



**Ministério da Saúde / Ministério da Educação  
Secretaria de Políticas de Saúde / Secretaria de Ensino Superior**

**PROJETO DE INCENTIVO A MUDANÇAS  
CURRICULARES EM CURSOS DE MEDICINA**

**BRASÍLIA, MAIO DE 2001**

## I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem implementando política de inclusão social que tem expressões concretas nas áreas sociais do Governo, especialmente nas de saúde e de educação. Na saúde, há um consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde – o SUS –, na medida em que se busca, por meio desta atenção, reforçar a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações.

No âmbito educacional, programas de fortalecimento da educação básica apontam na mesma direção. Especificamente no contexto da educação superior, a flexibilização permitida pela nova LDB confere às Instituições de Ensino Superior – IES – novos graus de liberdade que, bem aproveitados, podem significar maior acesso da população a este nível de ensino. Nesse particular, a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa um grande avanço, pelo fato de que a sua construção requer uma base social ampla o que favorece, portanto, o aflorar da relevância da ação acadêmica neste contexto.

Uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito à adequação dos “produtos” acadêmicos – graduandos, conhecimento produzido e serviços prestados – às necessidades sociais, situação que ainda está longe da ideal. Os órgãos de formação superior seguem, na maioria das vezes, sua lógica própria, reafirmando sempre a tradição de autonomia. Se, por um lado, essa autonomia foi positiva, livrando as universidades de imposições conjunturais, por outro propiciou o afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade, na qual prevalecem vários problemas de resolução complexa. Uma das traduções dessa autonomia indesejada é fortemente expressa nos perfis da formação dos médicos, cuja tendência, ao longo das últimas décadas, foi de extensão e de segmentação.

Apesar disso, as IES seguem perseguindo, como missão institucional, a formação terminal do médico generalista. As diretrizes curriculares propostas para os cursos de medicina apontam nessa direção. Alcançar os objetivos estabelecidos no Artigo 3º das Diretrizes Curriculares em vigor constituiria um enorme progresso, visto que ela preconiza: (1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (5) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

Por sua vez, o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Na superação desse obstáculo, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas vêm empreendendo esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à estratégia de Saúde da Família, por intermédio da implantação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família na maioria das Unidades Federadas. Os Pólos têm emprestado significativa contribuição na situação emergencial da capacitação introdutória das ESF e nos cursos de especialização.

É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por essa formação, deverão ter papel protagônico e ser os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. Essa ação, evidentemente, deverá estar intimamente coordenada com a ação dos Pólos e funcionando como sua extensão para o interior da IES.

Como se pode concluir das questões anteriormente abordadas, o momento atual é particularmente oportuno para se propor um sistema de incentivos às instituições acadêmicas que se disponham a adequar a formação profissional que oferecem às necessidades do SUS. Numa primeira etapa, tal proposta deverá dirigir-se às escolas médicas, por ser nesta categoria profissional que vem se apresentando os maiores problemas de formação, com uma forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica. A proposta a seguir formulada leva em conta experiências como as da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – Cinaem – e da avaliação das condições de oferta e do exame nacional de cursos do MEC, bem como as dificuldades da implantação do Programa de Saúde da Família, configurando-se como uma ação destinada a redirecionar a formação dos profissionais de saúde.

## **II. SITUAÇÃO ATUAL**

A excessiva especialização médica tem sido apontada, entre outros fatores, como um das responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Em função disso, várias tentativas vêm sendo feitas para corrigir a associação especialistas/generalistas, sem prejuízo da qualidade. A tendência à especialização começa a ser observada também nas demais carreiras da saúde, ainda que de forma incipiente.

No caso brasileiro, há fortes indicativos de que a correlação é inadequada. Mais de 2/3 dos médicos que se graduam ingressam na residência médica, número que teve significativa ampliação nos últimos anos. Com isso, perdeu-se a terminalidade dos cursos de graduação, o que significa incremento de custos. Não casualmente, a Cinaem identificou que os recém-graduados dominam apenas, aproximadamente, 50% dos conhecimentos que deveriam ter ao término, sendo a melhor explicação para este achado o fato de que a residência médica incorporou-se como uma continuidade natural da graduação.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, este preceito não tem se traduzido numa prática institucional. Os instrumentos de poder de que dispõe o Sistema para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos no País não foram utilizados.

A insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação corrobora para um distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação não tem sido suficiente para criar impacto no ensino de graduação na área. A inserção parcial dos hospitais universitários à rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando as distorções.

Os esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, na medida em que dependeram de uma adesão idealista de docentes e estudantes a esta iniciativa e, mesmo estando institucionalizadas, mostraram-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, os deslocamentos para ambulatórios periféricos, supervisão de internatos rurais, participação em atividades comunitárias, entre outras, não se reverteram em incentivos para aqueles que as assumiam e as levavam adiante.

Por outro lado, pode-se constatar que a pesquisa científica vem sendo dirigida pela dinâmica e pela lógica estabelecidas pelos países desenvolvidos. Há, porém, necessidades imperiosas da atenção primária, que não vêm sendo corretamente respondidas, em especial quando se considera as demandas nacionais e regionais dos países menos desenvolvidos.

É possível notar também que em expressivo número de IES a determinação da oferta cursos para especialistas ocorre segundo lógica interna – pressão de grupos de poder, influências das corporações – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. O corolário dessa situação é a baixa oferta de educação pós-graduada e de processos de educação permanente em áreas como a da atenção básica. É necessário, portanto, que se articule cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, devendo-se incentivar a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como a oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas e ou carentes de profissionais qualificados para o SUS.

Acresce-se que muitos serviços próprios das instituições acadêmicas seguem lógica própria interna, mais vinculados às demandas da pesquisa e do ensino que às demandas reais de oferecer referência e contra-referência à rede do SUS. Perpetua-se, assim, uma lógica de que uma clientela cativa, cujos problemas poderiam ser resolvidos na rede de atenção básica, mas que redundantemente bloqueia o acesso dos que têm indicação para utilizar estes sofisticados recursos.

Nesse sentido, cabe assumir que não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. Por isso, o desempenho de um papel indutor é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade.

### **III. OBJETIVOS**

#### **Geral**

Reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

#### **Específicos**

- Estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas.
- Deslocar o eixo central do ensino médico da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.
- Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência.

### **IV. SITUAÇÃO DESEJADA**

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde/doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar.

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. As novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes.

A educação deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre a universidade, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

É necessária também a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, não apenas nos aspectos técnico-operacionais, mas especialmente no aspecto político-institucional e na avaliação da incorporação de novas tecnologias.

Os Hospitais Universitários e de Ensino, as IES e os gestores do Sistema Educacional devem buscar a sua inserção mais orgânica e efetiva no SUS, criando condições reais para o exercício de sua missão e a retribuição, com a qualidade técnica que possui, na assistência, no ensino, na pesquisa, na educação – continuada e permanente – e na avaliação da incorporação de novas tecnologias.

## **V. ESTRATÉGIA**

Para a consecução dos objetivos aqui propugnados e a criação de condições que favoreçam o alcance da situação desejada, propõe-se a instituição de um sistema de incentivos às Instituições de Ensino Superior que adotem práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade.

A perspectiva é de que os processos de mudança ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção a um dos aspectos da situação desejada apontada anteriormente, que antevê a IES integrada e que dê respostas às necessidades concretas do SUS na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços.

Nesse sentido, são propostos três eixos, a saber: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, os quais envolvem vetores específicos.

Esses eixos sinalizam processos de mudança, de acordo com a tendência que caracteriza a inovação dos processos de educação médica em todo o mundo. Assume-se que uma formatação como essa corre o risco de promover simplificações, mas ao mesmo tempo é necessário que se emule um projeto que dê direcionalidade ao processo de mudança. Cada um destes eixos é decomposto em dois vetores, e em cada um destes vetores se trata de fazer uma tipificação das escolas em três estágios, que partem de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação objetivo desejada. O processo de transformação curricular, portanto, deverá ser avaliado em função do alcance de cada um destes estágios, em cada eixo proposto. O que se propõe é a conjugação de duas avaliações, uma interna e outra feita por consultores externos, que estabeleçam a situação atual, como um *base-line* para o processo de mudança. Definida a imagem-objetivo a ser alcançada, se elaborará um projeto, para o qual se alocarão os recursos necessários, estabelecendo-se a partir daí um processo de acompanhamento externo que, somado à auto-avaliação, estabelecerá um acompanhamento contínuo deste processo de mudança. Para facilitar o entendimento, os eixos, vetores e estágios abaixo descritos encontram-se condensados em tabela que se segue.

### **Eixo A – Orientação Teórica**

Esse eixo comporta dois vetores, que dizem respeito, respectivamente, à produção de conhecimentos e à oferta de pós-graduação e de educação permanente. Nesse âmbito, devem ser promovidos, com a capacidade

existente, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica e de redirecionar protocolos e intervenções. Devem ser ainda investigados componentes gerenciais do SUS, que possam estabelecer boas práticas de gestão, visando alimentar um processo de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica horizontal. Ao mesmo tempo, observa-se, com muita frequência, que a oferta pelas IES de cursos para especialistas é condicionada pela lógica interna da instituição – pressão de grupos de poder, influência das corporações, etc – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. Assim, a oferta de pós-graduação e de processos de educação permanente junto aos serviços, para a área da atenção básica, tende a ser subestimada. É necessário, portanto, que se articule cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, incentivando-se a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas e ou carentes de profissionais qualificados para o SUS.

### Vetor 1: produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS

Estágio 1: escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área da atenção hospitalar e de alta tecnologia.

Estágio 2: escolas que tenham uma baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.

Estágio 3: escolas com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica, e que tenham uma forte interação com o serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, e outras assemelhadas.

### **Vetor 2: pós-graduação e educação permanente**

Estágio 1: oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.

Estágio 2: conformação intermediária, em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos do perfil de oferta de residência médica, mestrados e doutorados, que seguem a lógica da especialização.

Estágio 3: lógica da oferta de oportunidades educacionais feita em estreita articulação com os gestores do SUS, são revisados os quantitativos e a qualidade da formação, há um trabalho em estreita articulação com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família.

## **Eixo B – Abordagem Pedagógica**

Esse eixo comporta também dois vetores, que são a mudança pedagógica e, como um caso particular deste, a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional.

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo.

Considerando-se a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de aprender a aprender. Isso requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo a advinda de sua própria experiência profissional.

Um outro conceito-chave de um modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a completa integração entre os atuais ciclos básico e clínico, bem como a adoção de um currículo integrado, organizado em módulos interdisciplinares, compostos por problemas relevantes e mais prevalentes. A resolução dos problemas é que orientará a busca da ciência básica que respalde as intervenções para enfrentá-los.

### Vetor 3: mudança pedagógica

Estágio 1: ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes, baseado em disciplinas estanques e com processos de avaliação baseados em testes e provas.

Estágio 2: ensino que inclui inovações pedagógicas em caráter experimental restritas a certas disciplinas, realizado majoritariamente em pequenos grupos de até 15 estudantes, adotando processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.

Estágio 3: ensino baseado majoritariamente em resolução de problemas, em grupos pequenos, em que os professores trabalham como tutores, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados – bibliotecas, comunidade, laboratórios de simulação – e com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde que se apresentam ao SUS. Avaliação formativa e somativa, avaliando todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

### Vetor 4: integração ciclo básico/ciclo profissional

Estágio 1: ciclos clínico e básico completamente separados, com disciplinas fragmentadas.



Estágio 2: existência de disciplinas/atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas sendo mantida a organização por disciplinas e a separação dos conteúdos básicos e clínicos.

Estágio 3: ensino majoritariamente integrado, em que é eliminada a precedência cronológica do ciclo básico, servindo as áreas básicas como retaguarda e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas, sem estruturação em disciplinas.

### **Eixo C – Cenário de Práticas**

Esse eixo compõe-se de dois vetores: os cenários de prática e o seu corolário, que é a abertura dos serviços próprios das instituições acadêmicas às necessidades do SUS. As simulações da prática médica futura apontam a perspectiva da progressiva desospitalização (muitas práticas assistenciais deverão se desenvolver em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios). Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários.

A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia.

Concomitantemente, muitos serviços próprios das instituições acadêmicas seguem lógica própria interna, vinculados preferencialmente às demandas de ensino e pesquisa, que às demandas assistenciais reais e à função destes serviços, de maior complexidade, em oferecer referência e contra-referência para a rede do SUS. Cria-se assim uma clientela cativa, parte da qual poderia ter seguimento na rede básica, e bloqueia-se o acesso a outros que teriam indicação para utilização de recursos mais sofisticados. Esse eixo de mudança tem dois impactos positivos na medida em que aumenta a representatividade da nosologia prevalente nos serviços próprios, ao mesmo tempo que torna disponíveis aos gestores do SUS as referências terciária e quaternária.

#### Vetor 5: diversificação de cenários do processo de ensino

Estágio 1: atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em enfermarias hospitalares e com corridas de leito.

Estágio 2: atividades extramurais isoladas de acadêmicos de medicina em unidades dos SUS, durante os dois primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a menos de 10% da carga horária. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades ambulatoriais em ambulatório pertencente à instituição de ensino que tenha central de marcação de consultas própria, ou em ambulatórios conveniados cuja administração seja apartada da gestão da rede do SUS.

Estágio 3: atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos de graduação, combinam-se as atividades extramurais multiprofissionais, com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelo menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS – majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS – em que se perfaça menos 40% da carga horária. Internato desenvolvido em, pelo menos, 25% na rede do SUS.

#### Vetor 6: abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS

Estágio 1: serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa e redundante.

Estágio 2: serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição de seus pacientes.

Estágio 3: serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede do SUS.

Eixos →	Orientação Teórica		Abordagem Pedagógica		Cenário de Práticas	
	Vetores	Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS	Pós-graduação e educação permanente	Mudança pedagógica	Integração ciclo básico/ciclo profissional	Diversificação de cenários do processo de ensino
<i>Estágio 1</i>	Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área da atenção hospitalar e de alta tecnologia.	Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.	Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes, baseado em disciplinas estanques e com processos de avaliação baseados em testes e provas.	Ciclos clínico e básico completamente separados, com disciplinas fragmentadas.	Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em enfermarias hospitalares e com corridas de leito.	Serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa e redundante.
<i>Estágio 2</i>	Escolas que tenham uma baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.	Conformação intermediária em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos do perfil de oferta de residência médica, mestrados e doutorados, que seguem a lógica da especialização.	Ensino que inclui inovações pedagógicas em caráter experimental restritas a certas disciplinas, realizado majoritariamente em pequenos grupos de até 15 estudantes, adotando processos de avaliação interativos, mas ainda restritos a menos de 20% da carga horária.	Existência de disciplinas/atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mantida a organização por disciplinas e a separação dos conteúdos básicos e clínicos.	Atividades extra-murais não integradas a outras carreiras em unidades dos SUS, durante os dois primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a menos de 10% da carga horária. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades ambulatoriais em ambulatório pertencente à instituição de ensino que tenha central de marcação de consultas própria, ou em ambulatórios conveniados cuja administração seja apartada da gestão da rede do SUS.	Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas preservando algum grau de autonomia na definição de seus pacientes.
<i>Estágio 3</i>	Escolas com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação pura e tecnológica, e que tenham uma forte interação com o serviços de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, e outras assemelhadas	Lógica da oferta de oportunidades educacionais feita em estreita articulação com os gestores do SUS, são revisados os quantitativos e a qualidade da formação, há um trabalho em estreita articulação com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família.	Ensino baseado majoritariamente em resolução de problemas, em grupos pequenos, em que os professores trabalham como tutores, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados – bibliotecas, comunidade, laboratórios de simulação – e com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde que se apresentam ao SUS. Avaliação formativa e somativa, avaliando todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).	Ensino majoritariamente integrado, em que é eliminada a precedência cronológica do ciclo básico, servindo as áreas básicas como retaguarda e referência para a busca dos conhecimentos para a solução de problemas, sem estruturação em disciplinas.	Atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos de graduação, combinam-se as atividades multiprofissionais, com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelo menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das IES e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS – majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS – em que se perfaça menos 40% da carga horária. Internato desenvolvido em, pelo menos, 25% na rede do SUS.	Serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede do SUS.

## **VI. OPERACIONALIZAÇÃO**

Para a operacionalização da proposta, deverá ser enviado convite a todas as escolas médicas que demonstrem viabilidade nos processos avaliativos em curso no MEC e no Cinaem para que elaborem projetos específicos de apoio às iniciativas de mudanças curriculares e que possam se beneficiar com o projeto, de acordo com os eixos definidos por Comissão Conjunta MS/MEC. Dessa forma, a adesão a essa proposta será voluntária e dependerá de projetos, apresentados pelos diretores de unidades e coordenadores de cursos, com aprovação das respectivas congregações e colegiados.

Os processos de mudança ou inovações não devem ficar restritos a uma ou duas áreas, mas representar um movimento significativo dentro das escolas. As iniciativas que tiverem componentes interdisciplinares e multiprofissionais serão privilegiadas. As experiências inovadoras devem ocorrer ao longo de todo o curso e não somente nos primeiros anos ou no internato.

Os Projetos de Mudanças Curriculares de IES serão analisados por Comissão Nacional de Avaliação e Acompanhamento, composta por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação: da Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem); s Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Enem); do Conselho Federal de Medicina; da Associação Médica Brasileira; do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Deverão ser definidos termos de compromisso para as mudanças curriculares, a serem pactuados com o Ministério da Saúde e com os gestores estaduais e municipais do SUS, que permitam a adoção de um escalonamento entre a situação atual e situação proposta. Os termos de compromisso de mudança deverão ser aprovados pelo gestor do SUS na área de abrangência e também pelo Conselho Municipal respectivo. Terão prioridade projetos que integrem o maior número possível de vetores da presente proposta, tendo em vista que mudanças parciais e pontuais dificilmente teriam auto-sustentabilidade.