime de trabalho que assegure preferencialmente dedicação plena ao curso e com experiência docente na instituição e em outras instituições (BRASIL, 2010a). Dentro da esfera do PPC está a elaboração do currículo, cujos responsáveis devem levar em conta o conhecimento científico e da cultura social para elaborar o conjunto do conhecimento e da cultura escolares que o integram (MAIA, 2004).

CAPÍTULO 3: ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1 OBJETIVOS

Objetivo geral: analisar a trajetória do Curso de Medicina da FCMSCSP.

Objetivos específicos: 1) analisar a trajetória das propostas de ensino da FCMSCSP, tendo como marco as DCNs, identificando modelos e tendências;

2) analisar a relação entre as propostas de ensino da FCMSCSP e as DCNs;

3) analisar o modelo curricular da FCMSCSP, tendo como base as DCNs, a partir de documentos;

4) analisar o modelo curricular da FCMSCSP, tendo como base as DCNs, a partir da perspectiva do Professores NDE.

3.2 METODOLOGIA: ETAPAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A metodologia utilizada para esta pesquisa - aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, sob o Protocolo 178.392 – apresenta três distintas etapas, a saber:

1ª Etapa de Pesquisa Bibliográfica: realizou-se um resgate histórico do Ensino Superior e Ensino Médico, de propostas nacionais e internacionais para o ensino, em artigos e livros das áreas de Educação Médica, Educação na Saúde e Medicina Integral; de artigos da *Revista de Educação Médica da ABEM*; de artigos sobre o Ensino Médico no Brasil, das LDB (1961 e 1996) e das DCNs para o Ensino de Graduação em Medicina. Buscou-se também em autores e produções da área de Educação, concepções e teorias sobre temas relevantes para a análise do ensino na saúde e na FCMSCSP: currículo, metodologias de ensino-aprendizagem e avaliação de ensino-aprendizagem.

2ª Etapa: Pesquisa Documental: Autores como Marconi & Lakatos (1988), consideram que a pesquisa documental centra-se no exame de projetos, documentos, atas, relatórios que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. Pode oferecer base útil para vários tipos de estudos qualitativos e possibilita que a criatividade do pesquisador dirija a investigação por enfoques diferenciados. Para essa pesquisa, foram utilizados documentos de fonte primária, encontrados nos arquivos e *sites* da FCMSCSP, tais como:

- Livro de Atas do Conselho de Orientação da FCMSCSP,
- Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) de 2009 a 2013;
- PPI de 2009;
- PPC de Medicina de 2011;
- Históricos Escolares (1964, 1972, 1986, 1992);

Os documentos consultados possibilitarem a identificação e análise dos currículos do Curso de Medicina da FCMSCSP, desde sua criação até 2011. Foram escolhidos cinco momentos distintos para realizarmos a análise: 1964 (currículo inicial), 1972 (por sua particularidade em relação à introdução de Unidades Curriculares), 1986 (devido às mudanças no 3º ano do Curso), 1992 (volta ao modelo curricular sem as Unidades Curriculares) e 2011 (por ser o currículo vigente). Sabe-se que existe uma nova proposta curricular para o Curso de Medicina na FCMSCSP, mas não foi incluída na pesquisa, porque sua implantação está começando em 2013, no primeiro ano do curso.

O PPC, os históricos escolares e as estruturas curriculares foram utilizados como fonte na elaboração de quadros que ilustram a estrutura curricular nesses cinco

momentos e também como fonte sobre as cargas horárias das disciplinas e dos Departamentos existentes na FCMSCSP. Tais quadros permitiram a análise das tendências curriculares do curso de Medicina da FCMSCSP, como proposto nos objetivos do trabalho.

3ª Etapa: Pesquisa de Campo: Entrevistas semi-estruturadas com os Professores membros do NDE da FCMSCSP. O NDE da FCMSCSP era composto por trinta e dois docentes, no momento da elaboração do PPC em 2011, sendo um deles o Coordenador do Curso de Medicina. Mas houve alterações na composição do NDE em 2012, e, no período da pesquisa de campo, era integrado pelo responsável pela Secretaria Geral da FCMSCSP e por outros dezoito docentes, distribuídos entre os seguintes Departamentos: Anestesia, Pediatria, Ciências Patológicas, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Clínica Médica, Ciências Morfológicas, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Medicina Social.

Assim, o universo para as entrevista foi composto por dezenove docentes, os quais foram convidados para participar. Desses dezenove, um negou a participação e quatro não responderam às solicitações, totalizando quatorze participantes na amostra final.

Os membros do NDE foram contatados através de um email que explicava os objetivos da pesquisa e o modo de participação dos mesmos. Após esse email inicial, foram contatados por telefone e por mais três vezes por email. Ao final do prazo dado para resposta no último email, os membros do NDE que não responderam aos emails foram desconsiderados para a pesquisa.

O Roteiro de Entrevista foi composto por quatro perguntas abertas relacionadas ao perfil do formando, expressão da Medicina Integral na estrutura curricular da

FCMSCSP, metodologias de ensino-aprendizagem e avaliação de Ensino-Aprendizagem¹³ e uma quinta pergunta, composta de duas partes solicitando a opinião dos entrevistados. A primeira sobre a observância na formação do Curso Médico das competências e habilidades gerais para os profissionais de saúde, conforme as exigências das DCNs (2001). A segunda, sobre a observância das competências e habilidades específicas para o Curso de Medicina. Os entrevistados receberam as seis competências e habilidades gerais e as vinte e duas específicas, definidas pelas DCNs (2001) e assinalaram se acham que cada uma dela é contemplada no Curso de Medicina da FCMSCSP, com três alternativas: “contemplada”, “não contempladas” ou “contempladas em parte”. O roteiro da entrevista está disponível no Anexo 3.

Dentre as quatorze entrevistas, doze foram realizadas por email, uma por telefone e uma pessoalmente¹⁴ e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia com os entrevistados e uma cópia com a pesquisadora. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está no Anexo 4.

A análise dessas entrevistas foi realizada em dois momentos distintos. As quatro perguntas abertas foram analisadas com uma abordagem de acordo com a análise de conteúdo que, segundo BARDIN (1977), representa:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, e que permite obter indicadores para a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

O conteúdo das respostas dos entrevistados foi lido várias vezes pela pesquisadora (leitura flutuante), o que permitiu o estabelecimento de um contato com os

¹³ Para a entrevista, os docentes do NDE foram numerados de 1 a 19, de acordo com a posição que ocupam na lista fornecida pela FCMSCSP.

¹⁴ Tanto a entrevista realizada por telefone quanto a entrevista realizada pessoalmente foram gravadas e posteriormente transcritas.

documentos, o conhecimento dos textos, o surgimento de impressões e orientações e a definição das categorias abordadas (BARDIN 1977). Em seguida, realizou-se a codificação dos dados brutos, agregando-os em unidades de registro ou significação, que foram representadas por palavras e frases. Essas unidades de registro foram agrupadas e reagrupadas segundo categorias que expressavam elementos comuns sob um título genérico.

De acordo com BARDIN (1977, p.119) o processo de categorização “tem por objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos”, possibilitando as inferências finais a partir dos resultados e dos referenciais teóricos estabelecidos para a pesquisa. Foram criadas categorias para as quatro perguntas, com o objetivo de identificar a intensidade do aparecimento de cada uma delas, revelar atitudes, interesses e valores do grupo e, posteriormente, examinar o teor da comunicação cotejando os objetivos da pesquisa e identificando as interações ou outras características do grupo de entrevistados (BARDIN, 1977; MARCONI & LAKATOS, 1988)

As perguntas relacionadas às DCNs foram analisadas de maneira quantitativa e qualitativa. As respostas para cada tipo de competência e habilidade (geral e específica) foram classificadas e identificadas de acordo com as três alternativas apresentadas. Depois, foram elaborados gráficos, nos quais é possível perceber a dimensão quantitativa, mostrando o percentual das respostas de contempladas, não contempladas e contempladas em parte. Posteriormente, os resultados das respostas foram cotejados com os objetivos da pesquisa.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 ESTRURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA FCMSCSP

A fim de possibilitar a visualização da grade curricular do curso de Medicina, foram elaborados cinco quadros referentes à cada grade curricular da Instituição, que conforme os documentos analisados, são em número de cinco, durante a trajetória da Instituição, até o momento: 1964, 1972, 1986, 1992 e 2011. As disciplinas foram alocadas por ano de Curso e os Departamentos a que pertencem identificados segundo cores (Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6). A partir desses quadros, realizou-se uma análise comparativa do número de disciplinas por ano, divididas nos seis anos de curso (Gráfico 1) e o número de disciplinas por Departamento nos cinco currículos (Gráfico 2).

Desde sua criação, o Curso de Medicina da FCMSCSP foi dividido em seis anos, sendo que os dois últimos são dedicados aos Internatos (FCMSCSP - Livro de Atas, 1962, p. 4 e 5). Em 1964, existiam nove Departamentos na FCMSCSP (Morfologia, Ciências Fisiológicas, Patologia, Medicina Social, Cirurgia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Clínica) que eram responsáveis pelas 67 disciplinas ministradas durante os seis anos do Curso de Medicina (FCMSCSP - Livro de Atas, 1963, p. 5). O Departamento com o maior número de disciplinas, no currículo de 1964, era o de Medicina com 20 disciplinas, seguido dos Departamentos de Cirurgia com 10, Medicina Social com 8 e Morfologia com 3 disciplinas (Quadro 1). No entanto, como não havia informações sobre a carga horária das disciplinas, é impossível conhecer o “peso” de cada uma nesse currículo.

Quadro 1: Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e ano de Curso em 1964

1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
Anatomia	Fisiologia	Microbiologia	Anatomia Patológica	Medicina	Cirurgia
Histologia	Farmacologia	Patologia	Nefrologia	Pediatria	Ginecologia e Obstetrícia
Embriologia	Bioquímica	Parasitologia	Urologia	Medicina Social	Eletivo
Bioquímica	Propedêutica	Genética	Pneumologia		
Psicologia Médica	Pediatria e Puericultura	Ginecologia	Cardiologia		
Bioestatística	Bioestatística	Propedêutica	Gastroenterologia		
	Epidemiologia	Psicopatologia	Hematologia		
	Psicologia Médica	Medicina Preventiva	Laboratório		
		Cirurgia	Dermatologia		
		Pediatria e Puericultura	Moléstias Infecciosas		
		Deontologia	Neurologia		
		Cultura Geral	Endocrinologia		
		Oftalmologia	Radiologia		
			Radioterapia		
			Fisioterapia		
			Reumatologia		
			Cirurgia Gastrointestinal e Proctológica		
			Cirurgia Vascular		
			Cirurgia Plástica		
			Neurocirurgia		
			Cirurgia das Glândulas Endócrinas		
			Cirurgia Torácica		
			Ortopedia e Traumatologia		
			Otorrinolaringologia		
			Endoscopia Peroral		
			Ginecologia		
			Obstetrícia		
			Pediatria		
			Psiquiatria		
			Psiquiatria Forense		
			Medicina Psicossomática		
			Medicina Legal		
			Medicina do Trabalho		
			Anestesiologia		

* Fonte: FCMSCSP. Histórico Escolar de aluno que ingressava em 1964.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	

Em 1972 houve uma alteração no Curso de Medicina da FCMSCSP, com a introdução das Unidades Curriculares nos seis anos de curso. As Unidades Curriculares agrupavam disciplinas, de um ou mais Departamentos, no mesmo ano do curso e o estudante não dependia mais somente das notas das disciplinas isoladamente para sua aprovação, pois o regimento não incluía a figura da Dependência. Era calculada uma média das notas das disciplinas das Unidades e a nota final era essa média. Pretendia-se com isto, diminuir o número de reprovações dos alunos em disciplinas isoladas e de pequena carga horária. Essas Unidades Curriculares foram mantidas no currículo até 1992. As Unidades Curriculares foram implantadas também com o objetivo de diminuir a fragmentação do curso e aumentar a articulação entre os Departamentos (FCMSCSP - Livro de Atas, 1971, p. 3).

Em relação aos Departamentos, na estrutura curricular de 1972, mantiveram-se os nove citados anteriormente, com 60 disciplinas distribuídas ao longo dos seis anos de Curso. As disciplinas Estudos de Problemas Brasileiros e Educação Física foram incorporadas ao currículo em consonância com as definições do MEC na época (Quadros 2 e 3)

Quadro 2: Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento, ano de Curso e Unidades Curriculares em 1972

1º ANO		2º ANO		3º ANO	
UNIDADE I	Bioestatística	UNIDADE II	Anatomia	UNIDADE V	Genética Médica
	Ciências Sociais		Embriologia		Imunologia e Microbiologia
	Deontologia		Histologia		Parasitologia
	Enfermagem	UNIDADE III	Farmacologia	UNIDADE VI	Anatomia Patológica (órgãos e sistemas)
	Estudo de Problemas Brasileiros		Fisiologia		Processos Patológicos gerais
	História da Medicina	UNIDADE IV	Epidemiologia	UNIDADE VII	Ginecologia
	Propedêutica		Propedêutica		Obstetrícia
Psicologia	Psicologia Profunda		Pediatria e Puericultura		
UNIDADE II	Anatomia e Neuroanatomia	Educação Física		UNIDADE VIII	Psiquiatria Infantil
	Embriologia e Evolução				Propedêutica
	Histologia e Citologia				Psicopatologia geral
UNIDADE III	Farmacologia			UNIDADE VIII	Psicopatologia Especial
	Fisiologia				Educação Física
	Bioquímica				
Educação Física					

4º ANO		5º ANO		6º ANO	
UNIDADE IX	Cardiovascular	UNIDADE XII	Cirurgia (Técnica cirúrgica, cirurgia do tórax, clínica cirúrgica com ambulatório, PS e enfermagem)	UNIDADE XIV	Anestesia, Endoscopia, Laboratório, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Raio X
	Medicina Legal		Obstetrícia e Ginecologia		Pediatria (Enfermagem, PS, ambulatório e Saúde Pública)
	Pneumologia		Ortopedia e Traumatologia		ELETIVO
	Sistema Urinário (Nefrologia e Urologia)	UNIDADE XIII	Medicina (Ambulatório, PS e Enfermagem)	Educação Física	
UNIDADE X	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Educação Física			
	Endocrinologia e Doenças Metabólicas				
	Gastroenterologia				
	SRE (Hematologia)				
UNIDADE XI	Dermatologia				
	Medicina do Trabalho				
	Medicina Psicossomática				
	Neurologia				
	Reumatologia				
Educação Física**					

* Fonte: FCMSCSP. Histórico Escolar de aluno que ingressava em 1972.

Quanto ao Quadro 2, percebe-se que algumas Unidades Curriculares eram integradas por disciplinas de Departamentos diferentes no mesmo ano, como é o caso das Unidades I, IV, VII, VIII, XI e XII. Outras, por disciplinas do mesmo Departamento, como as Unidades II, III, V, VI, IX e X. Além disso, algumas são compostas por apenas uma disciplina, como as Unidades XII, XIV, XVI.

No Quadro 3, relativo ao currículo de 1972, vemos que a carga horária total do Curso de Medicina era de 6.678 horas, distribuídas de diferentes formas: 18,8% no primeiro ano do Curso; 16,9% no segundo ano; 20,5% no terceiro ano; 13,4% no quarto ano; 14,9% no quinto ano e 15,5% no sexto ano. Comparativamente, o terceiro ano de Curso apresentava a maior carga horária, e a carga horária do Internato (quinto e sexto ano) representava 30,4% do total do Curso. A maior carga horária era do Departamento de Medicina (26,6% do total do Curso), seguida dos Departamentos de Morfologia (12,3%); de Ciências Fisiológicas (10,4%), de Pediatria e Puericultura (9,5%), Patologia (9,4%), Medicina Social (8,5%), Cirurgia (7,8%), Psiquiatria e Psicologia (5,1%) e, Obstetrícia e Ginecologia (5%).

Quadro 3: Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-1972

DISCIPLINA	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	TOTAL
Anatomia e Neuroanatomia	150	335	0	0	0	0	485
Embriologia e Evolução	80	65	0	0	0	0	145
Histologia e Citologia	125	65	0	0	0	0	190
TOTAL MORFOLOGIA	355	465	0	0	0	0	820
Medicina Psicossomática	0	0	0	24	0	0	24
Psicologia	100	0	0	0	0	0	100
Psicologia Profunda	0	50	0	0	0	0	50
Psicopatologia Especial	0	0	105	0	0	0	105
Psicopatologia Geral	0	0	38	0	0	0	38
Psiquiatria Infantil	0	0	25	0	0	0	25
TOTAL PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA	100	50	168	24	0	0	342
Bioquímica	133	0	0	0	0	0	133
Farmacologia	150	130	0	0	0	0	280
Fisiologia	90	188	0	0	0	0	278
TOTAL CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	373	318	0	0	0	0	691
Pediatria e Puericultura	0	0	110	0	0	526	636
Anatomia Patológica (órgãos e sistemas)	0	0	210	0	0	0	210
Genética Médica	0	0	60	0	0	0	60
Imunologia e Microbiologia	0	0	120	0	0	0	120
Parasitologia	0	0	120	0	0	0	120
Processos Patológicos gerais	0	0	120	0	0	0	120
TOTAL PATOLOGIA	0	0	630	0	0	0	630
Ginecologia	0	0	100	0	0	0	100
Obstetrícia	0	0	90	0	0	0	90
Obstetrícia e Ginecologia	0	0	0	0	144	0	144
TOTAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	0	0	190	0	144	0	334
Bioestatística	67	0	0	0	0	0	67
Ciências Sociais	120	0	0	0	0	0	120
Deontologia	10	0	0	0	0	0	10
Enfermagem	95	0	0	0	0	0	95
Epidemiologia	0	128	0	0	0	0	128
Estudo de Problemas Brasileiros	36	0	0	0	0	0	36
História da Medicina	10	0	0	0	0	0	10
Medicina do Trabalho	0	0	0	105	0	0	105
TOTAL MEDICINA SOCIAL	338	128	0	105	0	0	571
Cardiovascular	0	0	0	126	0	0	126
Dermatologia	0	0	0	28	0	0	28
Doenças Infecciosas e Parasitárias	0	0	0	93	0	0	93
Endocrinologia e Doenças Metabólicas	0	0	0	56	0	0	56
Gastroenterologia	0	0	0	98	0	0	98
Propedêutica	88	170	270	0	0	0	528
Medicina (Ambulatório, PS e Enfermaria)	0	0	0	0	480	0	480
Medicina Legal	0	0	0	12	0	0	12
Neurologia	0	0	0	42	0	0	42
Pneumologia	0	0	0	96	0	0	96
Reumatologia	0	0	0	35	0	0	35
Sistema Urinário (Nefrologia e Urologia)	0	0	0	122	0	0	122
SRE (Hematologia)	0	0	0	60	0	0	60
TOTAL MEDICINA	88	170	270	768	480	0	1.776
Anestesia, Endoscopia, Laboratório, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Raio X	0	0	0	0	0	150	150
Cirurgia (Técnica cirúrgica, cirurgia do tórax, clínica cirúrgica com ambulatório, PS e enfermaria)	0	0	0	0	280	0	280
Ortopedia e Traumatologia	0	0	0	0	88	0	88
TOTAL CIRURGIA	0	0	0	0	368	150	518
ELETIVO	0	0	0	0	0	360	360
EDUCAÇÃO FÍSICA	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
CARGA HORÁRIA TOTAL DE TODAS AS DISCIPLINAS	1.254	1.131	1.368	897	992	1.036	6.678

* Fonte: FCMSCSP. Histórico Escolar de aluno que ingressava em 1972.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MEDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	DISCIPLINA SEM DEPARTAMENTO

Em 1986, (Quadro 4) manteve-se o sistema de Unidades Curriculares e a grade curricular passou a incluir 69 disciplinas (9 disciplinas a mais que em 1972), distribuídas ao longo dos 6 anos de Curso. Fazem parte dessa estrutura além dos nove Departamentos supracitados, outros três: Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia. Esses três Departamentos foram criados em 1984 e até então eram Departamentos isolados do Hospital Central da ISCMSP, não fazendo parte da FCMSCSP e as disciplinas à eles relacionadas ficavam inseridas no Departamento de Cirurgia (Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 5 de novembro de 1983, p.2). Neste currículo, a disciplina de Farmacologia concentrou-se no 2º ano do curso, a disciplina de Deontologia foi inserida no 4º ano do Curso e a disciplina Estudos de Problemas Brasileiros foi transferida para o 6º ano do Curso.

Além disso, foi introduzido um sistema de Rodízio para os alunos do 3º ano do Curso, em número de 3, com duração de 12 a 14 semanas para um terço da turma, aproximadamente 35 alunos: Rodízio de Propedêutica Pediátrica, Propedêutica Ginecológica e Propedêutica Clínica.

No 3º ano, foram incluídas seis novas disciplinas: Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica, de Psicologia Médica, Psicopatologia Geral e Evolutiva. No rodízio da Propedêutica Pediátrica foram incluídas: Psicologia do Desenvolvimento e a Pediatria Social e Programa Integrado (abordagem integral, biopsicossocial do paciente clínico).

No 4º ano do Curso, a disciplina Medicina do Trabalho aparece como Estudo da Saúde Coletiva: Saúde Ocupacional e são acrescentadas mais três disciplinas: Neurocirurgia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

No Internato houve algumas modificações: no 5º ano os estágios passaram a ser nominados por disciplina, na área de Clínica Médica; e, no 6º ano foram incluídos os

estágios em Saúde Pública e Ortopedia. Neste currículo permaneceu a disciplina de Educação Física, mas sem a informação sobre o ano(s) do curso em que era ministrada.

(Quadro 4)

Quadro 4: Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e ano de Curso em 1986

1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
Anatomia e Neuroanatomia	Anatomia e Neuroanatomia	Processos Patológicos Gerais	Anatomia Patológica dos Órgãos e Sistemas	Ginecologia e Obstetrícia	Saúde Pública
Embriologia e Evolução	Embriologia e Evolução	Anatomia Patológica dos Órgãos e Sistemas	Estudo da Saúde Coletiva: Saúde Ocupacional	Cardiovascular	Estudo de Problemas Brasileiros
Histologia e Citologia	Histologia e Citologia	Genética Médica	Deontologia	Doenças infecciosas e parasitárias	Pediatria
Fisiologia e Fisiopatologia	Fisiologia e Fisiopatologia	Microbiologia e Imunologia	Medicina Legal	Pneumologia	Otorrinolaringologia
Bioquímica e Biofísica	Farmacologia	Parasitologia	Psiquiatria	Gastroenterologia	Oftalmologia
Ciências Sociais aplicadas à Medicina	Estudo da Saúde Coletiva: Epidemiologia	Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	Medicina Psicossomática	Endocrinologia	Endoscopia
Bioestatística	Psicologia Médica	Pediatria Social e Programa Integrado	Nefrologia e Urologia	Neurologia e Neurocirurgia	Ortopedia
História da Medicina	Propedêutica Clínica	Psicologia Médica	Cardiovascular	Dermatologia	ELETIVO
Psicologia Médica		Psicopatologia Geral e Evolutiva	Doenças infecciosas e parasitárias	Hematologia	
Propedêutica Clínica		Propedêutica Pediátrica	Pneumologia	Reumatologia	
Noções de Enfermagem		Propedêutica em GO	Gastroenterologia	Clínica Cirúrgica	
		Propedêutica Clínica	Endocrinologia	Bases da Técnica Cirúrgica e da Anestesia	
			Neurologia e Neurocirurgia		
			Dermatologia		
			Hematologia		
			Reumatologia		
			Otorrinolaringologia		
			Oftalmologia		

* Fonte: GUIBU, Ione Aquemi. **Ensino médico e serviços de saúde: a experiência da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1986.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA

No currículo de 1992 (Quadro 5), já não há referência à articulação de disciplinas em Unidades Curriculares: elas foram abolidas para “restaurar a autonomia” dos Departamentos, especialmente daqueles que participavam de Unidades Curriculares interdepartamentais (Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 10 de outubro de 1991, p.5 e 6).

A grade curricular de 1992 foi composta de 68 disciplinas, distribuídas ao longo dos seis anos do Curso de Medicina. Fazem parte dessa estrutura os doze Departamentos supracitados. Os 3 Rodízios no terceiro ano foram reduzidos para 8 semanas cada um, incluiu-se um quarto rodízio de Cirurgia e Ortopedia: os Rodízios a se desenrolar de fevereiro a meados de agosto do 3º ano. Em seguida, iniciou-se uma nova fase do currículo, que se denominou de “Pré-Clínico”, adiantando-se algumas disciplinas dos Departamentos de Medicina, Cirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, para o segundo semestre do 3º ano do Curso; isto é, de meados de agosto a novembro.

A partir desta grade curricular, os Rodízios de Internato nas 5 grandes áreas: Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Saúde Pública concentrou-se no 5º ano (parte ambulatorial e de enfermagem) e no 6º ano passaram a ser desenvolvidos os estágios em emergências de adultos, crianças e mulheres.

Quadro 5: Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e Ano de Curso em 1992

1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
História da Medicina	Epidemiologia	Anatomia Patológica I	Medicina do Trabalho	Saúde pública	Terapia intensiva de adultos
Ciências Sociais aplicadas à Medicina	Propedêutica Clínica II	Genética	Anatomia Patológica II	Cirurgia	Emergências em pediatria
Enfermagem e Primeiros Socorros	Fisiologia	Microbiologia e Imunologia	Medicina de Reabilitação	Pediatria	Emergências em clínica médica
Propedêutica Clínica I	Farmacologia	Patologia Geral	Sistema Tegumentar	Clínica médica	Emergências em cirurgia
Psicologia Médica I	Anatomia II e Neuroanatomia	Psicologia do Desenvolvimento	Medicina Intensiva – UTI	Obstetrícia e ginecologia	Emergências em Obstetrícia e ginecologia
Histologia e Citologia	Embriologia e Evolução II	Psicopatologia Geral	Psiquiatria Clínica e Medicina Psicossomática		Emergências em infectologia
Embriologia e Evolução I	Psicologia Médica II	Administração dos Serviços de Saúde Pública	Cirurgia de Urgência		Terapia Intensiva infantil
Anatomia I		Propedêutica III, cirúrgica e ortopédica	Sistema Urinário		Emergências em oftalmologia
Bioquímica e Biofísica		Moléstias Infecciosas e Parasitárias	Obstetrícia e Ginecologia		Emergências em Endoscopia
Bioestatística		Propedêutica Pediátrica e Pediatria Social	Sistema Respiratório		Emergências em Otorrinolaringologia
		Hematologia e Oncologia	Sistema Cardiovascular		Emergências em Ortopedia
		Bases da Técnica cirúrgica e da anestesia	Medicina Legal e Deontologia Médica		Eletivo
		Oftalmologia geral	Sistema Nervoso		Retaguarda no pronto socorro infantil
		Otorrinolaringologia geral	Sistema Articular		
		Propedêutica ginecológica e obstétrica	Ortopedia e Traumatologia		
		Parasitologia	Sistema Digestivo		
			Sistema Endócrino		

* Fonte: FCMSCSP. Histórico Escolar de aluno que ingressava em 1992.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA

O Quadro 6 aponta um aumento da carga horária total do Curso de Medicina: de 6.678 horas em 1972 para 8.960 em 1992. Verifica-se, ainda, nesse Quadro, a distribuição da carga horária nos seis anos do Curso: 13,1% no primeiro ano; 12,8% no segundo ano; 17,2% no terceiro ano; 18,1% no quarto ano; 17,9% no quinto ano e, 20,9% no sexto ano. Em comparação com as cargas horárias da estrutura curricular de

1972, no primeiro ano do Curso, houve uma diminuição das cargas horárias do primeiro ano do Curso (de 18,8% em 1972 para 13,1% em 1992), no segundo ano do Curso (de 16,9% em 1972 para 12,8% em 1992) e no terceiro ano (de 20,5% em 1972 para 17,2% em 1992). Em compensação, nos últimos três anos do Curso, houve um aumento das cargas horárias: no quarto ano (de 13,4% em 1972 para 18,1% em 1992); no quinto ano (de 14,9% em 1972 para 17,9% em 1992) e; no sexto ano (de 15,5% em 1972 para 20,9% em 1992).

A maior carga horária na estrutura curricular de 1992 era do Departamento de Medicina (31,2% do total do Curso), seguida dos Departamentos de Pediatria e Puericultura (9,1%), Cirurgia (8,9%), Ciências Fisiológicas (8,3%), Morfologia (8,2%), Medicina Social (8,1%), Patologia (7,2%), Obstetrícia e Ginecologia (7,2%), Psiquiatria e Psicologia (3,9%), Otorrinolaringologia (2%), Ortopedia e Traumatologia (1,9%) e Oftalmologia (1,2%).

Em comparação ao currículo de 1972, apresentaram um aumento em suas cargas horárias os Departamentos de Medicina (de 26,6% em 1972 para 31,2% em 1992), Cirurgia (de 7,8% em 1972 para 8,9% em 1992) e Obstetrícia e Ginecologia (de 5% em 1972 para 7,2% em 1992). Os demais tiveram redução em suas cargas horárias: Morfologia (de 12,3% em 1972 para 8,2% em 1992); Ciências Fisiológicas (de 9,5% em 1972 para 8,3% em 1992); Pediatria e Puericultura (de 9,5% em 1972 para 9,1% em 1992), Patologia (de 9,4% em 1972 para 7,2% em 1992), Medicina Social (de 8,5% em 1972 para 8,1% em 1992), e Psiquiatria e Psicologia (de 5,1% em 1972 para 3,9% em 1992).

Quadro 6: Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-1992

DISCIPLINA	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	TOTAL
Anatomia e Neuroanatomia	180	270	0	0	0	0	450
Embriologia e Evolução	100	30	0	0	0	0	130
Histologia e Citologia	150	0	0	0	0	0	150
TOTAL MORFOLOGIA	430	300	0	0	0	0	730
Psicologia do Desenvolvimento	0	0	20	0	0	0	20
Psicologia Médica	120	60	0	0	0	0	180
Psicopatologia Geral	0	0	70	0	0	0	70
Psiquiatria Clínica e Medicina Psicossomática	0	0	0	80	0	0	80
TOTAL PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA	120	60	90	80	0	0	350
Bioquímica e Biofísica	230	0	0	0	0	0	230
Farmacologia	0	200	0	0	0	0	200
Fisiologia	0	310	0	0	0	0	310
TOTAL CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	230	510	0	0	0	0	740
Emergências em pediatria	0	0	0	0	0	120	120
Pediatria	0	0	0	0	400	0	400
Propedêutica Pediátrica e Pediatria Social	0	0	100	0	0	0	100
Retaguarda no pronto socorro infantil	0	0	0	0	0	120	120
Terapia Intensiva infantil	0	0	0	0	0	80	80
TOTAL PEDIATRIA	0	0	100	0	400	320	820
Anatomia Patológica	0	0	40	120	0	0	160
Genética	0	0	60	0	0	0	60
Microbiologia e Imunologia	0	0	140	0	0	0	140
Parasitologia	0	0	120	0	0	0	120
Patologia Geral	0	0	160	0	0	0	160
TOTAL PATOLOGIA	0	0	520	120	0	0	640
Emergências em Obstetrícia e ginecologia	0	0	0	0	0	180	180
Obstetrícia e Ginecologia	0	0	0	120	250	0	370
Propedêutica ginecológica e obstétrica	0	0	90	0	0	0	90
TOTAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	0	0	90	120	250	180	640
Administração dos Serviços de Saúde Pública	0	0	50	0	0	0	50
Bioestatística	80	0	0	0	0	0	80
Ciências Sociais aplicadas à Medicina	120	0	0	0	0	0	120
Epidemiologia	0	140	0	0	0	0	140
História da Medicina	40	0	0	0	0	0	40
Medicina Legal e Deontologia Médica	0	0	0	60	0	0	60
Medicina do Trabalho	0	0	0	80	0	0	80
Saúde pública	0	0	0	0	150	0	150
TOTAL MEDICINA SOCIAIS	240	140	50	140	150	0	720

CONTINUA

Quadro 6: Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-1992

DISCIPLINA	CONTINUAÇÃO						TOTAL
	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	
Clínica médica	0	0	0	0	400	0	400
Emergências em clínica médica	0	0	0	0	0	320	320
Emergências em infectologia	0	0	0	0	0	180	180
Enfermagem e Primeiros Socorros	100	0	0	0	0	0	100
Hematologia e Oncologia	0	0	120	0	0	0	120
Propedêutica Clínica	50	140	0	0	0	0	190
Medicina Intensiva – UTI	0	0	0	40	0	0	40
Medicina de Reabilitação	0	0	0	40	0	0	40
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	0	0	120	0	0	0	120
Propedêutica clínica, cirúrgica e ortopédica	0	0	210	0	0	0	210
Sistema Articular	0	0	0	80	0	0	80
Sistema Cardiovascular	0	0	0	160	0	0	160
Sistema Digestivo	0	0	0	120	0	0	120
Sistema Endócrino	0	0	0	80	0	0	80
Sistema Nervoso	0	0	0	140	0	0	140
Sistema Tegumentar	0	0	0	80	0	0	80
Sistema Respiratório	0	0	0	120	0	0	120
Sistema Urinário	0	0	0	160	0	0	160
Terapia intensiva de adultos	0	0	0	0	0	140	140
TOTAL MEDICINA	150	140	450	1.020	400	640	2.800
Bases da Técnica cirúrgica e da anestesia	0	0	120	0	0	0	120
Cirurgia	0	0	0	0	400	0	400
Cirurgia de Urgência	0	0	0	60	0	0	60
Emergências em cirurgia	0	0	0	0	0	180	180
Emergências em Endoscopia	0	0	0	0	0	40	40
TOTAL CIRURGIA	0	0	120	60	400	220	800
Emergências em oftalmologia	0	0	0	0	0	40	40
Oftalmologia geral	0	0	60	0	0	0	60
TOTAL OFTALMOLOGIA	0	0	60	0	0	40	100
Emergências em Ortopedia	0	0	0	0	0	80	80
Ortopedia e Traumatologia	0	0	0	80	0	0	80
TOTAL ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	0	0	0	80	0	80	160
Emergências em Otorrinolaringologia	0	0	0	0	0	120	120
Otorrinolaringologia geral	0	0	60	0	0	0	60
TOTAL OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0	60	0	0	120	180
ELETIVO	0	0	0	0	0	280	280
CARGA HORÁRIA TOTAL DE TODAS AS DISCIPLINAS	1.170	1.150	1.540	1.620	1.600	1.880	8.960

* Fonte: FCMSCSP. Histórico Escolar de aluno que ingressava em 1992.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	OFTALMOLOGIA
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA

Na estrutura curricular de 2011, permanecem os doze Departamentos anteriormente mencionados, há 80 disciplinas distribuídas ao longo dos seis anos de curso.

Neste currículo aparecem disciplinas optativas no 1º, 2º e 3º anos de curso e há duas disciplinas denominadas de complementares, sem inserção departamental: Tecnologia da Informação e Uso Racional de Medicamentos (PPC 2011) (Quadro 7).

Quadro 7: Estrutura Curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP por Departamento e Ano de Curso em 2011

1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO
Anatomia I	Anatomia II (e Neuroanatomia)	Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	Anatomia Patológica dos Órgãos e dos Sistemas II	Cirurgia	Emergências em Cirurgia
Epidemiologia e Bioestatística I	Embriologia II	Anatomia Patológica dos Órgãos e dos Sistemas I	Anestesiologia e Tratamento da Dor	Clínica Médica	Emergências em Clínica Médica
Biofísica	Epidemiologia e Bioestatística II	Farmacologia II	Bases da Técnica Cirúrgica	Obstetrícia e Ginecologia	Emergências em Endoscopia
Bioquímica	Farmacologia I	Imunologia	Cirurgias de Urgência	Ortopedia e Traumatologia	Emergências em Infectologia
Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	Fisiologia	Medicina do Trabalho	Farmacologia III	Pediatria e Puericultura	Emergências em Obstetrícia e Ginecologia
Embriologia I	Genética Médica	Microbiologia	Obstetrícia e Ginecologia	Saúde Pública	Emergências em Oftalmologia
Enfermagem e Primeiros socorros	Introdução a Patologia Geral e aos Mecanismos de Agressão e Defesa	Otorrinolaringologia Geral	Hematologia e Oncologia		Emergências em Ortopedia e Traumatologia
Histologia e Citologia	Propedêutica Clínica II	Parasitologia	Medicina de Reabilitação		Emergências em Otorrinolaringologia
História da Medicina	Psicologia Médica II	Patofisiologia	Medicina Intensiva		Emergências em Pediatria e Puericultura
Propedêutica Clínica I	Disciplinas Optativas	Processos Patológicos Gerais	Medicina Legal e Bioética		Emergências PS Infantil
Psicologia Médica I		Propedêutica Obstétrica e Ginecológica	Moléstias Infecciosas e Parasitárias		Emergências UTI de Adultos
Tecnologia da Informação		Propedêutica Pediátrica	Oftalmologia		Emergências UTI Infantil
Disciplinas Optativas		Pediatria Social	Ortopedia e Traumatologia		ELETIVO
		Psicologia do Desenvolvimento e Psicopatologia Geral	Psiquiatria e Psicologia Médica		
		Sistema Cardiovascular	Sistema Articular		
		Sistema Respiratório	Sistema Digestivo		
		Sistema Urinário	Sistema Endócrino		
		Disciplinas Optativas	Sistema Nervoso		
			Sistema Tegumentar		
			Uso Racional de Medicamentos		

* Fonte: FCMSCSP. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de 2011.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA

O Quadro 8 aponta um aumento da carga horária total do Curso de Medicina: de 8.960 em 1992 para 9.324 em 2011. Verifica-se, ainda, nesse Quadro, a distribuição da carga horária nos seis anos do Curso: 13,6% no primeiro ano; 13,6% no segundo ano; 15,2% no terceiro ano; 14,4% no quarto ano; 21,4% no quinto ano e, 21,8% no sexto ano. Em comparação com as cargas horárias da estrutura curricular de 1992, no primeiro ano do Curso, houve um aumento das cargas horárias do primeiro ano do Curso (de 13,1% em 1992 para 13,6% em 2011), no segundo ano (de 12,8% em 1992 para 13,6% em 2011). No terceiro ano houve uma diminuição das cargas horárias (de 17,2% em 1992 para 15,2% em 2011), assim como no quarto ano (de 18,1% em 1992 para 14,4% em 2011). Já nos dois últimos anos de Curso, houve um aumento das cargas horárias: no quinto ano (de 17,9% em 1992 para 21,4% em 2011) e; no sexto ano (de 20,9% em 1992 para 21,8% em 2011).

A maior carga horária na estrutura curricular de 2011 era do Departamento de Medicina (25% do total do Curso), seguida dos Departamentos de Pediatria e Puericultura (11,1%), Ciências Fisiológicas (8,4%), Morfologia (8,1%), Cirurgia (8,1%), Patologia (7,9%), Obstetrícia e Ginecologia (7,4%), Medicina Social (7,1%), Psiquiatria e Psicologia (4,3%), Ortopedia e Traumatologia (4,3%), Otorrinolaringologia (1,7%), e Oftalmologia (0,8%).

Em comparação ao currículo de 1992, apresentaram um aumento em suas cargas horárias os Departamentos de Pediatria e Puericultura (de 9,1% em 1992 para 11,1% em 2011), Obstetrícia e Ginecologia (de 7,2% em 1992 para 7,4% em 2011), Ciências Fisiológicas (de 8,3% em 1992 para 8,4% em 2011); Patologia (de 7,2% em 1992 para 7,9% em 2011), Psiquiatria e Psicologia (de 3,9% em 1992 para 4,3% em 2011) e, Ortopedia e Traumatologia (de 1,9% em 1992 para 4,3% em 2011).

Os demais Departamentos tiveram redução em suas cargas horárias: Medicina (de 31,2% em 1992 para 25% em 2011), Cirurgia (de 8,9% em 1992 para 8,1% em 2011), Morfologia (de 8,2% em 1992 para 8,1% em 2011), Medicina Social (de 8,1% em 1992 para 7,1% em 2011), Otorrinolaringologia (de 2% em 1992 para 1,7% em 2011) e, Oftalmologia (de 1,2% em 1992 para 0,8% em 2011).

Quadro 8: Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-2011

DISCIPLINA	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	TOTAL
Anatomia e Neuroanatomia	138	294	0	0	0	0	432
Embriologia	94	54	0	0	0	0	148
Histologia e Citologia	172	0	0	0	0	0	172
TOTAL MORFOLOGIA	404	348	0	0	0	0	752
Patofisiologia	0	0	80	0	0	0	80
Psicologia do Desenvolvimento e Psicopatologia Geral	0	0	90	0	0	0	90
Psicologia Médica	104	60	0	0	0	0	164
Psiquiatria e Psicologia Médica	0	0	0	68	0	0	68
TOTAL PSQUIATRIA E PSICOLOGIA	104	60	170	68	0	0	402
Biofísica	96	0	0	0	0	0	96
Bioquímica	188	0	0	0	0	0	188
Farmacologia	0	72	36	74	0	0	182
Fisiologia	0	318	0	0	0	0	318
TOTAL CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	284	390	36	74	0	0	784
Emergências em Pediatria e Puericultura	0	0	0	0	0	140	140
Emergências PS Infantil	0	0	0	0	0	140	140
Emergências UTI Infantil	0	0	0	0	0	80	80
Pediatria e Puericultura	0	0	0	0	520	0	520
Pediatria Social	0	0	60	0	0	0	60
Propedêutica Pediátrica	0	0	90	0	0	0	90
TOTAL PEDIATRIA	0	0	150	0	520	360	1.030
Anatomia Patológica dos Órgãos e dos Sistemas	0	0	84	162	0	0	246
Genética Médica	0	56	0	0	0	0	56
Imunologia	0	0	60	0	0	0	60
Introdução a Patologia Geral e aos Mecanismos de Agressão e Defesa	0	56	0	0	0	0	56
Microbiologia	0	0	94	0	0	0	94
Parasitologia	0	0	104	0	0	0	104
Processos Patológicos Gerais	0	0	144	0	0	0	144
TOTAL PATOLOGIA	0	112	486	162	0	0	736
Emergências em Obstetria e Ginecologia	0	0	0	0	0	180	180
Obstetria e Ginecologia	0	0	0	104	320	0	424
Propedêutica Obstétrica e Ginecológica	0	0	90	0	0	0	90
TOTAL OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	0	0	90	104	320	180	694
Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	0	0	60	0	0	0	60
Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	120	0	0	0	0	0	120
Epidemiologia e Bioestatística	80	124	0	0	0	0	204
História da Medicina	40	0	0	0	0	0	40
Medicina do Trabalho	0	0	80	0	0	0	80
Saúde Pública	0	0	0	0	160	0	160
TOTAL MEDICINA SOCIAIS	240	124	140	0	160	0	664

CONTINUA

Quadro 8: Cargas Horárias das Disciplinas por Departamentos e Anos do Curso-2011

DISCIPLINA	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	CONTINUAÇÃO		
					5º ANO	6º ANO	TOTAL
Clinica Médica	0	0	0	0	520	0	520
Emergências em Clínica Médica	0	0	0	0	0	360	360
Emergências em Infectologia	0	0	0	0	0	180	180
Emergências UTI de Adultos	0	0	0	0	0	180	180
Enfermagem e Primeiros socorros	100	0	0	0	0	0	100
Hematologia e Oncologia	0	0	0	96	0	0	96
Medicina Intensiva	0	0	0	40	0	0	40
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	0	0	0	80	0	0	80
Propedêutica Clínica	50	140	0	0	0	0	190
Sistema Articular	0	0	0	52	0	0	52
Sistema Cardiovascular	0	0	112	0	0	0	112
Sistema Digestivo	0	0	0	68	0	0	68
Sistema Endócrino	0	0	0	64	0	0	64
Sistema Nervoso	0	0	0	80	0	0	80
Sistema Respiratório	0	0	56	0	0	0	56
Sistema Tegumentar	0	0	0	56	0	0	56
Sistema Urinário	0	0	96	0	0	0	96
TOTAL MEDICINA	150	140	264	536	520	720	2330
Anestesiologia e Tratamento da Dor	0	0	0	40	0	0	40
Bases da Técnica Cirúrgica	0	0	0	40	0	0	40
Cirurgia	0	0	0	0	320	0	320
Cirurgias de Urgência	0	0	0	64	0	0	64
Emergências em Cirurgia	0	0	0	0	0	180	180
Emergências em Endoscopia	0	0	0	0	0	40	40
Medicina Legal e Bioética	0	0	0	72	0	0	72
TOTAL CIRURGIA	0	0	0	216	320	220	756
Emergências em Oftalmologia	0	0	0	0	0	40	40
Oftalmologia	0	0	0	40	0	0	40
TOTAL OFTALMOLOGIA	0	0	0	40	0	40	80
Medicina de Reabilitação	0	0	0	40	0	0	40
Ortopedia e Traumatologia	0	0	0	80	160	0	240
Emergências em Ortopedia e Traumatologia	0	0	0	0	0	120	120
TOTAL ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	0	0	0	120	160	120	400
Emergências em Otorrinolaringologia	0	0	0	0	0	120	120
Otorrinolaringologia geral	0	0	40	0	0	0	40
TOTAL OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0	40	0	0	120	160
ELETIVO	0	0	0	0	0	280	280
DISCIPLINAS OPTATIVAS	48	96	48	0	0	0	192
Tecnologia da Informação	40	0	0	0	0	0	40
Uso Racional de Medicamentos	0	0	0	24	0	0	24
CARGA HORÁRIA TOTAL DE TODAS AS DISCIPLINAS	1.270	1.270	1.424	1.344	2.000	2.040	9.324

* Fonte: FCMSCSP. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de 2011.

Legenda de Departamentos	
MORFOLOGIA	PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS	PEDIATRIA
PATOLOGIA	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
MEDICINA SOCIAL	MEDICINA
CIRURGIA	ELETIVO
INTERNATO	OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA
DISCIPLINAS OPTATIVAS	DISCIPLINAS SEM DEPARTAMENTO

4.1.1 Grades Curriculares do Curso de Medicina: tendências ao longo dessas cinco décadas de existência da FCMSCSP

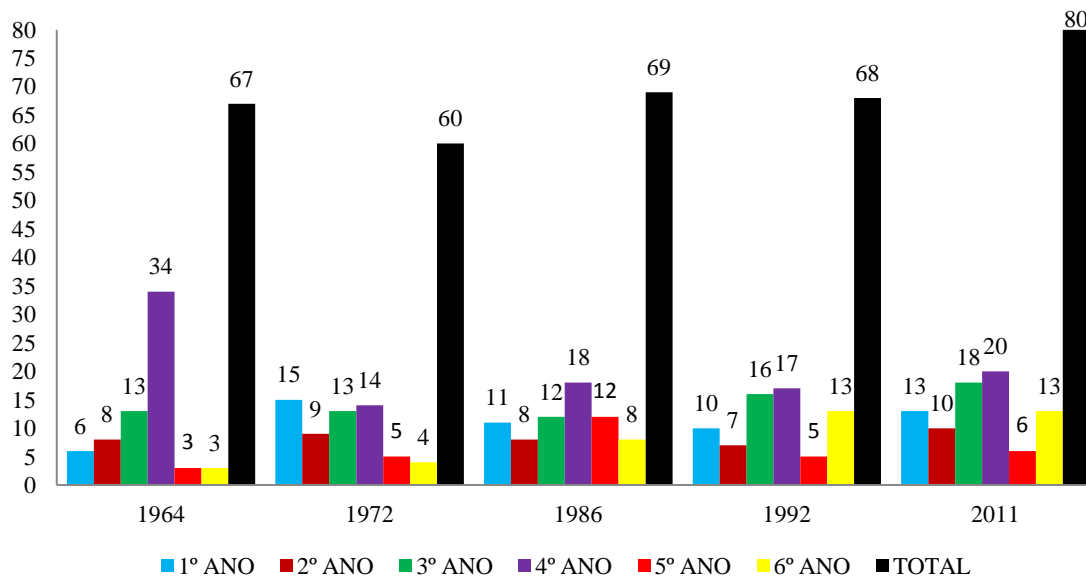
Tendo em vista apontar as tendências das grades curriculares ao longo da trajetória da FCMSCSP, apresenta-se os Gráficos 1 e 2, referentes ao número de disciplinas por ano e por departamento.

O Gráfico 1 aponta que, de modo geral, entre os anos de 1964 e 1992, em relação ao número total de disciplinas oferecidas no Curso de Medicina da FCMSCSP houve uma variação de 60 a 69 disciplinas. Houve ainda, realocações no número de disciplinas por ano. De maneira geral, fica patente uma concentração de disciplinas no 4ª ano de Curso (34) no currículo de 1964, mas houve uma redução pela metade no número de disciplinas no quarto ano de Curso, nos currículos de 1972, 1986 e 1992, variando entre 14 e 17.

Já no currículo de 1992 para 2011 houve um aumento total de 12 disciplinas na grade curricular. Além disso, sua observação permite concluir que este aumento ocorreu de maneira uniforme dentro dos seis anos do Curso.

A partir de 1972, nota-se uma distribuição mais homogênea das disciplinas nos primeiros quatro anos do Curso. Nota-se ainda, que em 1964 e 1972 o número de disciplinas no 6º ano é bastante inferior em relação aos currículos de 1986, 1992 e 2011. Esses dados podem ser atribuídos ao fato de que nos currículos de 1964 e 1972 os rodízios dos internatos eram realizados de acordo com a divisão das cinco Grandes Áreas da Medicina (Medicina Clínica, Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Saúde Pública) e nos currículos de 1986, 1992 e 2011 o rodízio de internato nas cinco Grandes Áreas concentra-se no 5º ano do curso e no 6º ano são desenvolvidos os estágios em emergências das várias áreas da Medicina.

Gráfico 1: Número de disciplinas por ano do Curso de Medicina: FCMSCSP 1964-2011

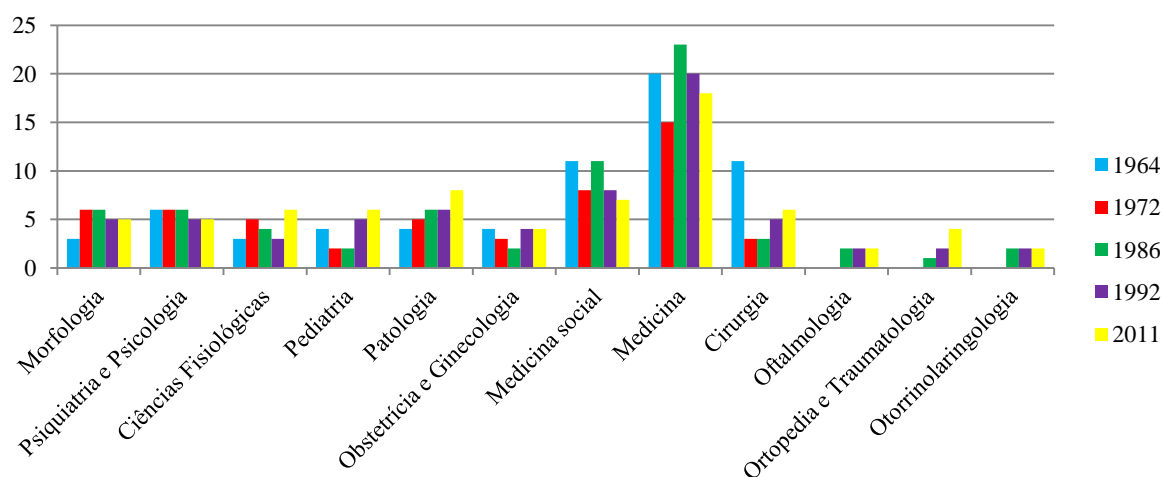


* Fonte: Documentos da FCMSCSP. www.fcmscsp.edu.br.2012

Considerando-se a tendência de distribuição das disciplinas entre os Departamentos nos currículos analisados podemos observar no Gráfico 2 que o Departamento de Medicina é o que possui maior número de Disciplinas em todos os currículos estudados, com 20 disciplinas em 1964; 15, em 1972; 23, em 1986; 20, em 1992 e 18, em 2011. Mais ainda, nota-se que a distribuição das disciplinas entre os departamentos não acontece de forma homogênea. Outro fato que se destaca no gráfico está relacionado ao Departamento de Cirurgia, que possuía um número maior de disciplinas no currículo de 1964, o que pode ser explicado pelas disciplinas relacionadas à Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia e Otorrinolaringologia estarem inseridas neste Departamento. Nota-se ainda, que as disciplinas, dentro de cada Departamento, tiveram uma distribuição consideravelmente homogênea ao longo dos quatro currículos analisados.

Ainda com objetivo de analisar a estrutura curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP, foram elaborados quatro quadros referentes às cargas horárias das disciplinas nos quatro currículos selecionados, distribuídos pelos Departamentos ao longo dos seis anos de Curso. Foram usados como fonte para elaboração de tais quadros o PPC de 2011 e os Históricos Escolares de 1972, 1986 e 1992. Não foi realizado quadro para os anos de 1964 e 1986 por não haver informações sobre cargas horárias das disciplinas nos documentos consultados para a pesquisa.

Gráfico 2: Número de disciplinas por Departamento nos cinco currículos



* Fonte: Documentos da FCMSCSP. www.fcmscsp.edu.br.2012

O Quadro 9 aponta que o Departamento de Medicina possui, nos três currículos, as maiores cargas horárias, devendo-se lembrar que ele é o Departamento que possui o maior número de disciplinas no Curso todo. Entre 1972 e 1992, houve um aumento de 1024 horas/aula e entre 1992 e 2011, houve uma diminuição de 470 horas/aula em sua carga horária.

Em relação ao Departamento de Morfologia, nota-se que entre o currículo de 1972 e 1992, houve uma queda de 90 horas/aula em sua carga horária, mas que entre

1992 e 2011 não houve uma alteração significativa em sua carga horária, com acréscimo de 22 horas/aula.

No Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, percebe-se uma estabilidade nas cargas horárias nos três currículos. Já o Departamento de Ciências Fisiológicas demonstra um crescimento em sua carga horária ao longo dos três currículos: de 1972 para 1992 houve um acréscimo de 49 horas/aula e de 1992 para 2011, de 44 horas/aula.

O Departamento de Pediatria mostra um grande aumento em sua carga horária ao longo dos três currículos. De 1972 para 2011, houve um aumento de 394 horas/aula nesse Departamento, sendo que de 1972 para 1992, o aumento foi de 184 horas/aula e de 1992 para 2011 foi de 210 horas/aula. Nos dois primeiros currículos, o Departamento de Patologia se manteve estável, com um aumento de 10 horas/aula entre 1972 e 1992. Já entre 1992 e 2011, esse aumento foi de 96 horas/aula. Em relação ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, nota-se um grande aumento da carga horária entre 1972 e 1992, de 306 horas/aula. Já entre 1992 e 2011, esse aumento não é tão expressivo, com acréscimo de 54 horas/aula.

O Departamento de Medicina Social também apresentou um aumento importante em sua carga horária entre 1972 e 1992, com acréscimo de 149 horas/aula. Já entre 1992 e 2011, houve uma diminuição de 56 horas/aula em sua carga horária. Considerando que os Departamentos de Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia e Otorrinolaringologia não existiam em 1972 e que suas disciplinas estavam alocadas no Departamento de Cirurgia, era esperado que a carga horária desse Departamento fosse maior em 1972, em relação aos currículos de 1992 e 2011. No entanto, o Departamento de Cirurgia aponta um grande aumento em sua carga horária entre 1972 e 1992, com

acrécimo de 282 horas/aula e entre 1992 e 2011 uma pequena diminuição de 44 horas/aula em sua carga horária.

O Departamento de Oftalmologia aparece com uma diminuição de 20 horas/aula entre 1992 e 2011. O Departamento de Ortopedia e Traumatologia apresenta um grande aumento em sua carga horária, entre 1992 e 2011, com acréscimo de 240 horas/aula. E o Departamento de Otorrinolaringologia não apresentou alterações significativas entre 1992 e 2011, com uma pequena diminuição de 20 horas/aula em sua carga horária.

De acordo com o Artigo 12 das DCNs de 2001, a estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve

[...] utilizar diferentes cenários de Ensino-Aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional e propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato (ALMEIDA, 2005, p.5)

Verifica-se que, de modo geral, nos primeiros três anos de Curso são oferecidas as disciplinas do ciclo básico e propedêuticas, enquanto no quarto ano do Curso a ênfase é maior nas disciplinas diagnósticas/clínicas e nos dois últimos anos ficam concentradas as disciplinas referentes ao internato.

De modo geral, ao comparar esses cinco currículos com as propostas das DCNs, pode-se perceber que a distribuição das disciplinas ao longo dos seis anos de curso, em todos os currículos analisados, demonstra que houve o esforço em inserir o aluno em cenários da prática desde o início do curso, com interação com usuários e profissionais de saúde: inicialmente só no Hospital, a partir de 1968 no CSEBF, em 1982-1994 na região Norte (PIDA – Zona Norte) e na STS, Sé com o Pró e PET-Saúde a partir de 2007, especialmente através das disciplinas do Departamento de Medicina Social.

No Artigo 6 das DCNs, é proposto que

os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina (ALMEIDA, 2005, p.3).

Quadro 09: Variação da Carga Horária dos Departamentos nos currículos do Curso de Medicina da FCMSCSP de 1972, 1992 e 2011 (hora/aula)**

	1972	1992	2011
Morfologia	820	730	752
Psiquiatria e Psicologia	342	350	402
Ciências Fisiológicas	691	740	784
Pediatria	636	820	1.030
Patologia	630	640	736
Obstetrícia e Ginecologia	334	640	694
Medicina social	571	720	664
Medicina	1.776	2.800	2.330
Cirurgia	518	800	756
Oftalmologia	-	100	80
Ortopedia e Traumatologia	-	160	400
Otorrinolaringologia	-	180	160

* Fonte: Históricos Escolares do Curso de Medicina de 1972 e 1992.

* Fonte: PPC de Medicina da FCMSCSP de 2011.

** Não foram encontradas nos históricos escolares de 1964 e 1986 informações sobre as cargas horárias.

4.2 ENTREVISTAS COM PROFESSORES DO NDE DO CURSO DE MEDICINA

Apresentamos as respostas das entrevistas semi-estruturadas. Responderam à entrevista quatorze dos dezenove integrantes do NDE do Curso de Medicina, isto é, 73,3% de seus membros (Roteiro de Entrevista, Anexo 3).

4.2.1 Opiniões dos Professores do NDE sobre:

a) Perfil do médico formado:

A primeira pergunta colocada para os Professores do NDE referia-se ao perfil do médico que a FCMS CSP pretende formar. Após leitura das respostas, identificou-se as seguintes categorias de análise: formação geral ou generalista, formação humanista, preparação para atuação nas grandes áreas da Medicina, caráter social na formação, atuação nos diferentes níveis de atenção, desempenho adequado da prática profissional (Médica).

Dentre os entrevistados, 78,6% respondeu que o perfil esperado deve ser de um médico com formação geral ou generalista, o que está bastante ligado ao histórico da Instituição que desde sua criação propõe-se a formar médicos generalistas; 28,6% mencionou em suas respostas, a importância em se formar médicos que possuam visão humanista; 21,4% mencionou a necessidade do formando ser capaz de atuar nas grandes áreas da Medicina, o que vem de encontro com a tendência de formação profissional generalista: alguns usaram tanto os termos “formação geral” ou “generalista” e o termo “capacidade de atuar nas grandes áreas” em suas respostas para essa primeira pergunta.

Desde sua criação a FCM define como seu objetivo a formação de um generalista, ou seja, a formação de um médico com conhecimentos básicos nas cinco grandes áreas: clínica médica, cirurgia, pediatria, obstetrícia e ginecologia e saúde coletiva (Entrevistado nº 17).

Em relação ao caráter social presente na formação do Médico, 14,3% mencionou a importância do formando ser capaz de compreender e resgatar as condições socioculturais do paciente, para que o exercício da profissão seja mais completo.

Um perfil multidisciplinar e com uma base humanista capaz de resgatar as condições socioculturais, que atribuem sentido e significado ao exercício deste profissional, para atender aos desafios da realidade contemporânea (Entrevistado nº 13).

Por outro lado apenas 7,2% mencionou a necessidade dos formandos estarem preparados para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Em relação à parte prática da formação, 21,4% referiu a importância dos formandos terem ampla experiência prática durante sua formação para estarem preparados para o início da profissão.

b) Princípios da Medicina Integral na Formação

A segunda pergunta colocada para os Professores do NDE referia-se à expressão da Medicina Integral na estrutura curricular do Curso de Medicina. As categorias de análise selecionadas para essa questão foram: presença da Medicina Integral no currículo, formação geral ou generalista, compartimentalização do Ensino, concepção horizontal de Medicina Integral e concepção vertical de Medicina Integral.

A concepção horizontal de Medicina Integral preconiza a articulação entre promoção, prevenção e restauração da saúde. A concepção vertical de Medicina Integral considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e competências, havendo integração entre as ações nesses diversos níveis (MATTOS, 2003).

Em relação à presença dos princípios da Medicina Integral no currículo, 21,4% dos entrevistados apenas afirmou que a Medicina Integral está presente no currículo, sem maiores explicações sobre o tema. Em relação à formação geral ou generalista, 21,4% dos entrevistados respondeu à pergunta afirmando que a Medicina Integral corresponde à formação geral ou generalista, sem maiores elaborações sobre sua expressão na estrutura curricular.

Por outro lado, 28,6%, considerou que, apesar de existir traços da Medicina Integral no currículo, ainda há uma compartimentalização do Ensino no currículo, o que, no entender desses entrevistados, pode dificultar a expressão da Medicina Integral:

Como um curso tradicional, por mais que haja o interesse e empenho para a visão integral do paciente, ainda existe forte expressão da visão compartimentalizada, embora eu perceba que há os dois momentos ao longo do curso, com os dois enfoques. Ao meu ver, este equilíbrio se dá de forma bastante adequada (Entrevistado nº 18).

Em relação à concepção horizontal de Medicina Integral, foi identificado por 21,4% dos professores como sendo basicamente a concepção horizontal, isto é, abrange o cuidado geral do paciente e sua família.

c) Metodologias de Ensino

A terceira pergunta colocada para os Professores do NDE referiu-se às metodologias de ensino utilizadas nos departamentos eles representam no NDE. As categorias de análise definidas para abordar essa questão foram: metodologias tradicionais de ensino, metodologias ativas de Ensino-Aprendizagem e, estratégias de ensino¹⁵.

Constata-se que 21,4% utilizou o termo “metodologias tradicionais” de ensino em suas respostas, enquanto apenas 7,2% usou o termo PBL (*Problem Based Learning*), que corresponde, em inglês, ao termo ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas -, que faz parte das metodologias ativas de aprendizagem¹⁶. Os outros 71,4% dos entrevistados não usou o termo “metodologias tradicionais de ensino”, mas através do conteúdo expresso em suas respostas pode-se inferir que se referiam às mesmas. Apenas 1 entrevistado mencionou o papel do professor como sendo de “facilitador do aprendizado” e outro, os domínios básicos da aprendizagem significativa (cognitivo, psicomotor e afetivo):

¹⁵ Para a manutenção da confidencialidade e do sigilo exigido pela metodologia de pesquisa, os departamentos não foram identificados nessa análise.

¹⁶ Através do conteúdo da resposta desse entrevistado, infere-se que na realidade este se referia à problematização e não à ABP, já que coloca em sua resposta o seguinte: “[...] atividades do tipo PBL (para alguns assuntos específicos em que este enfoque funciona bem [...])”.

Aulas práticas integradas a aulas expositivas. Aulas práticas onde o professor atua como facilitador do aprendizado. Recentemente introduzimos acesso online a aulas gravadas, que servem de apoio para as atividades presenciais (Entrevistado nº 10).

Como ponto central no processo de ensino e aprendizagem, prevê sobretudo a prática discente como alicerce para uma melhor formação na FCMSCSP, onde desde o primeiro ano da formação, o aluno tem contato com os pacientes internados nas várias enfermarias. Desta forma, há um substrato teórico inicial em que se desenvolvem aspectos cognitivos, mas a grande ênfase é na constituição de habilidades de comunicação, entrevista, relacionamento profissional-paciente e na condução do aluno a uma postura ética em que se perceba o paciente como sujeito e não apenas como objeto de sua formação e futura prática profissional (Entrevistado nº 13).

Em relação às estratégias de ensino, pergunta que permitia múltipla escolha, 85,7% mencionou estratégias utilizadas: 78,6% mencionou a utilização de aulas teóricas e/ou expositivas, 71,4% o uso de aulas práticas¹⁷, 28,6% discussões de casos e/ou debates, 21,4% seminários e 21,4% o uso de aulas gravadas (internet).

d) Avaliação da Aprendizagem

A quarta pergunta colocada para os Professores do NDE referia-se aos tipos de avaliação da aprendizagem utilizadas nos Departamentos. As categorias de análise selecionadas para essa questão foram: modalidades de avaliação no Ensino-Aprendizagem e instrumentos de avaliação do Ensino-Aprendizagem.

Em relação às modalidades de avaliação, foram utilizadas as especificadas por BLOOM (1983): avaliação diagnóstica, avaliação formativa e avaliação somativa. Em relação à avaliação diagnóstica, apenas 1 Professor mencionou a Avaliação Globalizada, que, no contexto do Curso de Medicina da FCMSCSP, exerce a função de avaliação diagnóstica. Em relação à avaliação formativa, 64,4% dos entrevistados referiu que é frequente a verificação do progresso em relação aos objetivos de ensino. Em relação à

¹⁷ Foram mencionadas como aulas práticas: atendimentos nos hospitais e ambulatórios, treinamento em bonecos e prática em animais.

avaliação somativa, 100% dos entrevistados mencionaram estratégias de avaliação que tem como objetivo a classificação final dos alunos, levando-se em consideração, todos os níveis de aproveitamento obtidos.

Considerando a concepção de avaliação de ensino e seus objetivos, é importante que as atividades avaliativas se deem de forma contínua e periódica, através de instrumentos variados (provas, trabalhos, avaliação globalizada, etc), e que estejam em consonância com a proposta de trabalho em desenvolvimento e não coloquem à prova somente a memória, mas também as habilidades de compreender, criticar, argumentar e de estabelecer relação entre teoria e prática. A avaliação globalizada busca cumprir determinação do MEC em relação ao processo de auto-avaliação; avaliar a aquisição e sedimentação dos conhecimentos por parte do corpo discente ao longo do curso; avaliar a atividade docente; proporcionar mais uma fonte material de estudo e avaliar a Matriz Curricular (Entrevistado nº 13).

Em relação aos instrumentos de avaliação do Ensino-Aprendizagem, apareceram: provas, trabalhos¹⁸, seminários, discussão e/ou debates e Avaliação Globalizada. Dentre os entrevistados, 92,8% mencionou a utilização de provas para a avaliação dos estudantes, e alguns deles referiram a utilização de mais de um tipo de prova, tais como: prova dissertativa 42,8%, prova de múltipla escolha 28,6%, prova prática 28,6% e apenas um citou prova oral.

Em relação aos trabalhos, 28,6% dos entrevistados apontou utilização de trabalhos como instrumento de avaliação; 14,3% mencionou o uso do desempenho dos estudantes em discussões e debates como parte da avaliação; 14,3% citou a utilização de seminários como uma das formas de avaliação e apenas um dos entrevistados mencionou a utilização da Avaliação Globalizada¹⁹.

Considerando-se as opiniões que foram mais frequentes entre os Professores do NDE (Gráfico 3), pode-se afirmar que, de modo geral, em relação ao perfil de Médico

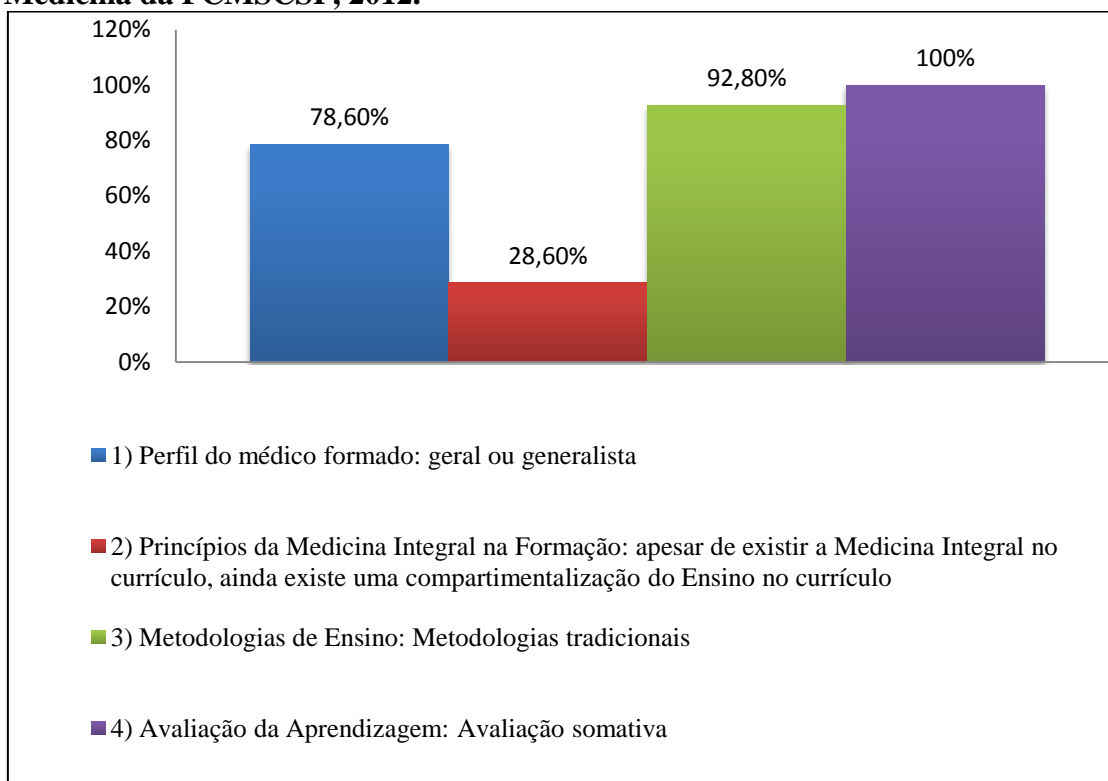
¹⁸ Para esta análise, foram considerados trabalhos os termos: trabalho em grupo, trabalho individual, resenha, monografia e relatório.

¹⁹ A Avaliação Globalizada é uma prova realizada nos seis anos do curso e seu objetivo é avaliar o progresso dos estudantes durante o curso de Medicina. Desta forma, a prova é igual nos seis anos para que se possa de fato verificar os conhecimentos desenvolvidos pelos estudantes ao longo do curso.

que a FCMSCSP pretende formar, a visão dos membros do NDE entrevistados é bastante homogênea em relação ao aspecto da formação generalista, enquanto as outras características aparecem de maneira mais heterogênea. Ao mesmo tempo, pode-se perceber um predomínio da concepção horizontal da Medicina Integral nas respostas dos Professores do NDE, apesar de alguns acharem que, ao mesmo tempo em que existe a expressão de princípios de Medicina Integral no currículo, ainda há a compartimentalização do Ensino, o que pode prejudicar a força dessa expressão.

Percebe-se uma tendência à utilização de metodologias tradicionais de Ensino-Aprendizagem, mas ao mesmo tempo, percebe-se intenção de adequar-se às metodologias utilizadas na aprendizagem significativa e de mudança do papel do professor para um “facilitador” do aprendizado. Quanto às metodologias de avaliação do Ensino-Aprendizagem, verifica-se a tentativa dos docentes da FCMSCSP em realizar uma avaliação completa e efetiva de seus alunos, procurando integrar as três modalidades de avaliação propostas por BLOOM (1983) (avaliação diagnóstica, formativa e somativa), utilizando-se de múltiplos instrumentos de avaliação, a fim de obter uma avaliação condizente com os objetivos de ensino de cada disciplina.

Gráfico 3: Opinião dos Professores do NDE sobre perfil do formando, Medicina Integral, metodologias de ensino, avaliação ensino- aprendizagem, no Curso de Medicina da FCMSCSP, 2012.



4.2.2 Opinião dos Professores do NDE sobre o cumprimento das DCNs para os Cursos de Graduação no Curso de Medicina da FCMSCSP

Os membros do NDE, ao opinarem sobre o cumprimento no Curso de Medicina da FCMSCSP das Competências e Habilidades Gerais exigidas pelas DCNs para a Graduação das 14 profissões da área da Saúde, a partir de documento escrito com as 3 alternativas (**contemplada, não contemplada e contemplada em parte**), se pronunciaram da seguinte maneira (Quadros 10 e 11):

Quadro 10: Respostas dos Professores do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Gerais para os Cursos da área da Saúde, no Curso de Medicina da FCMSCSP. 2012.

nº	Competências e Habilidades Gerais	Contemplada	Não contemplada	Contemplada em parte
5.1	atenção à saúde	12	0	2
5.2	tomada de decisões	13	0	1
5.3	comunicação	11	0	3
5.4	liderança	12	0	2
5.5	administração e gerenciamento	6	1	7
5.6	educação permanente	12	0	2

Quadro 11: Respostas dos Professores do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Específicas para os Cursos de Medicina, no Curso de Medicina da FCMSCSP .2012.

nº	Competências e Habilidades Gerais	Contemplada	Não contemplada	Contemplada em parte
5.7	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social	10	0	4
5.8	Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde.	11	0	3
5.9	Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares	12	0	2
5.10	Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade.	10	0	4
5.11	Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico.	14	0	0
5.12	Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental.	12	0	2
5.13	Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças	13	0	1
5.14	Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral.	14	0	0
5.15	Otimizar o uso dos recursos propedêuticos.	12	0	2
5.16	Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas.	10	0	4
5.17	Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção.	13	0	1
5.18	Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência.	13	0	1
5.19	Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação.	11	0	3
5.20	Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos.	13	0	1
5.21	Conhecer os princípios da metodologia científica.	12	0	2
5.22	Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde.	3	1	10
5.23	Atuar no sistema hierarquizado de saúde.	10	0	4
5.24	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico.	8	1	5
5.25	Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas.	8	0	6
5.26	Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde.	6	0	8
5.27	Atuar em equipe multiprofissional.	12	0	2
5.28	Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.	7	1	6

A respeito do cumprimento das competências e habilidades gerais propostas para todos os profissionais da área da saúde, os docentes do NDE apresentaram as seguintes opiniões em relação ao Curso de Medicina da FCMSCSP (Gráfico 4): 85,7% considerou que o Curso está preparando os estudantes para atenção à saúde e 14,3% entendeu que se trata de uma competência ou habilidade geral contemplada apenas em parte; 92,8% considerou que a competência ou habilidade geral ligada à tomada de decisões é contemplada e apenas 1 respondeu que se trata de uma habilidade ou competência geral contemplada apenas em parte.

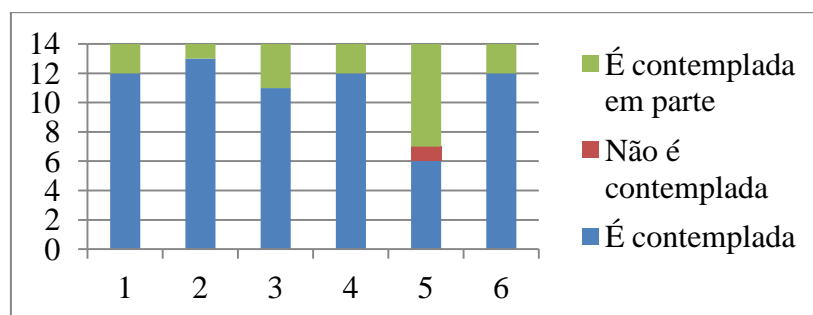
Em relação à comunicação 78,6% respondeu que se trata de uma competência ou habilidade geral contemplada pelo curso e 21,4% entendeu que esta é uma competência ou habilidade geral contemplada apenas em parte. Para 85,7% dos entrevistados, a liderança é uma competência ou habilidade contemplada no curso e para 14,3%, essa é uma competência ou habilidade geral contemplada em parte. Para 42,8% dos Professores do NDE, a competência ou habilidade geral ligada à administração e ao gerenciamento é contemplada pelos cursos, 50% referiu que se trata de uma competência ou habilidade geral contemplada em parte e 1 julgou que essa é uma competência ou habilidade geral não contemplada pelo curso.

Nesse campo, a última competência ou habilidade geral sobre a que se questionou foi a educação permanente: 85,7% considerou que é contemplada e 14,3% referiu que esta competência ou habilidade geral é contemplada em parte.

De forma geral, o que se depreende desses resultados é que a parcela do corpo docente que compõe o NDE e que participou dessa pesquisa entende que o atual Curso de Medicina oferecido pela FCMSCSP contempla completamente ou a maioria das competências e habilidades gerais, mostrando respostas bastante positivas e homogêneas. Em apenas uma das categorias (administração e gerenciamento) houve

uma resposta negativa e maior variação das respostas. Tais resultados reforçam a hipótese de contentamento por parte dos membros desse órgão para com a adequação das propostas curriculares do curso às DCNs – ao menos em relação às chamadas competências ou habilidades gerais.

Gráfico 4: Respostas do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Gerais para os Cursos da área da Saúde, no Curso de Medicina da FCMSCSP, 2012.



A opinião dos docentes sobre o cumprimento no Curso de Medicina da FCMSCSP das 22 Competências e Habilidades Específicas exigidas para os Cursos de Medicina nas DCNs de 2001 (Anexo 1), foram distribuídas conforme apresenta o Gráfico 5.

Acerca da competência ou habilidade específica promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos clientes/pacientes quanto às da comunidade, atuando como agente de transformação social, 71,4% dos Professores do NDE considerou que é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso e 28,6% considerou que é contemplada em parte.

Sobre a capacidade do formando de atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário, 78,6% referiu ser contemplada pelo curso e 21,4% referiu ser contemplada em parte. Em relação à capacidade do formando de se comunicar adequadamente com os colegas de trabalho,

os pacientes e seus familiares, 85,7% considerou ser uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso e 14,3% considerou-a contemplada em parte.

Quanto à capacidade dos formandos de informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação, 71,4% respondeu que essa é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso e 28,6% respondeu que é contemplada em parte.

Em relação à capacidade do formando de realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico, todos os entrevistados responderam que essa é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso.

Sobre a capacidade do formando de dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e de ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução, 85,7% considerou essa competência e habilidade específica contemplada pelo curso e 14,3% considerou que era contemplada em parte.

Acerca da capacidade do formando de diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica, 92,8% entendeu que essa é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso e apenas 1 dos entrevistados referiu se tratar de uma competência ou habilidade específica contemplada em parte.

Para a capacidade do formando de reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua

formação geral, todos os entrevistados responderam que essa é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso.

Em relação à capacidade do formando de otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos, 85,7% assinalou como sendo contemplada pelo curso e 14,3% assinalou como contemplada em parte.

Sobre a capacidade do formando de exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas, para 71,4% dos Professores do NDE considerou como contemplada pelo curso e 28,6% considerou como contemplada em parte.

Em relação à capacidade do formando de utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção e em relação à capacidade de ver a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como 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, 92,8% considerou essas competências e habilidades específicas contempladas pelo curso e apenas 1 dos entrevistados considerou que se tratam de competências e habilidades específicas contempladas apenas em parte.

Sobre a capacidade do formando de atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte, 78,6% entendeu que essa é uma competência e habilidade específica contemplada pelo curso e 21,4% considerou que se trata de uma habilidade contemplada parcialmente.

Acerca da capacidade do formando de realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico, 92,8% entendeu foi contemplada pelo curso e apenas 1 entendeu que se trata de uma competência e habilidade específica contemplada em parte.

Quanto a necessidade de conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos, 85,7% respondeu como contemplada e 14,3% respondeu como contemplada parcialmente.

Acerca da capacidade do formando de lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde, 21,4% entendeu que essa é uma competência e habilidade específica contemplada pelo curso, 71,4% referiu ser contemplada em parte e 1 deles entendeu que ela não é contemplada. Entre as habilidades ou competências específicas analisadas pelas entrevistas, percebe-se que essa foi a que recebeu as piores avaliações.

Sobre a capacidade do formando de atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência, 71,4% apontou ser contemplada pelo curso e 28,6% apontou ser contemplada parcialmente.

Quanto a capacidade do formando de cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico, 57,2% referiu como contemplada pelo curso, 35,6% como contemplada parcialmente e 1 como não contemplada.

Em relação à capacidade do formando de considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população, 57,2% entendeu que essa é uma competência e habilidade específica contemplada pelo curso e 42,8% entendeu como contemplada parcialmente.

Sobre a capacidade do formando de ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde, 42,8% declarou contemplada pelo curso e 57,2% declarou contemplada parcialmente.

Em 5.27., colocou-se em xeque Em relação à capacidade do formando de atuar em equipe multiprofissional, 85,7% respondeu como contemplada pelo curso e 14,3% respondeu como contemplada parcialmente.

Acerca da capacidade do formando de se manter atualizado com a legislação pertinente à saúde, 50% relatou que esta é uma competência ou habilidade específica contemplada pelo curso, 42,8% relatou ser contemplada parcialmente e 1 dos entrevistados relatou que não é contemplada.

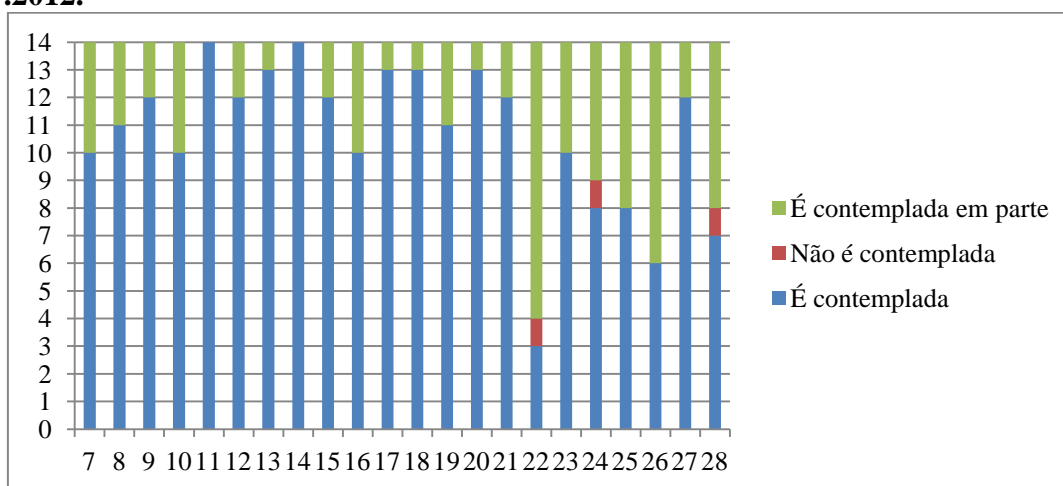
De modo geral, pode-se perceber na análise das respostas sobre as competências e habilidades específicas uma maior variação entre os entrevistados em relação as que são contempladas totalmente e as que são contempladas em parte, mas ao mesmo tempo ainda são muito poucas as respostas de não contempladas.

Quando pensamos nas respostas como um conjunto (competências e habilidades gerais e específicas), pode-se perceber que essas poucas respostas de não contemplada aparecem apenas uma vez nas competências e habilidades gerais (pergunta 5.5, que se refere à administração e gerenciamento) e três vezes nas competências e habilidades específicas (perguntas 5.22 – refere-se a dinâmica do mercado de trabalho e políticas públicas, 5.24 – refere-se ao cuidado da própria saúde física e mental e busca de seu bem-estar e, 5.28 – refere-se a manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde). Pode-se juntar a isso o fato de essas perguntas terem gerado as respostas mais heterogêneas em relação às respostas de contempladas e contempladas em parte, com adição da resposta 5.26, que se refere à visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de políticas e de planejamento em saúde.

Levando-se em consideração que dessas cinco perguntas, quatro se referem a aspectos de administração, leis e gerenciamento, pode-se inferir que o NDE não considera que esses aspectos sejam contemplados de maneira adequada no currículo do Curso de Medicina da FCMSCSP, apesar de haver disciplinas que contemplem tais assuntos. De acordo com as DCNs, deveria haver um equilíbrio entre a clínica, a epidemiologia e a administração no currículo, mas pode-se perceber, pelas respostas dos entrevistados, que isso não ocorre, apesar da tentativa de inclusão de tais disciplinas no currículo.

Ainda assim, de modo geral, vemos que, apesar de algumas respostas de não contempladas, os membros do NDE consideram o currículo da FCMSCSP adequado às DCNs no que diz respeito às competências e habilidades gerais e específicas, sendo que ainda há espaço para melhoria, já que algumas das respostas afirmam tais competências e habilidades gerais e específicas serem contempladas apenas em parte.

Gráfico 5: Respostas do NDE sobre cumprimento das Competências e Habilidades Específicas para os Cursos de Medicina, no Curso de Medicina da FCMSCSP .2012.



CONCLUSÕES

Levando-se em consideração o objetivo geral da pesquisa, que é analisar a trajetória das propostas de ensino da FCMSCSP, tendo como referência as DCNs, identificando modelos e tendências, pode-se perceber, através da leitura e análise do PDI, PPI e PPC de Medicina da FCMSCSP que essa Instituição, desde sua formação tinha uma forte preocupação em adequar seu Curso de Medicina às normas governamentais. Nota-se ainda, um esforço contínuo das propostas de ensino da FCMSCSP em proporcionar um Curso de Medicina que atenda às propostas das DCNs.

Fica claro também a expressão da Medicina Integral no currículo do Curso de Medicina da FCMSCSP, que pode ser explicado pelo momento peculiar em que a FCMSCSP foi criada, momento esse de discussões crescentes sobre os rumos do Ensino Médico e do papel que a Medicina Integral deveria ter no Ensino Médico.

Ao analisar os currículos da FCMSCSP em conjunto com as opiniões dos membros do NDE, fica evidente o esforço desta Instituição em integrar os ciclos básicos com os ciclos clínicos, com o objetivo de formar Médicos generalistas e humanistas, o que está de acordo com as propostas das DCNs para o perfil dos formandos.

É evidente também, tanto nos currículos analisados quanto nas entrevistas com os membros do NDE, a importância dada pela Instituição na inserção de seus alunos nos mais variados cenários de prática desde o primeiro ano de Curso. Este fato, além de estar em concordância com as propostas das DCNs, pode ser explicado pela peculiaridade da FCMSCSP ter sido criada a partir de um Hospital, ou seja, já existia o Hospital Central da ISCMSP e, seus médicos viram a necessidade de existir o Ensino Médico naquele Hospital.

Em relação às metodologias de Ensino-Aprendizagem e de avaliação de Ensino-Aprendizagem, nota-se tanto no PPC de Medicina quanto nas entrevistas realizadas com os membros do NDE uma tentativa de adequação às DCNs, tanto nas metodologias de ensino - na tentativa de mudança do papel do professor para um facilitador do aprendizado -, quanto nas avaliações - com a tentativa de integração entre as avaliações diagnóstica, formativa e somativa.

Fica evidente também que, em relação às competências e habilidades gerais e específicas para os Cursos de Medicina, tanto os PPI, PDI, PPC e as entrevistas demonstram que em sua maioria, são contempladas satisfatoriamente pelo Curso de Medicina da FCMSCSP, sendo importante ressaltar a necessidade de aumentarem os esforços para cumprirem com as competências gerais e específicas referentes à aspectos de administração, leis e gerenciamento, que são de fundamental importância para a formação de Médicos capazes de atuar em qualquer área ou cenário da Medicina.

Ao término dessa pesquisa, destacam-se também seus limites. Embora ela tenha buscado fundamentação em cinco currículos de momentos distintos da História da FCMSCSP, eles não são únicos e outras análises, compostas por outros currículos, selecionados por outros motivos, certamente contribuiriam para melhor compreensão do quadro proposto. Da mesma maneira, destaque-se que a Pesquisa de Campo foi realizada apenas entre membros do NDE. Fosse o escopo da mesma ampliado para incluir outros docentes membros dos Departamentos, talvez seu resultado apresentasse variações significativas cujas implicações poderiam contribuir no sentido da contínua melhora do Curso de Graduação de Medicina da FCMSCSP. Nesse perspectiva, parece claro que o tema merece novos estudos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MJ. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde medicina. In: **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2 ed. Londrina: Rede Unida; 2005. p.45-51.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargo; ALVES, Leonir Pessate. [Orgs.] **Processos de Ensinagem na Universidade**. 6. ed. Joinville, SC: Ed. UNIVILLE, 2006.

BARBIERI, FB. **A Rede Unida e o Movimento de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Londrina, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BECK, AH. **The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education**. JAMA, Chicago, v. 291, n. 17, p. 2139-2140, May 2004.

BERBEL NAN (Org.). **A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita**. In: Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL; 1999. p. 1-28.

BITTAR, Mariluce, OLIVEIRA, João F. e MOROSINI, Marília (orgs.) Educação Superior no Brasil – 10 Anos Pós-LDB. Brasília: Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, 2008. (Capítulos 1, 2, 3, 4).
<http://www.publicacoes.inep.gov.br>

BLOOM, B; HASTINGS, T & MADAUS, G. **Manual de Avaliação Formativa e Somativa do Aprendizado Escolar**. São Paulo, Pioneira, 1983.

BRASIL. Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Brasília; 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5773.htm. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 4024/61 de 20 de Dezembro de 1961. Lei de Diretrizes e Bases de 1961. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm. Acesso em: 05 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Comissão Nacional da Educação Superior – CONAES. Parecer CONAES nº.4, de 17 de junho de 2010, sobre o Núcleo Estruturante – NDE. Brasília, 2010a. Disponível em: http://www.prograd.ufba.br/Arquivos/CPC/parecer_conae_nde4_2010.pdf. Acesso em: 09 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA. Brasília, 1981. Série de Cadernos de Ciências da Saúde nº 03.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 15, de 12 de novembro de 2008. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/retificacaoeditalpetsaude121108.pdf>.

Acesso em: 12 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_18_selecaoetsaude.pdf.

Acesso em: 04 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior (IES) em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde para participação no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde Brasília, 2011a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_24_completo_15dez11.pdf.

Acesso em: 08 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007a. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf.

Acesso em: 04 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e da Cultura. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html>.

Acesso em: 10 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e da Cultura. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília/DF: 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2011b. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306.

Acesso em : 06 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares – PROMED. Portaria Interministerial n. 610 de 26/03/2002. Disponível em:

http://www.pp.ufu.br/Port_Inter.htm. Acesso em: 25 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, enfermagem e Odontologia. Portaria Interministerial n. 2101 de 3/11/2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2101.htm>. Acesso em: 13 de outubro de 2011.

CAMPOS, HH; ARAUJO MNT; HADDAD, AE. **Um Novo Olhar sobre as DCN do Curso Médico (DCNM)**. 209-225 in: STREIT, DS et al. [orgs]. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

CARNEIRO JUNIOR N, GUEDES JS, LUPPI CG, MARSIGLIA RMG. **Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac 45 anos de compromisso com o ensino, pesquisa e a saúde da população**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2012;57(1):51-3.

CYRINO, EG e TORALLES-PEREIRA, ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. CadPública, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO – FCMSCSP. História. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/fcm.php?sit_id=1&sgr_id=1. Acesso em: 06 de março de 2012.

_____. Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 20 de outubro de 1962, p. 4 e 5.

_____. Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 28 de outubro de 1963, p. 5.

_____. Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 22 de setembro de 1971, p. 3.

_____. Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 10 de outubro de 1991, p.5 e 6.

_____. Livro de Atas do Conselho de Orientação Científica da FCMSCSP, 5 de novembro de 1983, p.2.

_____. Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) de 2009 a 2013. São Paulo; 2009a. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/files/pdi_2009_2013.pdf. Acesso em: 09 de agosto de 2012.

_____. Projeto de Integração Docente Assistencial (PIDA) Santa Casa de São Paulo e Secretaria Municipal da Saúde – Área Central do Município de São Paulo. Coordenador: Nivaldo Carneiro Junior. São Paulo; 2003.

_____. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. São Paulo, 2011.

_____. Projeto Pedagógico Institucional – PPI, 2009b. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/files/ppi_fcmscsp_novo.pdf. Acesso em: 09 de agosto de 2012.

_____. Proposta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde (SGTES) e Ministério da Saúde / SESU / Ministério da Educação. Dezembro de 2005.

_____. Relatório: PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. São Paulo, outubro de 2009c.

FARIAS A. **LDB Comentada**. Curso de Serviço Social – UNIT. Maio; 2010. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAuhEAE/ldb-comentada#>. Acesso em: 2 de outubro de 2011.

FERREIRA, JR & CAMPOS, FE. **Reformando a Educação Médica no Brasil: o Importante Papel das Diretrizes Curriculares Nacionais**. 199-208 in: STREIT, DS et al. [orgs]. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

FLEXNER A. **A medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancements of Teaching**. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf . Acesso em: 16 de junho de 2011.

ForGRAD. **Fórum de pró-reitores de graduação das universidades brasileiras: o currículo como expressão do projeto pedagógico: um processo flexível**. Niterói, RJ. 24 p. Disponível em: <http://www.forgrad.org.br/pages/publicacoes.htm>.

ForGRAD. **Fórum de pró-reitores de graduação das universidades brasileiras: resgatando espaços e construindo ideias: de 1997 a 2002**. Niterói, RJ: EduFF, 2002, 168p. Disponível em: <http://www.forgrad.org.br/pages/publicacoes.htm>.

FREIRE, Paulo. Não existe docência sem discência. In: **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO e FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde 2010. São Paulo; janeiro de 2010a.

_____. Proposta “PROJETO PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE 2012-2013. São Paulo, março de 2012.

_____. Relatório técnico (Resumo Executivo). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/Pró-Saúde – Medicina – 2ª Fase. São Paulo, maio de 2010b.

GARCIA, Maria Alice Amorim & DA SILVA, Ana Laura Batista. **Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular**. Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (1): 58-68; 2011.

GUIBU, Ione Aquemi. **Ensino médico e serviços de saúde: a experiência da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1986.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Organizadores: Ana Estela Haddad [et al.]. Brasília: 2006.15 v. : il. tab.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. **Centro de Saúde Escola Barra Funda, Dr. Alexandre Vranjac - CSEBF-AV: Quem somos.** Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/csebf/historia.asp>. Acesso em: 06 de março de 2012.

KISIL M, CHAVES M. Programa UNI: **Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde.** Battle Creek: Fundação W.K. Kellog, 1994.

LAMPERT, JB. **O Papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no Processo de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina.** 31-58. In: STREIT, DS et al. [orgs]. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

MAIA, JA. O Currículo no Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, NA e BATISTA, SH [organizadores]. **Docência em Saúde – temas e experiências.** Editora Senac. São Paulo, 2004.

MARANHÃO, EA; GOMES, AP; SIQUEIRA-BATISTA, R. **O que Mudou na Educação Médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: sob os Olhares do Jano de Duas Faces.** 59-91 in: STREIT, DS et al. [orgs]. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

MARCONI, MA & LAKATOS, EM. **Técnicas de pesquisa:** Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1988.

MARSIGLIA, RMG. **Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil.** São Paulo: Editora HUCITEC, 1995.

MARSIGLIA, RMG & AMARAL, A. **Projeto PROMED. Documento Impresso.** São Paulo: FCMSCSP, 2002.

MARSIGLIA, RMG; IBAÑEZ, N e IANNI, AMZ. A Experiência do Pró-Saúde na FCMSCSP. In: PIERANTONI, CR e VIANA, ALA [orgs]. **Educação e Saúde.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

MARTINS, JP. Considerações sobre Avaliação no Ensino Superior. In: ROSSIT, RAS & STORANI, K. **Avaliação nos Processos Educacionais.** Editora Unifesp; 2000.

MARTINS, MA. **Novas Tendências do Ensino Médico.** Gazeta Médica da Bahia 2008; 78 (Suplemento 1): 22-24.

MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIROS R, MATTOS R. **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: IMS – UERJ, 2003.

MERCADANTE, OA. **Um centro de Saúde como local de estágio de Saúde Pública para estudantes de Medicina.** Faculdade de Higiene de Saúde Pública (dissertação de mestrado). São Paulo; 1971.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de

novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE / SECRETARIA DO ENSINO SUPERIOR. Edital - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina. Brasília: janeiro de 2002.

MITRE, SM; SIQUEIRA-BATISTA, R; GIRARDI-de-MENDONÇA, JM; MORAIS-PINTO, NM; MEIRELLES, CAB; PINTO-PORTO, C; MOREIRA, T; HOFFMANN, LMA. **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Formação do Profissional em Saúde**: debates atuais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 13 (Sup 2):2133-2144; 2008.

MOREIRA, G. **Implicações da Reforma da Educação Médica na Formação do Docente de Medicina**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Sorocaba. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Educação. Sorocaba, 2010.

MOROSINI, Marília Costa. **Enciclopédia de Pedagogia Universitária: glossário**. Volume 2. Brasília. INEP / RIES, 2006.

RANALI, J; LOMBARDO, IA. **Projeto Pedagógico para Cursos de Odontologia**. 65-73 in: Carvalho ACP de, Kriger, I. Educação Odontológica. São Paulo; Artes Médicas, 2006.

REDE UNIDA. **Rede Unida**. Nossa História. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>. Acesso em: 05 de março de 2012.

SANT'ANNA, IM. **Porque Avaliar? Como Avaliar? Como Avaliar?: Critérios e Instrumentos**. Petrópolis, Vozes, 1995.

SONZOGNO, MC. Metodologias no Ensino Superior: Algumas Reflexões. In: BATISTA, NA e BATISTA, SH (organizadores). **Docência em Saúde**: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2004.

STELLA, RCR; ROSSETTO, MBND. **O Papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no Processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina**. 11-30. In: STREIT, DS et al. [orgs]. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

TYLER, RW. **Princípios Básicos de Currículo e Ensino**. Porto Alegre, Globo, 1974.

WALTON, H. **The Edinburgh Declaration: Ten Years Afterwards**. Basic Science Educator. The Journal of the International Association of Medical Science Educators – IAMSE; 1999: Volume 9, Numbers 1 & 2: 3-7

ZEFERINO, Angélica Maria Bicudo; PASSERI Silvia Maria Riceto Ronchim. **Avaliação da Aprendizagem do Estudante**. Cadernos ABEM. Vol. 3, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – Competências e habilidades específicas para os Cursos de Graduação em Medicina (ALMEIDA, 2005, p. 2 e 3)

As competências e habilidades específicas para os cursos de graduação de medicina são:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como 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;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

**ANEXO 2 - Lista dos trabalhos desenvolvidos no Pró e PET-Saúde da
FCMSCSP**

TRABALHOS DO PRÓ-SAÚDE: CURSO DE MEDICINA- 2007

**CONHECENDO A SAÚDE COM O EXERCÍCIO DA TERRITORIALIZAÇÃO:
PRÓ-SAÚDE – 1º ANO DE GRADUAÇÃO MÉDICA**

Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Autores: Rute Loreto S. Oliveira, Christiane Herold de Jesus, Carla Gianna Luppi, Danielle Bivanco de Lima, Juliana Fontan Ottolia, Daniel Alberto F. Carmona, Alexandre Dib Partezani, Rafael Shigueki G. Forte, Pedro Canzian Magalhães Oliveira, etc. cols.

**CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO MÉDICO A PARTIR DA
INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DO 1º ANO DE MEDICINA,
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESCOLA PÚBLICA DE ENSINO
FUNDAMENTAL NO CENTRO DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Autores: Kanamori, K.S.; Dias, E.R.M.; Oliveira, G. K.; Dias, M. A.; Boyadjian, M.H.S.

**ANÁLISE DO PRIMEIRO ANO DE DESENVOLVIMENTO DO PRÓ-SAÚDE
NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO
PAULO**

Autores: Scapolan, M.B.; Giroto, P.N.; Marsiglia, R.M.; Ching T.H.

**VIABILIDADE DE INTERVENÇÃO EM CONFECÇÕES DA REGIÃO
CENTRAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ATRAVÉS DA GINÁSTICA
LABORAL**

Autor: Tiago Valois - co-autores: Gabriela Kruger de Oliveira, Karina Sayuri Kanamori, Marcio Andrade Dias e Taluana Bueno Morandim

Orientador(a): Carla Gianna Luppi

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CRIANÇAS DA 1ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLA PÚBLICA NA REGIÃO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autores: Marcio Henrique Stella Boyadian – co-autores: Eduardo Rullo Maranhão Dias, Renata Andrea Silva e Santos, Vivian Dias Baptista Gagliardi e Andre Lippi de Azevedo

Orientador (a): Carla Gianna Luppi

O ESTUDANTE DE MEDICINA E A PROMOÇÃO DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES: UM EXPERIENCIA PILOTO

Autores: Fernanda Alves de Oliveira, Paulo Henrique do Amor Divino, Fabio Agostini Amaral, Daniela Zaros, Fernanda Mayumi Tangan e José Eduardo Riceto Loyola Junior

Orientador: Marsal Sanches

PRÓ-SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA COM IDOSOS EM BAIRRO CENTRAL DE SÃO PAULO

Autores: Ibanez,N.; Rocha, M.R.H.; Santana, V.S.; Simões, O.; Vechio, E.; Vieira, E.P.G.

PRÓ-SAÚDE: MEDICINA - 2008

PRÓ-SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS IMIGRANTES DE 0 A 3 ANOS DA REGIÃO DO BOM RETIRO, NO CENTRO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Autores: Jennifer s. Loureiro, Fernando Morelli, Barbara Lúcia A. L.A. da Silva, Caroline E. Garcia, Diego F. S. Cunha, Mayara C. Laporto, Márcio Marcelino, Ricardo B. Ávila, Laercio L. da Silva, Rafael M. Spera, Fernanda C. Affonso, Henrique Lobello, Edgar A. C. Lopez

Orientador: Oziris Simões

EDUCAÇÃO Á SAÚDE EM OFICINA DE COSTURA DE BOLIVIANOS –

Relato de experiências dos Alunos do Pró-Saúde de Medicina e um Centro de Saúde Escola na região central do Município de São Paulo

Autores: Carla Cristina Monteiro da Silva, Roberto Topolniak, Patricia S. Montemagni, Adriana M. Chaoul, Camila M. Endo, Eduardo Witsmiszyn, Hélio Jiseok Choi, Kauè Polizel Souza, Claudia Lopez Carvalho, Rute Loreto Sampaio Oliveira e Christiane Herold de Jesus

INVESTIGAÇÃO SOBRE RISCO CARDÍACO

Autores: Claro, P.C.; Abrantes, F.A.; Vaidergorn, R. E., Crochik, C. Z

Orientadora: Ianni, Áurea

PERFIL, STRESS E NECESSIDADE DE ACOMPANHANTES DE PROGRAMA DE ACOMPANHANTES DE IDOSOS – PAI E CUIDADORES NÃO PROFISSIONAIS DE IDOSOS/ACAMADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Autores: Gomes, A.B.A.G.R.G.; Carvalho, A. K.; Andrade, C. P.; Penido, F. S. O.; Couto, I.C.; Hashimoto, M.K.; Biancalana, P. M.

Orientadora: Marsiglia, R.

Colaboradores: Santana, V.S. – PET-Saúde; Andrade, M.C.R., Silva, A. P.; PAI-Santa Cecília.; Lobello, H.; Affonso, F. C.; UBS Bom Retiro

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DA DIETA DA POPULAÇÃO FREQUENTADORA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARMANDO D'ARIENZZO

Autoras: Andressa Sato de Aquino Lopes, Gabriela Suemi Shimizu, Fabiana Toledo Bueno

Orientadora: Maria Josefa Penon Rujula

INFLUÊNCIA DE GRUPO MULTIDISCIPLINAR NO ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Autores: Vinicius Andreoli Schoeps, Carlos Alexandre de Almeida Rodrigues, Suheyla Pollyana Pereira, Stephanie Fonseca Levy, Caio Célio Santiago Moisés, Marina Colella dos Santos, Aryane Pereira Neves Silva, Taciana Toda, Thais Grodzicki Ambrus, Viviane Rinaldo Favarin

Orientadores: Cássio Silveira e Gabriela Junqueira Calazans

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS LATINAS MIGRANTES (GRUPO COM MÃES, AGENTES DE SAÚDE, ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO EM PORTUGUES E TRADUZIDO PARA O ESPANHOL).

Autores: Grupo de alunos

Orientador: Oziris Simões

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRE-ESCOLA MUNICIPAL – EDUCAÇÃO E HIGIÊNE BUCAL

Autores: Grupo de alunos

Orientador: Nelson Ibanêz

AVALIAÇÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS MATRICULADAS NA CRECHE

Autores: Grupo de alunos

Orientador: Nelson Ibanêz

SAÚDE DO IDOSO: NUTRIÇÃO, ACUIDADE AUDITIVA, ACIDENTES DOMICILIARES E ENTRETERIMENTO

Autores: Grupo de alunos

Orientador: José Carlos Bittencourt

**CUIDADO COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO IMIGRANTE BOLIVIANA NA ÁREA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CSEBF**

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Christiane Herold de Jesus

BUSCA ATIVA PARA RISCO CARDIOVASCULAR DA PUPULAÇÃO EM ÁREA DE FAVELA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Carla G. Luppi

PROMOÇÃO DE HIGIENE CORPORAL EM ESCOLARES**PERCEPÇÃO SOBRE SEXUALIDADE ENTRE ESCOLARES DA 7ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SÃO PAULO”**

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Rute Loreto Sampaio

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E ATIVIDADE FÍSICA**ORIENTAÇÃO SOBRE RISCOS DOMÉSTICOS****AUTO-ESTIMA, QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO**

Autores: Grupo de alunos

Orientador: Cesar A. Inoue

PREVENÇÃO DE RISCO CARDÍACO

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Áurea Ianni

CONSTRUÇÃO DE HORTA SUSPensa”

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Maria de Lourdes S. Mahl

GRUPO DE USUÁRIO EM ATENÇÃO BÁSICA PORTADORES DE DANT: DIÁLOGO E APRENDIZENS”

Autores: Grupo de alunos

Orientador: Cássio Silveira

PRÓ-SAÚDE: MEDICINA – 2009 (2º ANO DO CURSO DE MEDICINA)***PLANEJAMENTO FAMILIAR - CSE BARRA FUNDA**

Autores: Amanda Silveira Santos, Ana Carolina M.C.; Camila Vaz, Daniel Carmona, Daniela Trindade, Larissa Curiatti, Lucas Naline, Roberto Pestana, Taisa Brigatto

Tutor: Dr. Nelson Gonçalves

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UBS DO BOM RETIRO

Autores: Douglas Fernandes Martins, Jaime Benitez Martins, Stephanie Ondracek Lemouche, Tháís Válio Roque da Silva, Vitor Tadao Yoshida, Letícia de Aguiar Costa, Roselaine dos Reis

Tutor: Dr. Nelson Gonçalves

INTERVENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE HUMAITÁ

Autores: Alisson Paulino Trevizol, André Reis de Carvalho, Aryanna Gosme de Araujo e Sousa, Beatrice Mussio Fornazier Volponi, Luany Ide Hasimoto, Marília Tomiyoshi Asato, Mateus Almeida Silva, Rodolfo Ferreira Mendonça, Simone Santoro Ângelo

Tutor: Dr. Renato Zan

SEXUALIDADE & ADOLESCENCIA – UBS. SANTA CECÍLIA

Autores: Hugo Luiz de Vasconcelos Tames, José Renato N. Ferreira Leite, Júlio Patrocínio Moraes, Natália Marcela H. Bermann, Priscila Marques Interlizano, Tiago Ribeiro Langoni, Wilson Morikawa Júnior

Tutor: Dr Renato Zan

CUIDADORES NÃO PROFISSIONAIS DE IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE HUMBERTO PASCALLI – SANTA CECÍLIA – STS/SÉ/SMS/SP

Autores: Ana Beatriz Ayroza R. Gomes, Carolina Puglia de Andrade, Caroline Naomi S. Seto, Estevão Guerra, Ingrid C. Couto, Pedro Takata, Rodolfo Swistalski Gimenez, Flávia de Souza Oliveira Penido, Fábio Agostini do Amaral, Ana Karine de Oliveira, Davi Felitti

Tutora: Profa. Regina Marsiglia

CUIDADORES NÃO PROFISSIONAIS DE IDOSOS UBS BOM RETIRO

Autores: Adriana Morgan, Mateus Matuoka, Mauricio Hashimoto, Priscila Biancalana, Willian Zarza

Tutora: Profa. Regina Marsiglia

*** Alguns trabalhos não foram concluídos por falta de horário na grade curricular para os alunos do 2º ano.**

PRÓ-SAÚDE: MEDICINA – 2º. Ano do Curso- 2009/2010**

ADESÃO AO TRATAMENTO – CSE – ALEXANDRE VRANJAC

Autores: Eduardo Yamashita, Eduardo Baracat, Daniel Kuwashima, Abdo Fares, Edio Cavassani, Thiago Arantes, Felipe Fiuzza, Otávio Cesár, Stephanie Ogata, Giovanni Battista. C. Neto

Tutor: Dr. Paulo Carrara

PILULAS DA SABEDORIA - UBS CAMBUCI

Autores: André Paterno, Elisabeth Callegaro, Henrique Helber, Gabriela Martines, Isa Sato, Lucas Nahas, Marcelo Muramatsu, Renata Guazzelli, Renato Hikari, Rodrigo Oliveira, André Dias Carneiro

Tutor: Dr. Paulo Carrara

VAMOS ENXERGAR – UBS HUMAITÁ

Autores: Paula Akemi Saito, Bruno Píton da Silva, Tamiris Esteves Nagem, Aron Augusto Jorge, Mariana Zacharias de Deus, Fernanda Bourroul V. Pedras, Ivan Henrique Silveira Bueno Piotto, Fabrício Langella

Tutor: Dr. Vagner Lapate

SALA DE ESPERA: RELACIONANDO HÁBITOS ALIMENTARES MAIS SAÚDAVEIS E SAÚDE BUCAL NUM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – CSE Barra Funda

Autores: Alexandre Dib Partezani, Guilherme Guardiã Mattar, Juliana Fontan Ottolia Leandro Duil Kim, Leonardo Ciccirelli Pereira Lima, Mário Padula, Pedro Canzian Magalhães Oliveira, Rafael Shigueki Goshi Forte, Renan Santos Feitosa, Talita Cristine Mizushima, Renato José Azevedo L. Alves da Silva

Tutora: Dra. Maria Josefa P. Rujula

INTERVENÇÃO NA REGIÃO DA BELA VISTA – VIDA SAUDÁVEL – UBS NOSSA SENHORA DO BRASIL

Autores: Amanda Hiromi Abe, Andressa Sato de Aquino Lopes, Augusto Shimohakoishi

Fabiana Toledo Bueno, Frederico Lomonaco Cuellar, Gabriela Alves dos Santos, Gabriela Suemi Shimizu, Hanna Kim, Keiny Hosoume, Leonardo Honorato Cheng, Luiz Felipe de Mello Pereira Leitão, Mauro Henrique Júnior, Pablo Leonardo Traete,

Patrícia Lumi Yokomizo, Pedro José de Moraes Rebello Pinho, Rafael Ferreira Zatz
Tayane Maruca Magalhães
Tutora: Dra. Maria Josefa P. Rujula

**AÇÃO EDUCATIVA PARA GESTANTES NO BAIRRO DO BOM RETIRO
(SÃO PAULO)**

Autores: Ana Paula Bastos Tavares, Gabriela de Haro Miguel Ippolito Giordano e
Natalia Aranha Netto
Tutor: Prof. Dr. Oziris Simões, Preceptor(a): Dra. Fernanda Affonso

CARTILHA DA GESTANTE (versão em espanhol e português)

Autores: Amanda Fernandes Halla, Ana Paula Bastos Tavares, Ana Paula Biteli Soares,
Braian C. V. C. de Castro, Danilo Hojo Navarro, Dante Amato Neto, Gabriela Akinaga
Kock, Gabriela H. M. I. Giordano, Guilherme C. J. Valinoto, Herbert Luiz Namura da
Silva, João Marcos C. P. Leão, Larissa M. de Sales Vieira, Livia Castellari Burchianti,
Lucas Ruitter Kanamori, Marjorie C. P. Rodrigues, Natalia Aranha Netto, Nathália de
Souza Gambassi, Pedro Bigelli Filho, Pedro Henrique Della Libera, Ricardo Magalhães
de Souza, Tamie Tsutsumi Silveira, Tatiana Iutaka, Tatiane Alves de Mello, Thais C. de
Carvalho, Vanessa Cherniauskas, Vítor B. Cavenaghi, Vitor Serafim de Faria
Orientadores: Oziris Simões, Nelson Ibanez, Fernanda Affonso

**** Parte dos trabalhos não foi concluída por falta de horário na grade curricular
dos alunos do 2º ano**

PRÓ-SAÚDE: MEDICINA – 2011

**INTERVENÇÃO: PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA DEGENERATIVA,
ESCLEROSE LATERAL ANITRÓFICA (E&a) – UBS N.SRA. DO BRASIL –
BELA VISTA - SP**

Autores: Felipe de Seixas Alves, Leonardo Zanesco
Orientadores: José Carlos Bittencourt, Livia Monteiro Elias

**INTERVENÇÃO: PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES – UBS N.SRA. DO BRASIL – BELA VISTA –SP**

Autores: Carol Letícia Braga Queiroz, João Vitor Negrão, Aline Hamati Batista, Arthur Lyra, Felipe Martins dos Santos Leopoldo, Fernanda Caramela A. Pereira

Orientadores: José Carlos Bittencourt, Livia Monteiro Elias

INTERVENÇÃO: O IDOSO NA ESTRATÉRIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - UBS N.SRA. DO BRASIL – BELA VISTA – SP

Autores: Débora L. Manor, João Pedro Simões, Laís Yumi Sakano, Enzo Sakaguti Ferreira, Guilherme Maia Oliveira, Julio Cesar de Andrade

Orientadores: José Carlos Bittencourt, Livia Monteiro Elias

INTERVENÇÃO: PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA DEGENERATIVA – UBS BORACEA, BARRA FUNDA – SP

Autores: Luisa Caracik de Camargo Andrade, Marina Lazarrin Marani, Marcelo Mateus Badia, Rafael Il Jun Yoo, Paola Boaro Segalla, Willian Kenji Lin, Rafael Stefano Spacca Ribeiro, Rodrigo Andrade Tonim, Rodolfo Luciano Galeazzi, Liliane Mitie Costa Russo, Priscila Akemi da Silva.

Orientador: José Carlos Bittencourt

MAPA INTEGRATIVO DE SUPORTE À SAÚDE

Autores: Andre Freire Kobayashi, Caroline Haydn Credidio, Daniela Christiane Leite Pereira, Danielle Nunes Briza, Dino Rafael Perez Miranda, Felipe Neves Simões Monteiro, Francisco Felipe Alves dos Santos, Gabriel Cerpa Nascimento, Gabriel Roschel Matos, Giovana Liberato de Castro, Lucas Sadawo Chagas Takikawa, Luiz Ricardo Hardt de Siqueira Filho.

Orientador: Cássio Silveira

Grupo Educativo em HAS/DM

Autores: Giuliana Olivi Tanaka, Grazielle Cristina Palancio Morais, Juliano Mangini Dias Malpaga, Kaue Alvarez Sucena, Lais Cancian Oliveira Fernandes, Luis Guilherme Alves de Oliveira

Orientador: Cássio Silveira

ORGANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO VISUAL

Autores: Marcelo Peres Ortiz de Camargo, Marcos Borges de Moura Campos Filho, Marcus Vinicios Takatsu, Mateus Pacheco Mantoan, Melanie Mayumi Horita, Pedro Surita Pires de Almeida, Priscila da Silva Costa, Rafael Gonçalves Ribeiro, Raquel Ataíde Peres da Silva, Raquel Perea Villa Nova, Richard Waysean You, Tâmara Melissa Zavadzki Albuquerque, Violeta Lescher Facciolla, Vitor Ramalho Bardanuil
Orientadora: Maria Cristina C. Marques

SAÚDE EM 3 PASSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA EXPERIÊNCIA DE DOENÇAS CARDIO-VASCULARES NO CSEBF: AVALIAÇÃO FÍSICA, ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL À ATIVIDADE FÍSICA

Autores: Alexandre José Bonfitto, Ariadne Ribeiro Negrão, Arthur Castello Berchielli Nunes, Beatriz Viesser Miyamura, Catharina Cardoso Januario de Souza, Débora Davalos de Albuquerque Maranhão, Dov Lagus Rosemberg, Eduardo Seiji Takeushi, Eduardo Zuker, Elias Hideki Kawabata, Felipe Acquesta Bezerra, Felipe Antonio Sulla Lupinacci, Guilherme Henrique Figueiredo Velani, Gustavo Yun Hwa Isquierdo Fam, Jessica Zilberman Macret, Larissa Fazzi, Laura Beatriz Pires Almeida Leber, Leonardo Lopes Fioratti, Livia Palma Stievano, Marcos Felipe Campiolo, Matheus Augusto Walter Marcello, Mike Shyu, Nina Ayumi Bis Marques Uehara, Paula Lumi Taquicawa Kague, Rafael Villano Krentz, Renan Raimundo Damasceno, Victor Barbieri Bariani -
Orientadora: Gabriela J. Calazans

PRÓ-SAÚDE: MEDICINA - 2012

ORIENTAÇÃO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTS) AO GRUPO DE TRAVESTIS E AGENTES DE SAÚDE DA UBS BORACEA

Autores: Luana Dias, Nicholas Kubo, Nichollas Bosi, Patrick Harris, Pedro Porto, Rafael Garcia, Raphael Savioli, Renan Zaramella, Rodrigo Aguiar, Stéfany Franhan, Stephanie Tormin, Tatiana Mika, Vitória Lana
Orientadores: Jose Carlos Bittencourt, Juliana Correa

OFICINA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA NO PROJETO CURUMIN – UBS BORACEA

Autores: Marcela Rufino Mazzeo, Marcus Vinicius de Godoy Negri, Maria Carolina de

Simone, Mateus Trinconi Cunha, Maya Chaimovitz Silberfeld, Milton Ferreira Neves Neto, Nicolas Rodrigues Ferreira da Silva, Rafael Gomes dos Santos, Rafael Moraes Trincado, Renata Pizzi Veloso, Rodrigo Armando Sperandio, Rodrigo de Almeida Mastroroso, Silvia Helena Nogueira Tirico, Stephanie Murgio Bibikoff

Autores: Juliana Moura, Danielle Bivanco de Lima

PESQUISA DE SATISFAÇÃO JUNTO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE AUTO-MONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG) NA UBS HUMBERTO PASCALE, NA CIDADE DE SÃO PAULO

Autores: Alexandre J. Yagi, Ariane E. S. R. Alves, Bruna de Paiva Anacleto, Caio B. Kabu, Caroline M. S. Leopoldo, Constantino Mignone Neto, Flavio G. Nishide, Gabriel T. Pacheco, Gabrielle M. de Almeida, John C. T. Chão, Laura C. M. Ferreira, Lucas V. Padial, Luiz T. R. Nehme

Orientadores: Cássio Silveira, Juliana Moura, Danielle Bivanco.

ORIENTAÇÃO PARA A ADESÃO MEDICAMENTOSA (UBS N.Sra. Brasil)

Autores: Andressa Evaristo Mendalha Lopes, Ângelo Chelotti Duarte, Augusto Canton Gonçalves, Augusto Canton Gonçalves, Bruno Maltese Zuffo, Carlos Felipe de Oliveira Reyna, Giovanni Fornino, João Tomás Fernandes Castilho Garcia, Julianna Sayuri Kaneko, Letícia Valentim dos Santos, Lilian Lemos Costa

Orientadores: José Carlos Bittencourt, Cesar A. Inoue

CONSTRUÇÃO DO SITE UBS BOM RETIRO: UM PROJETO DE COMUNICAÇÃO

Autores: Allan Gioia Morrell, Allan Irwin L. Bezerra, André Muto, Arthur Pereira Naves, Bruno Nagel Calado, Caio Gomes Floriano, Caroline Schiave Germano, Eduardo Riello Pereira, Eric Haruki de Oliveira Oku, Filipe Rong Kay Tai, Gabriela Vitiello P. Brosco, Jessica Ferreira de Oliveira, Karina Baruel de C. Votto.

Orientador: Oziris Simões, Maria Cristina C. Marques

PANFLETO DE ORIENTAÇÃO SOBRE OS DIREITOS EM SAÚDE DOS IMIGRANTES EM SOLO BRASILEIRO

Autores: Alexandre Welikow, André Lafranchi, Brigitte Cese, Diogo dos Santos, Jorge Kawano

Orientadora: Christiane Herold de Jesus

SALA DE ESPERA DE GESTANTES

Autores: Andréia Simony, Caio Gullo, Cesar Gimenes, Daniel Bussius, Fabio Mancini, Felipe Valadares, Heloisa Yamamoto, José Otávio Cavani

Tutora: Christiane Herold de Jesus

APROVEITE A MELHOR IDADE

Autores: Lívia Holland, Luana Rigonati, Luiz Henrique Travassos, Marcos Alexandre Kojima Mori, Paulo Henrique Maia de Freitas, Rafael Ferro, Rodrigo de Assis Rocha, Rodrigo Peixoto Vargas, Ronaldo Wieselberg, Sérgio Mazzolla, Tamara dos Santos Domingues, Thomas Abdal Perlaky, Vitor Miguel Oliveira, Viviane Nassif

Orientadora: Karina Calife

PET-SAÚDE: MEDICINA, ENFERMAGEM, FONOAUDIOLOGIA- 2009

Experiências Interdisciplinares com Bolsas para : 12 Alunos, 6 Preceptores dos Serviços e 1 Docente (8 horas semanais fora do horário curricular ou de trabalho)

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NAS EMERGÊNCIAS DO HOSPITAL CENTRAL DA SANTA CASA DE SÃO PAULO E NAS UNIDADES BÁSICAS DA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO.

Autores: Beatrice Mussio F. Volpini, Erika Ignácio Ribeiro, Felipe S. Gregorut, Ingrid Cardoso Couto, Juliane F. Arnone, Luany Ide Hasimoto, Mayara S. Archangelo, Renata A. S. Santos, Rodolfo Augusto Alves dos Santos

Orientador: Renato Zan

DPOC – FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

Autores: Gabriela Kruger de Oliveira, Tiago Valois, Kelly S. Viana

Orientadora: Regina Marsiglia

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO.

Autores: Claudia Lopes Carvalho, Flávia da Silva Claudiano, Milena Gouvea Theodoro, Vânia Incelli

Orientadores: Hideko Takeuchi Forcella, Marcos Campoy

GESTANTE DE BAIXO RISCO

Autores: Gabriela Kruger de Oliveira, Márcio Andrade Dias, Mariana Vendramini, Flávia de O. Penido, Taiana Cunha Ribeiro, Tiago Valois, Vanessa Souza Santana, Vanessa Alice M. Amorim

Orientador: Tânia Lago

PET- SAÚDE: MEDICINA, ENFERMAGEM, FONOAUDIOLOGIA - 2010/2011

Bolsas para: 24 alunos, 12 preceptores dos Serviços, 2 Docentes- 8 horas semanais.

PACIENTES EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO: A QUESTÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

Autores: Beatrice Mussio Fornazier Volpini, Nathalia Silva Leite, Patrícia Albertini Orioli, Elza da Conceição Jacinto

Orientadores: Regina Marsiglia, Igor Bastos Polônio

MONITORAMENTO E RASTREAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO.

Autores: Márcio Andrade Dias, Mariana Vendramini, Flávia de Oliveira Penido, Taiana Cunha Ribeiro, Vanessa Alice M. Amorim, Vanessa Souza Santana

Orientadores: Marta Campagnoni, Tânia Lago.

A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE TESTAGEM ACONSELHAMENTO (CTA) EM HIV/AIDS E A INTEGRAÇÃO DO GRUPO PET-SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA BARRA FUNDA, SÃO PAULO

Autores: Abdalla, F. T. M.; Gaudino, V. R. R.; Santos, M.M.S.A.; Luppi C. G.; Jesus, C. H.; Almeida, S. R. ; Amiratti, K.; Pires, A. R.; Franco, V. S.; Lucena, B.L.

AÇÕES EM SAÚDE MATERNA E INFANTIL

Autores: Douglas F. Martins, Ligia M. Azevedo, Lilian S. Santana, Lívia K. Ávila, Luany I. Hasimoto

PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

(Autores: alunos do curso de Medicina, Fonoaudiologia e Enfermagem – PRÓ E PET)

SAÚDE DO HOMEM: QUEBRANDO BARREIRAS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA.

Autores: Rafael Nunes da Silva, Rodrigo Veronese Thomazin, Nivaldo Carneiro Junior, Caio Vinicius de Castro, Larissa Karem Amorim Rego, Rafael Nunes da Silva

PET SAÚDE: Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia (2010/2011)

RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÕES DESENVOLVIDAS NO GRUPO PET-SÃO PAULO

Autores: Claudomiro Antonio Guerreiro, Aline Tavares Domingos

IMIGRANTES BOLIVIANOS E TUBERCULOSE NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO

Autores: Aline Tavares, Fabio Seiji M. Yamaguchi, Claudomiro Antonio Guerreiro, Denis Tadeu G. Cavalcante, Erica Maria Palma

ESPAÇOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores: Maria Amélia Cruz, Bianca Wenzel De Carvalho, Carla Cabezas Nicolau, Juliana Ramos de Sena Pontes, Ingrid Cardoso Couto

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS IMIGRANTES BOLIVIANOS: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL?

Autores: Fernanda de Carvalho Affonso, Christiane Herold De Jesus, Ana Paula Klein, Luis Felipe de Mello Pereira Leitão

REDES DE APOIO AO IDOSO NA REGIÃO DA BELA VISTA - SP

Autores: Adriana Limongeli Gurgueira, Bianca Wenzel de Carvalho, Carla Cabezas Nicolau, Juliana Ramos de Sena Pontes, Ingrid Cardoso Couto

ESTRATÉGIA DE ADESÃO E CONCLUSÃO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PARA BOLIVIANOS

Autores: Domingos, A.T.; Guerreiro, C. A.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE, SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE –SÉ/SMSSP

Autores: Avila, L.K.de.; Carneiro jr, N.; Gurgueira, A.; Luppi C. G.; Marsiglia, R.M.G.

THE EXPERIENCE OF THE GROUP PET ON HIV/AIDS ACTIONS IN PRIMARY HEALTHCARE

Authors: Carla Gianna Luppi, Fernanda Tavares de Melo Abdalla, Mariana Monteiro Saldanha Altenfelder Santos, Veronica Reche Rodrigues Gaudino

DPOC – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: DIFICULDADES E SUGESTÕES DE PACIENTES EM SITUAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, ATENDIDOS NAS UBS DA SMSSP NA ÁREA CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO PARA FACILITAR SUA ADESÃO AO TRATAMENTO

Autores: Patrícia Albertini Orioli, Nathalia Silva Leite, Keiny Hosoume, Beatrice Fornazier Volpini, Elza Conceição Jacinto

Orientadora: Regina Maria Marsiglia

CALENDÁRIO (versão em coreano, espanhol e português)

Autores: Aline Tavares Domingos, Denis Tadeu G. Cavalcante, Fabio Seiji Yamaguchi, Erica Maria Palma, Karla Cristina Monteiro Da Silva, Rodolfo Ferreira Mendonça, Luiz Felipe De Mello Pereira Leitão,

Orientadores: Christiane Herold De Jesus, Fernanda De Carvalho Affonso, Claudomiro Antonio Guerreiro.

CARTILHA DO PRÉ-NATAL

Autores: Grupo de alunos

Orientadora: Lívia Keismanas

PET SAÚDE: Grupos por Projetos Temáticos- 2010/2011**SAÚDE DO HOMEM**

Autores: Caio Castro, Enzo Machi, Rodrigo Veronese e Dr. Rafael Nunes. Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS CRÔNICAS (DPOC)

Autoras: Beatrice Mussio Fornazier Volpini, Nathalia Silva Leite, Patricia Albertini Orioli e Elza da Conceição Jacinto.
Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

A PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO DO HIV/AIDS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO

Autoras: Mariana Monteiro S. A. Santos, Verônica Reche Rodrigues Gaudino e Fernanda Tavares de Mello Abdalla.
Orientadora: Profa. Dra. Carla Gianna Luppi

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Autores: Douglas F. Martins, Luany Ide Hasimoto, Lilian Santos Santana, Leslie Rocha Sales e Ligia Miranda Azevedo.
Orientadora: Profa. Dra. Livia Keismanas Ávila

PROJETO PREVENÇÃO A ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Autoras: Kauane Tavares Fernandes e Cristiane Rahal.
Orientadora: Profa. Dra. Cell Regina Noca

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL (PERÍODO DE 2010 A 2011)

Autoras: Flávia da Silva Claudiano, Milena Gouvea Theodoro e Vânia Incelli.
Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Campoy

PROJETO SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Autores: Bianca Wenzel de Carvalho, Carla Cabezas Nicolau, Ingrid Cardoso Couto, Juliana Ramos da Sena Pontes e Maria Amélia Cruz.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Limongeli Gurgueira

PROJETO SAÚDE DOS IMIGRANTES

Autores: Aline Tavares Domingos, Denis Tadeu G. Cavalcante, Fabio Seiji Yamaguchi, Erica Maria Palma, Karla Cristina Monteiro Da Silva, Rodolfo Ferreira Mendonça, Luiz Felipe De Mello Pereira Leitão, Christiane Herold de Jesus, Fernanda de Carvalho Affonso, Claudomiro Antonio Guerreiro.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Gianna Luppi

PET SAÚDE: 2012/2013

Bolsas para 48 alunos, 24 preceptores dos serviços – UBS e Hospital e 4 docentes.
(Coordenação de Extensão da FCMSCSP)

Grupos por Projetos Temáticos:

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autores: Murilo Sarno, Claudomiro A. Guerreiro, Beatriz Pinna Massa, Erica Oliveira Evangelista, Marcia Rebelo Moda, Tammy M. Takara

Orientador: Paulo Melo

URGENCIA E EMERGÊNCIA

Autores: Sandra Regina S. Sprovieri, Fátima Tanoli Braga, José Gustavo Parreira, José Henrique C. Basílio, Carolina Santana de Oliveira, Tatiane Pereira Basílio, Bruno Ricardo Alves, Camila Ribeiro Amadio, Fernando Costa de Carvalho Cosentino, Guilherme Duarte Farias de Lisboa, Gustavo Batalha Lima, Kaue Alves Sucena, Luiz Felipe de Melo P. Leitão, Pedro Henrique D. Libera, Regilene Lima Fontenele Brito, Ricahrd Waysean Jou, Robert Paulo O. Vieira, Vanessa Batista S. Novaes.

Orientador: Cell Regina Nocca

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Autores: Ana Lucia B. Germer, Ana Clara H. Costa, Ana Maria C. Vanucchi, Izabel Alves Meirelles, Alline Gonçalves C. Costa, Caio Vinicius de Castro, Caroline Almeida de Souza, Daniel Giunchetti Strabelli, Flavia Helena B. Moura, Juliana Fernandes Marques, Keiny Hosoume, Nilma de Campos Honorio Cavalcante, Vinícius de Souza Silva.

Orientadora: Maria Cristina da Costa Marques

HUMANIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE

Autores: Antonio Alves de Novaes, Cintia Fock Pereira, Ana Carolina Gomes Alecrim, Elise Carmona Darmau, Francesco Sansoni Bermejo, Marcia dos Santos Souza

Orientador: Paulo Melo

SAUDE DO IDOSO

Autores: Roberta Manna, Elisa Canola Pereira, Amanda Cristina de Lucena Ribeiro, Beatriz Lico Lobo, Gabriela de Haro M. I. Giordano, Gisele Nowitski Fão, Guilherme dos Santos Silvestre, Raiene Telassin B. Abbas

Orientadora: Adriana Gurgueira

REDE CEGONHA/MÃE PAULISTANA

Autores: Christiane Herold de Jesus, Fernanda de Carvalho Affonso, Ligia M. Azevedo, Tony Wendell P. Fonseca, Andrea O. Gimenez, Barbara Neto Correa, Bruna Silva Henriques, Danilo Hojo Navarro, Juliana M. S. Scovone, Natalia Aranha Netto, Renata Carvalho

Orientadora: Maria Cristina da Costa Marques

POLITICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Autores: Alessandra Minervini, Marina A. W. Gonçalves, Lilian Costa Nogueira, Janyele Regia Maia de Sales, Jorge Manuel German, Julio Cesar Rodrigues Rocha

Orientadora: Adriana Gurgueira.

ANEXO 3 – Roteiro da Entrevista

Roteiro da Entrevista

Nome:

Departamento:

1. Qual é o perfil de médico que a FCMSCSP pretende formar?
2. Qual é a sua opinião sobre a expressão da Medicina Integral na estrutura curricular do Curso de Medicina da FCMSCSP?
3. Que metodologia(s) é usada para o ensino em seu departamento?
4. Quais são os tipos de avaliação que utilizam em seu departamento?
5. De acordo com Diretrizes Curriculares Nacionais, são estabelecidas competências e habilidades gerais e específicas para o Curso de Medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001). Quanto cada uma dessas competências e habilidades gerais e específicas são contempladas no curso de Medicina da FCMSCSP? (S: é contemplada; N: não é contemplada; P: contemplada em parte)

5.1. S N P Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

5.2. S N P Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

5.3. S N P Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

5.4. S N P Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

5.5. S N P Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

- 5.6. S N P Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.
- 5.7. S N P Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- 5.8. S N P Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- 5.9. S N P Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- 5.10. S N P Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- 5.11. S N P Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- 5.12. S N P Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- 5.13. S N P Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- 5.14. S N P Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- 5.15. S N P Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- 5.16. S N P Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- 5.17. S N P Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- 5.18. S N P Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como 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;
- 5.19. S N P Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- 5.20. S N P Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- 5.21. S N P Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

- 5.22. S N P Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- 5.23. S N P Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- 5.24. S N P Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- 5.25. S N P Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- 5.26. S N P Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- 5.27. S N P Atuar em equipe multiprofissional; e
- 5.28. S N P Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Pesquisador (a): Cátia Boulhosa Black

Orientador (a): Prof^ª. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Ensino médico: o Curso de Medicina da FCMSCSP (1962 – 2012)”, que refere-se a uma Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pela FCMSCSP (Linha de Pesquisa: Ensino na Saúde, iniciada em 2011 com Bolsa Capes).

Os objetivos deste trabalho são: 1) Analisar a trajetória das propostas de ensino da FCMSCSP, tendo como marco as Diretrizes Curriculares Nacionais, identificando modelos e tendências; 2) Analisar a relação entre as propostas de ensino da FCMSCSP e as DCNs; 3) Analisar o modelo curricular da FCMSCSP até as DCNs, a partir de documentos; 4) Analisar o modelo curricular da FCMSCSP, a partir das DCNs, a partir da perspectiva do Núcleo Docente Estruturante.

Sua forma de participação consiste em responder a uma entrevista que será realizada por ETAC (Entrevistas telefônicas assistidas por computador) e será marcada previamente. A entrevista será composta de 4 perguntas abertas e 1 solicitando a sua observância de quanto as competências gerais e específicas presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina são contempladas pelo Curso de Medicina da FCMSCSP. As entrevistas serão então agendadas e terão duração de até 60 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Em caso de alguma publicação do trabalho, o nome da presente Instituição somente será usado com a permissão da mesma. Não será cobrado nada; não haverá gastos nem riscos em sua participação nessa pesquisa; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações; não haverá benefícios imediatos em sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir.

