

3.4. AS MODIFICAÇÕES NO SETOR DE ENSINO

3.4.1. Introdução

Desde o final da década de 60 evidências várias demonstravam a crise do ensino em saúde e, em especial, a crise do ensino médico. No Brasil, ao serem importados os modelos de ensino europeus e, mais tarde, os modelos norte-americanos, criou-se enorme distância entre o tipo de profissional formado e as necessidades de saúde da população.

Se a formação do médico estava distante dos problemas reais de saúde ela era, por outro lado, consoante com a estrutura da prática médica; se a teoria flexneriana oriunda dos Estados Unidos da América imprimiu forma à educação médica brasileira é certo, também, que a hierarquia médica e os modelos institucionalizados de serviços também imprimiram uma importante determinação no ensino da medicina.

Os problemas da educação médica podem ser identificados, compondo o seguinte quadro:

- . insuficiência de recursos para a Universidade e, em particular, para os Hospitais Universitários;
- . baixa remuneração do pessoal docente e administrativo;
- . utilização de um modelo de entendimento do processo saúde/doença baseado em concepções biológico-individuais;

- . ênfase excessiva de aprendizagem a nível hospitalar e em cuidados secundários e terciários;
- . compartimentalização das atividades de ensino em disciplinas isoladas e de forma estanque;
- . formação isolada de cada categoria profissional, o que torna o ensino médico distante das outras profissões da saúde;
- . formação exclusivamente centrada na técnica médica; isto significa um desprezo pelo estudo da teoria da medicina e da teoria da técnica médica;
- . transmissão dos conhecimentos centrada em salas de aula ou em situações de demonstração;
- . distanciamento da Universidade dos interesses populares;
- . inexistência de uma formação voltada para um conhecimento mais integrado e interdisciplinar, que demandaria também o estudo das ciências humanas.

A este quadro ofereceram-se alternativas, dentre as quais, a formação do médico generalista surgiu como ponto de união para diversos interesses. Esta proposta (a de que as Faculdades deveriam formar um médico não especialista, capaz de atender aos problemas mais comuns na comunidade - o médico geral) obteve aceitação em amplos auditórios e foi transmitida via OPAS, FEPAFEM, ABEM, Fundação Kellogg, entre outras, à maioria das Escolas de Medicina da América Latina e, em especial, às Escolas de Medicina Brasileiras.

Em Minas Gerais acompanhando o crescimento do número de escolas médicas ocorrido em todo o país, foram se instalando novas Faculdades ao longo dos anos, compondo, hoje, um número de nove escolas. Estas unidades dispõem-se no espaço geográfico do Estado, de forma bem feliz, na medida em

que sua localização coincide com a presença dos Centros Regionais de Saúde da SES (FIG. 8).

Além disso, há uma coincidência das áreas regionais com as cinco Escolas de Enfermagem e nove Escolas de Odontologia que o Estado possui (FIG. 9, 10, 11 e 12).

O que nos interessa, aqui, depois desta breve introdução, é perceber como cada Escola identificava seus problemas pedagógicos e que soluções propunha para resolvê-los.

3.4.2. As modificações em cada Faculdade

A Faculdade de Medicina da UFMG

Em 1971 o Colegiado do Curso de Medicina da FM-UFMG resolveu adotar medidas objetivas no sentido de melhorar o curso médico, transformando-o no sentido de responder melhor às necessidades de saúde da população.

Para isso foi designado um grupo de especialistas para estudar a mudança curricular; este grupo optou, já em 1972, por realizar um "Diagnóstico do Ensino Médico na Universidade Federal de Minas Gerais" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 1972) através de entrevistas com docentes, alunos do curso básico e profissional e residentes. As respostas forneceram algumas indicações para as mudanças curriculares, tais como:

- . os ambulatórios e hospitais da Faculdade de Medicina deveriam funcionar em atendimento interno e externo durante as 24 horas do dia;
- . a Faculdade de Medicina deve oferecer cursos de aperfeiçoamento para pessoal médico graduado, tendo em vista uma educação médica continuada;
- . deve-se planjar a reforma de currículo a partir da definição do tipo de profissional adequado à realidade do país;
- . deve-se planejar a reforma de currículo a partir de levantamento dos conhecimentos, atitudes e habilidades fundamen-

REGIOES DE SAÚDE



- CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE
- ⊗ FACULDADES DE MEDICINA

FIGURA 8 - LOCALIZAÇÃO DAS 09 FACULDADES DE MEDICINA E SUA RELAÇÃO COM A REGIONALIZAÇÃO DAS SQS/MG-1979

OBS.: BELMORIZONTE POSSUI 02 FACULDADES

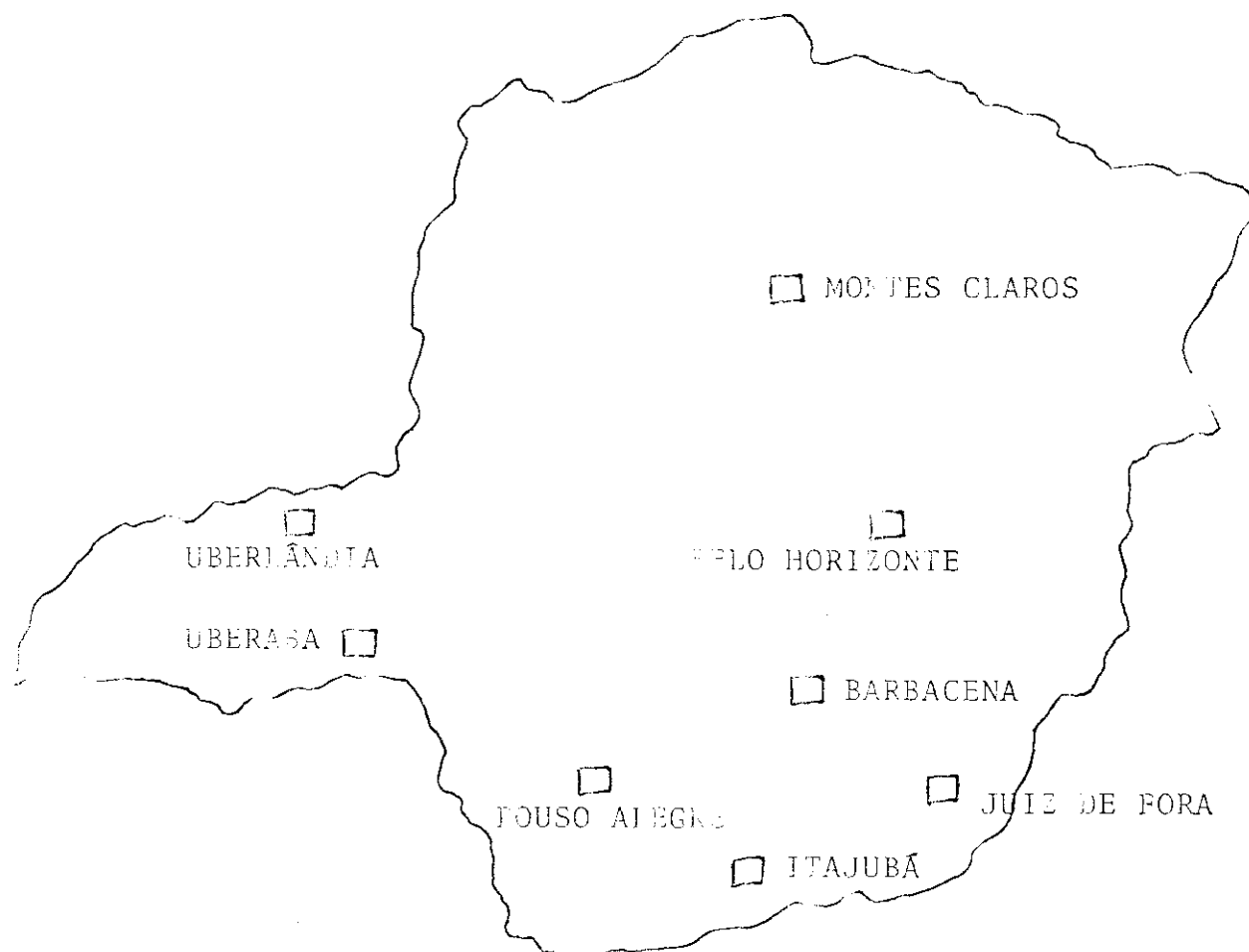


FIGURA 9 - LOCALIZAÇÃO DO CURSOS DE MEDICINA EM MINAS GERAIS - 1979

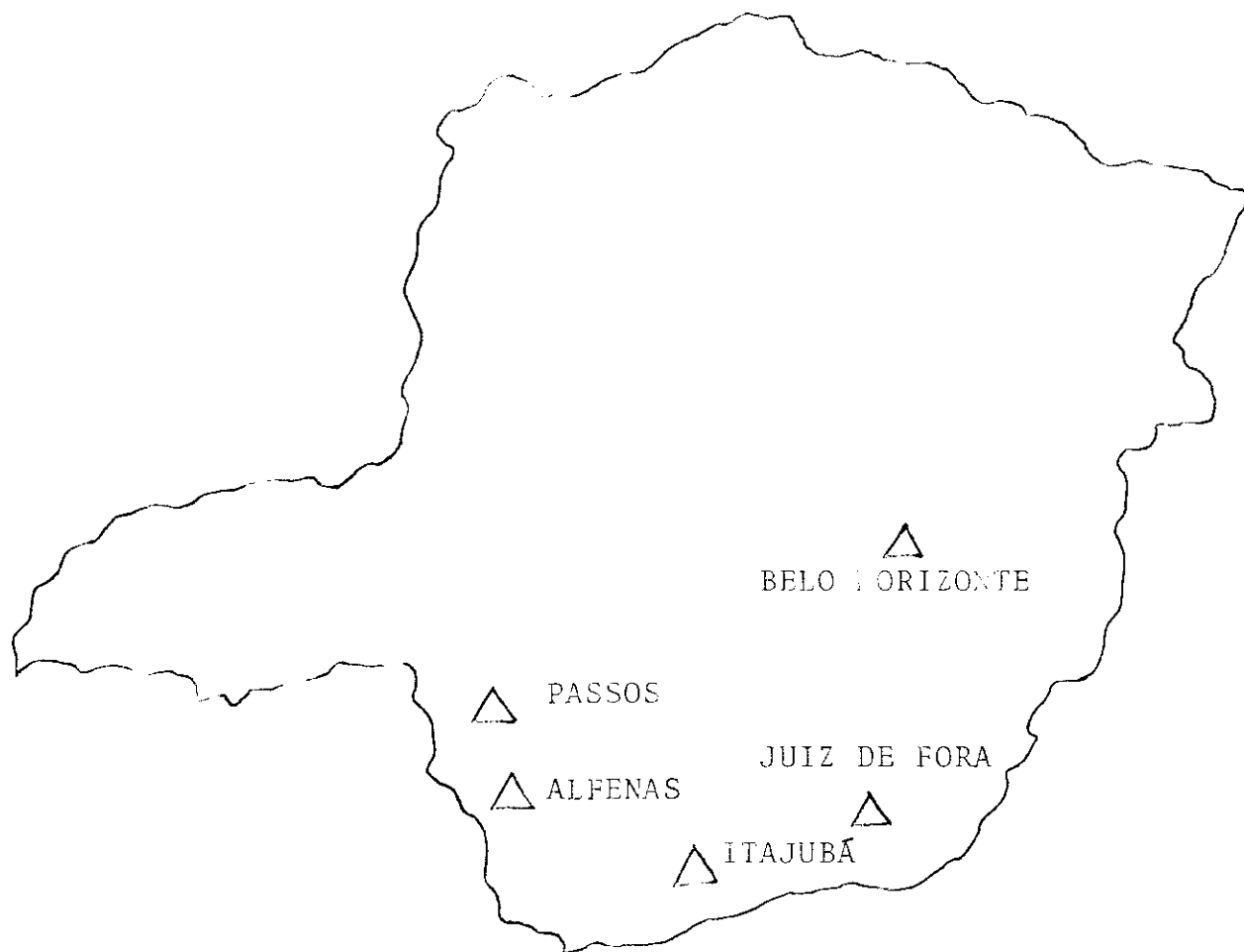


FIGURA 10 - LOCALIZAÇÃO DOS CURSOS DE ENFERMAGEM EM MINAS GERAIS - 1979



FIGURA 11 - LOCALIZAÇÃO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM MINAS GERAIS - 1979



FIGURA 12 - LOCALIZAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA, ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA EM MINAS GERAIS - 1979

- . mais para o médico;
- . deve-se planejar a reforma de currículo a partir do estudo e avaliação do funcionamento atual da Escola;
- . o curso médico deveria retornar à duração de seis anos (nessa época a FM-UFMG formava seus alunos em cinco anos);
- . deveria haver diminuição do número de alunos;
- . deveria aumentar o número de professores;
- . o ensino deveria ser mais prático;
- . o curso de medicina deveria incluir atendimento médico em bairros, favelas, postos de saúde etc., com a orientação de professores;
- . dever-se-ia credenciar hospitais fora da Faculdade para treinamento de alunos do curso de graduação e residentes.

A partir destes dados, obtidos no interior da própria Escola, optou-se por discutí-los com os professores e alunos tendo sido proposto um "Seminário de Ensino Médico". Realizado em junho de 1974, este primeiro Seminário contou com os seguintes temas:

- 1) Realidade de Saúde e Ensino Médico
- 2) Integração Curricular - Ciclo Básico/Ciclo Profissional
- 3) Ensino e Assistência Médica

Uma vez realizado este Seminário, suas conclusões finais foram aprovadas pela Assembléia e encaminhadas ao Colegiado de Curso. Este designou uma "Comissão de Desenvolvimento Curricular" composta de representantes docentes e discentes para que apresentasse um ante-projeto de reforma curricular; este ante-projeto foi amplamente discutido e aprovado pelo Colegiado em setembro de 1974.

Na proposta aprovada constam os seguintes princípios:

- 1) a Universidade Federal de Minas Gerais deve formular, a partir dos objetivos do novo currículo de graduação em Medicina e dos novos currículos de seus cursos na área das bio-ciências, uma política geral de educação para a saúde.

2) o currículo do curso de graduação em Medicina a ser desenvolvido a partir de 1975, deve:

- formar profissionais com habilidades básicas para obter, do indivíduo e da comunidade, o reconhecimento de suas necessidades de saúde, para atender a elas sob a forma de cuidado primário, em colaboração com o sistema de saúde. Estas habilidades devem ser definidas comportamentalmente pelo conjunto de objetivos educacionais das disciplinas obrigatórias do currículo;
- ser flexível no sentido de propiciar, além das habilidades básicas obrigatórias, disciplinas optativas e/ou eletivas, bem como o internato obrigatório, rotativo, com opções, de modo a atender, ainda na graduação, a especificidade vocacional do futuro médico, interprofissionais;
- ajustar-se à realidade de saúde do Brasil, o que exige não só a plena adequação dos hospitais da Faculdade de Medicina da UFMG às necessidades de saúde da comunidade a que atendem, como a utilização de outros serviços comunitários de assistência médica para o ensino regular obrigatório;
- ser desenvolvido conforme as exigências próprias dos serviços comunitários de saúde, isto é, funcionamento em períodos de férias, em domingos e feriados e em horários noturnos;
- implantar-se, com a duração mínima de 12 períodos, mas tornando-se progressivamente integrado, vertical e horizontalmente, de modo a permitir a graduação em um mínimo de 1 período;
- implantar-se, gradualmente, a partir do 5º período de 1975 quando, então, será declarado pela UFMG como currículo experimental;
- articular-se adequadamente não só com o ensino de pós-graduação, sensu lato (residência médica, especialização, pós-graduação e dentro desta, a pesquisa), mas

prolongar-se sob a forma de educação permanente, desenvolvida a partir de um planejamento coerente de extensão universitária (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 1976).

Enviado para a Coordenação de Ensino e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, o documento de reformulação curricular é aprovado; para que o novo currículo pudesse ser implantado o Colegiado de Curso designa uma Comissão de Implantação Curricular em novembro de 1974. Finalmente, a partir do primeiro semestre de 1975 teve início o processo de implantação curricular progressiva.

Pouco a pouco as novas disciplinas foram sendo implantadas e os novos princípios foram sendo postos em prática na FM-UFMG.

Em 1978, finalmente, são iniciados, de forma sistematizada e ampla, os trabalhos de Integração Docente-Assistencial, com a instalação da disciplina "Internato Rural" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 1981).

Em 1979 é realizado o II Seminário de Ensino Médico na FM-UFMG (SEMINÁRIO DE ENSINO MÉDICO, 1979) onde são avaliados os progressos curriculares e com ampla discussão de todos os docentes e discentes novas propostas surgem e passam a representar um novo momento da Escola.

Faculdade de Medicina do Norte de Minas
Fundação Norte Mineira de Ensino Superior

Idealizada e criada como uma Escola que exprime em sua atuação, no compromisso regional, a FAMED apresentava, como seu objetivo primeiro, a formação de médicos adequados à realidade regional. De acordo com SILVÉRIO (1981), dois mecanismos foram criados para que o objetivo regional fosse atingido.

1) Bolsas rotatórias

Segundo este sistema as prefeituras da região con-

cederiam bolsas de estudo a alunos aprovados no vestibular da Escola. Segundo tal proposta, o médico formado com bolsa de estudos "exercerá os dois primeiros anos da profissão médica, bem como residirá em igual período, em local determinado pela Prefeitura concedente da bolsa e pagará à Faculdade de Medicina do Norte de Minas, mensalmente, pelo prazo de 60 meses, um salário mínimo vigente à época a partir do 13º mês após a conclusão do curso médico. O pagamento efetivado pelo ex-aluno será transformado em bolsa de estudo a ser concedida nas mesmas bases pela Prefeitura concedente".

2) Data do vestibular

Considerando que os candidatos provenientes dos grandes centros acham-se no mais das vezes melhor preparados, tendo melhores chances de aprovação, durante os primeiros anos de funcionamento da FAMED, o vestibular foi realizado na mesma data do vestibular unificado das Universidades Federais.

Com esta coincidência visava-se obter alunos oriundos da região Norte de Minas, preferencialmente.

Segundo SILVÉRIO (1981) houve uma fixação de ex-alunos da FAMED na região, com predominância na cidade de Montes Claros.

Isto fazia prever uma saturação no mercado de trabalho em Montes Claros, a exemplo do que já ocorria com os alunos das outras Faculdades (Direito, Filosofia, Economia e Administração) da Fundação Norte Mineira de Ensino Superior.

Com o desejo de que fosse aumentada a arrecadação no vestibular, através de maior número de candidatos, a partir de 1975 a FUNM e a FAMED passaram a realizar o seu vestibular em data diferente das Universidades Federais (TAB. VI).

Com a extinção do sistema de bolsas rotativas e com a mudança da data do vestibular, os dois mecanismos principais da regionalização, a FAMED continuou, mesmo assim, a buscar uma atuação inovadora.

Assim, em 1976, através de um Convênio da FUNM com a Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria de Estado da Saúde em Mi-

TABELA VI - Número de candidatos na FAMED durante os anos de
1969 a 1981

A n o	Número de candidatos	
	FUNM	FAMED
1969	-	-
1970	-	-
1971	414	216
1972	307	153
1973	683	190
1974	657	273
1975*	1.741	280
1976	1.775	347
1977	1.588	429
1978	2.643	863
1979	1.860	708
1980	3.005	953
1981	2.651	769
1982		

* Início do Vestibular Unificado e em data não coincidente
com as Universidades Federais

nas Gerais e Organização Panamericana da Saúde, através do PPRHPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde), foi criado o projeto Área Docente-Assistencial do Norte de Minas (Projeto ADA).

Esta foi a primeira proposta de se implantar, em Minas Gerais, uma Região Docente-Assistencial.

A partir do Projeto ADA iniciou-se a revisão curricular da FAMED em que se propunha a integração dos estudantes com os serviços regionalizados da região.

Infelizmente, em 1978, o Projeto foi interrompido em função de graves problemas políticos enfrentados pela FAMED impedindo a continuidade de tão importante proposta.

De acordo ainda com os estudos de SILVÉRIO (1981) são as seguintes as perspectivas futuras da FAMED:

1) Integração com os hospitais particulares de Montes Claros

Esta integração teria três programas básicos:

- internato do 6º ano;
- emergência médica - assistência em Pronto-Socorro;
- cuidados perinatais - assistência em Maternidade.

2) Integração com o sistema regional de saúde

Neste item a integração se daria a nível de:

- cuidados primários - assistência em Centros de Saúde;
- Hospital Regional Clemente de Faria
- níveis local e distrital do sistema regional de saúde (Internato Rural).

É interessante notar que os itens 1 e 2 são de integração da FAMED com outras instituições de extrema importância na medida em que a Faculdade não conta com serviços próprios (Hospital-Escola, por exemplo).

3) Ambulatório da FAMED

Seria a criação de um ambulatório próprio da Faculdade, em acordo com o Programa de Regionalização Docente-Assistencial em Saúde e que serviria como referência especializada para o Sistema Regional de Saúde.

4) Laboratório de Análises Clínicas

Este Laboratório serviria de apoio ao ambulatório.

5) Reforma curricular

O currículo da FAMED foi baseado nos currículos tradicionais da FM-UFMG e da Faculdade de Ciências Médicas. Ele é derivante, portanto, de práticas docentes-assistenciais, tornando-se necessário proceder a uma mudança curricular. Para isto, foi constituída uma comissão participativa de alunos e professores que têm, como objetivo, estudar a situação da Escola e propor propostas alternativas.

6) Regionalização Docente-Assistencial no Estado de Minas Gerais

A FAMED, juntamente com as outras escolas de Minas, participará do PRDAS em suas três áreas:

- Regionalização Docente-Assistencial;
- Desenvolvimento curricular;
- Educação continuada.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

A Faculdade de Medicina de Uberlândia foi fundada em 21 de julho de 1966, sendo que suas atividades iniciaram-se em 19 de março de 1968. Posteriormente, em 07 de agosto de 1974, foi reconhecida pelo Governo Federal.

Desde seu início possuía um currículo tradicional e a partir de 1978 - a par da reforma universitária - houve mudanças curriculares que foram acrescidas de novas propostas em 1981, quando da realização do 1º Seminário de Ensino Médico.

Na verdade, esta Faculdade foi uma das primeiras no País, a estabelecer em 1977 um convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, através do qual a Faculdade passou a oferecer assistência médica integral, a nível hospitalar e ambulatorial aos segurados do

INAMPS. Isto permitiu um amplo impulso orçamentário à Escola e um maior êxito nas atividades docentes-assistenciais.

O relatório final do Seminário de Ensino Médico (15 a 16/05/81) apresentou, entre outras, as seguintes conclusões (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 1981):

1) "o profissional a ser formado pela Escola deverá ser um médico geral, "polímata", citado a especializar-se a nível de pós-graduação, dotado de espírito crítico e compromisso social".

2) Sugestões e mudanças curriculares

2.1) "reestruturação e adequação do ciclo básico com maior integração e articulação com o ciclo profissional";

2.2) maior ênfase em atividades práticas através de: aumento da carga horária de internato, contato precoce do estudante com o paciente a nível da comunidade, diminuição e deslocamento dos períodos de férias, estágios extra-escolares supervisionados obrigatórios;

2.3) estímulo à capacitação docente e renovação da metodologia de ensino, através da educação continuada pedagógica e científica em outras instituições, ou na própria Universidade com incentivo à pesquisa;

2.4) estímulo à maior permanência no campus de professores e alunos, através de restaurante, salas para professores, horários mais clássicos de biblioteca, facilidade de entrada de periódicos, salas para discussões em grupo etc.;

2.5) educação médica continuada para ex-alunos e outros médicos na área de influência da Universidade;

2.6) definição adequada dos papéis do aluno e do residente, frente à assistência médica na instituição;

3) Análise do convênio com o INAMPS

3.1) Influências positivas:

- sobrevivência e crescimento do hospital;
- número de casos para o ensino;
- contato com a realidade previdenciária;
- melhor remuneração do docente;
- maior integração da Universidade com a comunidade;
- possibilidade de implantar a integração docente assistencial;
- maior conhecimento das patologias prevalentes na região.

3.2) Influências negativas:

- supervalorização da assistência com sobrecarga dos docentes, prejudicando o ensino;
- demanda excessiva de pacientes em certos setores, por exemplo, em prótese dentária;
- pouca atenção da Universidade frente ao IKA-PS;
- utilização apenas parcial dos recursos do convênio na área médica e de enfermagem da comunidade acadêmica em benefício do docente e processamento desses recursos;
- transmissão de um modelo assistencial empresarial;
- omissão do MEC nas contribuições argumentativas à Universidade.

4) Constituição de uma comissão de desenvolvimento curricular com representantes dos alunos e professores do ciclo básico e profissional."?

É interessante a notar, no caso de Uberlândia, que em função dos recursos disponíveis e do fato de que "o sistema de saúde local não supre as necessidades reais da população", a Universidade optou por criar um serviço avançado de saúde comunitária através da implantação de uma Universidade Didática Avançada (UDA). Desta maneira a Universidade, que já possuía seu hospital, passou a ter serviços próprios também a nível de ambulatórios. Situação esta, no mínimo, peculiar.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Fundada em 30/04/1955, por um grupo de médicos idealistas, a Faculdade de Medicina de Juiz de Fora teve seu funcionamento interrompido em 1957, principalmente por problemas de ordem financeira. Em fevereiro de 1950 foram iniciados os trabalhos para sua reabertura que, finalmente, ocorreu em dezembro de 1952 (FEIXEIRA, s/d).

A FNUFJF, localizada na Zona da Mata de Minas Gerais, como parte integrante de uma sociedade, também sofreu um processo semelhante de busca de uma nova postura pedagógica. O corpo estudantil e sua direção resolveram, em maio de 1980, realizar o 1º Seminário sobre Ensino Médico (SEMINÁRIO SOBRE ENSINO MÉDICO - 1980). A partir deste Seminário pode-se constatar que o ensino médico nessa Faculdade apresentava:

- . falta de integração entre o ciclo básico e profissional;
- . falta de professores;
- . excesso de aulas teóricas no curso profissionalizante;
- . fragmentação do curso em pequenas disciplinas;
- . professores especialistas;
- . internato exclusivamente hospitalar;
- . defasagem do Curso de Medicina com a realidade sanitária da região;
- . falta de verbas para o curso;
- . critério insuficiente de avaliação.

Este Seminário permitiu um amplo debate que consistiu dos seguintes temas:

- 1) Atual situação do Ensino Médico no Brasil e em Juiz de Fora

"Nas Escolas há gritante desvinculação entre teoria e prática".

2) Ensino médico e realidade brasileira

"As Escolas Médicas devem formar profissionais capazes de resolver, conjuntamente com a população, os principais problemas de saúde. Estes profissionais e os que hoje já se encontram dentro do mercado de trabalho, devem atuar no sentido de transformar as condições de saúde da população, sendo que esta transformação está intimamente relacionada com a destruição do comércio da saúde".

3) Deficiências do ensino médico - como corrigi-las?

"A grande maioria concluiu que uma mudança curricular deve ser um processo de desenvolvimento essencialmente dinâmico e aberto, envolvendo a discussão da realidade interna da Escola (relação médico-paciente, condições de ensino e aprendizado, habilidades, conhecimentos) e da realidade externa (mais propriamente o modo de organização do trabalho médico na sociedade) que pressiona a Escola para formar este ou aquele tipo de profissional".

4) Que tipo de profissional formar?

"Foi consenso entre os grupos que a formação profissional médica deva ser global e não fragmentada. O médico deve ter uma boa formação clínico-geral (não confundir com triagista) que o habilite a resolver, conjuntamente com a população, seus problemas básicos de saúde assumindo uma postura transformadora e não conformista, alienada e legitimadora da realidade social e de saúde da população.

Esta formação incorpora a especialidade e, até mesmo, a super-especialidade. O mal não é a especialidade em si ou a "tecnologia", mas sua utilização discriminatória. Toda a população deve ter acesso aos avanços da medicina indiscriminadamente. Alguns grupos discutiram a necessidade de organizar o ensino médico desde os ambulatórios de periferia e outras unidades de saúde do interior da Zona da Mata, passando por hospitais mais modestos até centros

hospitalares mais sofisticados, obedecendo a complexidade dos casos. Os estudantes deveriam passar por todos esses níveis.

É fundamental também que se repense a atual relação teoria-prática no nosso currículo, no sentido de fornecer aos estudantes de medicina uma melhor relação médico-paciente, habilidades e conhecimentos desde os primeiros períodos".

5) Relação entre a estrutura de poder na Faculdade de Medicina e o novo currículo

"Concluiu-se que para a implantação do novo currículo é necessário que tenhamos (professores e estudantes) um maior poder nas decisões. O controle da implantação do novo currículo desde a administração dos ambulatórios até a aplicação de verbas deve ser feito por comissões paritárias de professores e estudantes".

6) Redução de vagas

"A maioria dos grupos de debate foi contra a redução de vagas. Dois grupos se posicionaram favoráveis a ela, sendo que um deles a coloca como solução provisória".

A partir destas discussões, surgiram as seguintes propostas (destacam-se as mais importantes):

- . realização de seminários por disciplina;
- . realização de um seminário sobre Medicina Comunitária;
- . construir uma Comissão Paritária de Professores e Estudantes que tenha o papel de encaminhar as deliberações tiradas no Seminário, principalmente no que diz respeito ao encaminhamento do processo de reformulação curricular;
- . menos aulas teóricas? reciclagem dos professores;
- . aulas práticas desde os primeiros períodos;
- . criação de ambulatórios de periferia? Centro Integrado de Saúde? Internato Rural na Zona da Mata? Criação de Equi-

pes Multiprofissionais com a finalidade de desenvolver trabalhos práticos com a população através de ambulatórios, campanhas etc.;

- . reestruturação dos Departamentos;
- . organizar o ensino com ambulatórios supervisionados por professores passando por Hospitais intermediários até se chegar ao Hospital Escola.

Paralelo a estas discussões a Faculdade de Medicina inicia, junto com a Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários, um Plano de Saúde Integrado - PLASIN.

Este visa, fundamentalmente, a integração de recursos médicos, sanitários e sociais para o atendimento sistematizado da população, englobando zonas urbana e rural. Ocupa-se dos aspectos atinentes à prevenção controle e combate de doenças, aliados ao desenvolvimento sanitário, social e educacional das localidades, com base nas situações constatadas. Visa, ainda, o permanente envolvimento dos Órgãos Universitários nos Programas (OLIVEIRA et alii, 1981).

Faculdade de Medicina de Itajubá - Associação de Integração Social de Itajubá

A Faculdade de Medicina de Itajubá foi criada em 1968, tendo obtido o reconhecimento da Presidência da República em 1974.

Seu Curso de Medicina apresenta, como objetivo principal, a "formação geral do estudante, capacitando-o para, de forma eficaz, atuar junto à comunidade como médico, clínico geral no atendimento de cuidados primários e encaminhamento aos especialistas, quando se fizer necessário" (FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, s/d).

Este objetivo já significa um esforço de adequar os trabalhos docentes da Faculdade às necessidades da população. Este esforço vem sendo realizado recentemente nesta Faculdade, e culminou com o estabelecimento de uma Assesso -

ria Pedagógica e de uma reforma curricular iniciada em 1977.

A partir de 1980 é implantado um Projeto de Integração Docente Assistencial (FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, s/d), com vistas a:

1. "internamente, preparar o aluno do curso de graduação para conviver com as realidades do dia-a-dia da medicina, colocando-o mais precocemente possível em contato com a comunidade para lhe dar oportunidade de contribuir para a solução de problemas de saúde dessa comunidade;
2. ligar a escola ao meio em que atua, prestando serviços : levantamento da realidade médico-sanitária, através dos conteúdos práticos;
3. abrir a escola para a região, tornando-a um centro médico-social, ligado por programas e sistemas de comunicação e participação, a outros centros médicos que se integrarão à FMIt, recebendo os alunos de graduação para estágios supervisionados e enviando seu corpo médico para atualização e reciclagem;
4. dar ao aluno de graduação, uma visão integral do homem, como ser bio-psico-social intimamente ligado ao seu meio e sofrendo as múltiplas influências deste meio, resultando, muitas vezes, em alteração do seu estado de saúde".

Em 1981 duas iniciativas da Faculdade merecem destaque:

- 1) a criação de um Boletim Informativo dirigido, inicialmente, ao corpo discente e docente da Escola, mas que pretende ser expandido à região;
- 2) a realização de uma pesquisa com uma amostragem de alunos da Faculdade, onde importantes questões foram detectadas, tais como:
 - . há um desconhecimento, por parte de 62,5% dos entrevistados, dos conteúdos curriculares;
 - . 92,5% dos entrevistados não trabalham;

- . os alunos atribuem suas dificuldades acadêmicas à estrutura e funcionamento do curso.

Tais fatos refletem, nessa Escola, uma tentativa de adequar melhor o ensino às necessidades discentes e da comunidade, ao mesmo tempo em que, através do Boletim, a Faculdade inicia um processo de Educação Continuada.

Faculdade de Ciência Médica Dr. José A.G. Coutinho - Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre

A Faculdade de Ciência Médica de Pouso Alegre foi criada em 1968 e autorizada a funcionar pelo Decreto nº 63.666 de 21.11.1968. Em 02.12.1974 foi reconhecida pelo Decreto nº 75.016 do Ministério da Educação. A partir de sua autorização passou a receber um constante apoio da UFMG que enviava seus representantes, seus professores para ministrarem aulas em Pouso Alegre, até o ano do reconhecimento da Faculdade pelo MEC (REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 1978).

Entre as diretrizes gerais da Instituição, caberia citar:

1) Quanto ao curso de graduação:

- . ministrar o curso médico, visando a formação poli-clínica de seus alunos, facilitando a sua fixação em cidades do interior, carentes de recursos especializados, e oferecer-lhes o apoio técnico necessário, favorecido pela aproximação da sede da Faculdade;
- . implantar o estágio rural, com finalidade de ampliar a Integração Docente Assistencial Regional com as cidades de Bueno Brandão, Jacutinga, Ouro Fino, Santa Rita do Sapucaí e São Gonçalo do Sapucaí.

2) Quanto à participação na comunidade:

- . colaborar com a EMATER e a Secretaria de Estado da Saúde, na educação sanitária, na erradicação de moléstias, na prevenção e tratamento;

- . estimular as atividades que coloquem os alunos em contato com a realidade de saúde regional, proporcionando um ensino voltado para os problemas de saúde da região (REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 1978).

A partir de setembro de 1980 a Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí firmou convênio com o INAMPS no sentido de dar atendimento integral de saúde - através da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas - a toda a população previdenciária da Região de Pouso Alegre. Ao lado deste Convênio inicia-se o Estágio Rural para os estudantes de medicina numa área de Integração Docente-Assistencial. Para isto, foi realizada uma delimitação geográfica da região a ser atendida (FIG. 13) e foram instalados:

- . estágio rural em cinco localidades (FIG. 14), a saber : Ouro Fino, Bueno Brandão, Jacutinga, São Gonçalo do Sapucaí e Santa Rita do Sapucaí. Essas localidades contam com uma população superior a 10.000 habitantes;
- . Campus avançado, através de equipes volantes compostas de docentes, residentes, enfermeiras, assistentes sociais e líderes da comunidade local; realizam-se cursos visando preparar as lideranças nas questões de saúde e estes Campus localizam-se em 10 áreas da região.

Faculdade de Medicina de Barbacena - Fundação Presidente Antonio Carlos

A Faculdade de Medicina de Barbacena foi autorizada pelo Decreto Presidencial nº 68.546 de 26 de abril de 1971; posteriormente, em 11 de novembro de 1976, o Decreto Presidencial de nº 78.714 deu-lhe o reconhecimento.

Segundo seu relatório de atividades "a FAME tem orientado o seu curso de graduação médica ao encontro da formação do médico-geral ou generalista, para o que formulou currículo capaz de atender a esse objetivo, na dinâmica triplíce do ensino, da pesquisa e da extensão (FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, 1983).

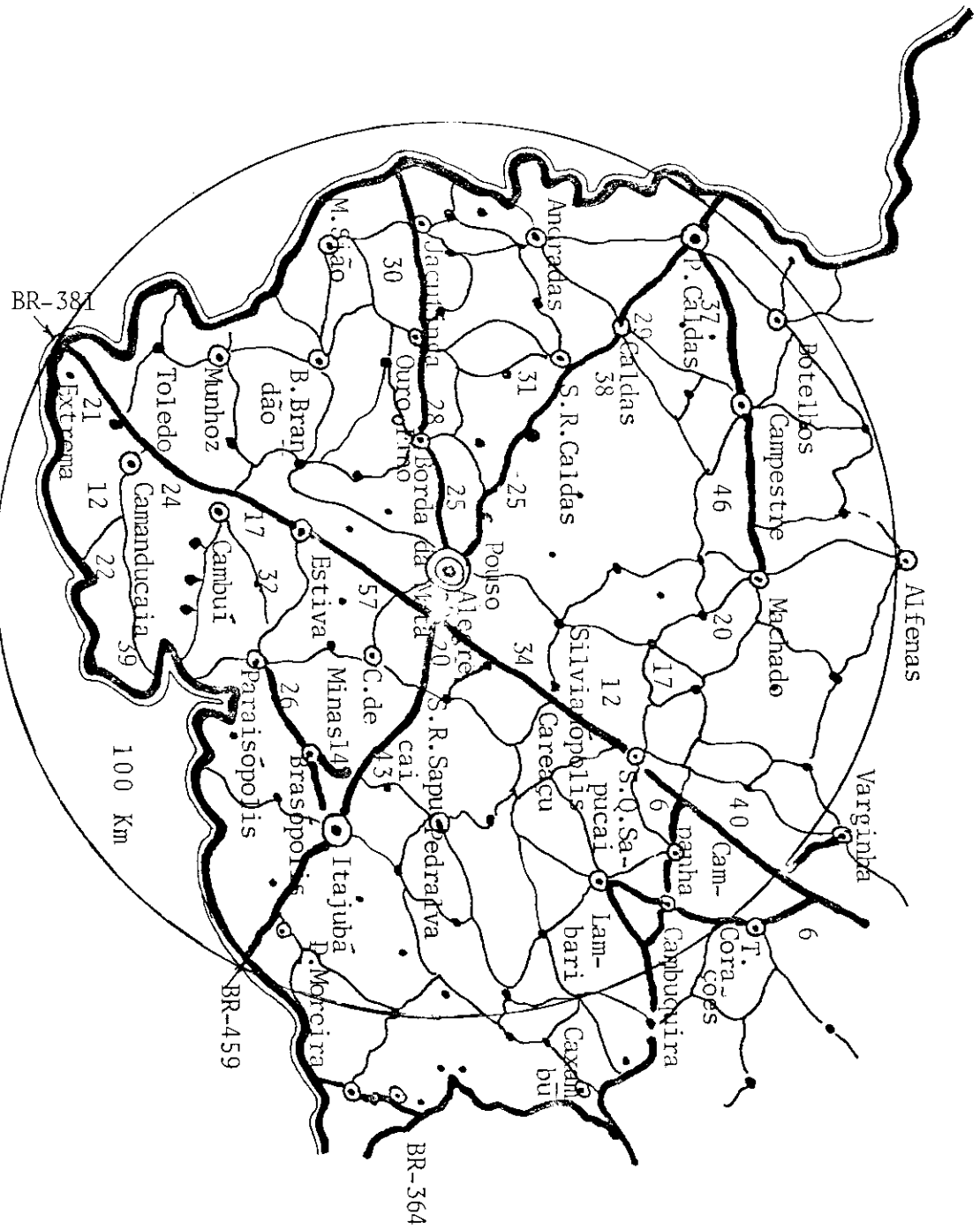


FIGURA 13 - CIDADES ATENDIDAS PELA FACULDADE DE MEDICINA DE POUSO ALEGRE NUM RAIO DE 100km (600.000 HABITANTES)
 FONTE - REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS (1978)

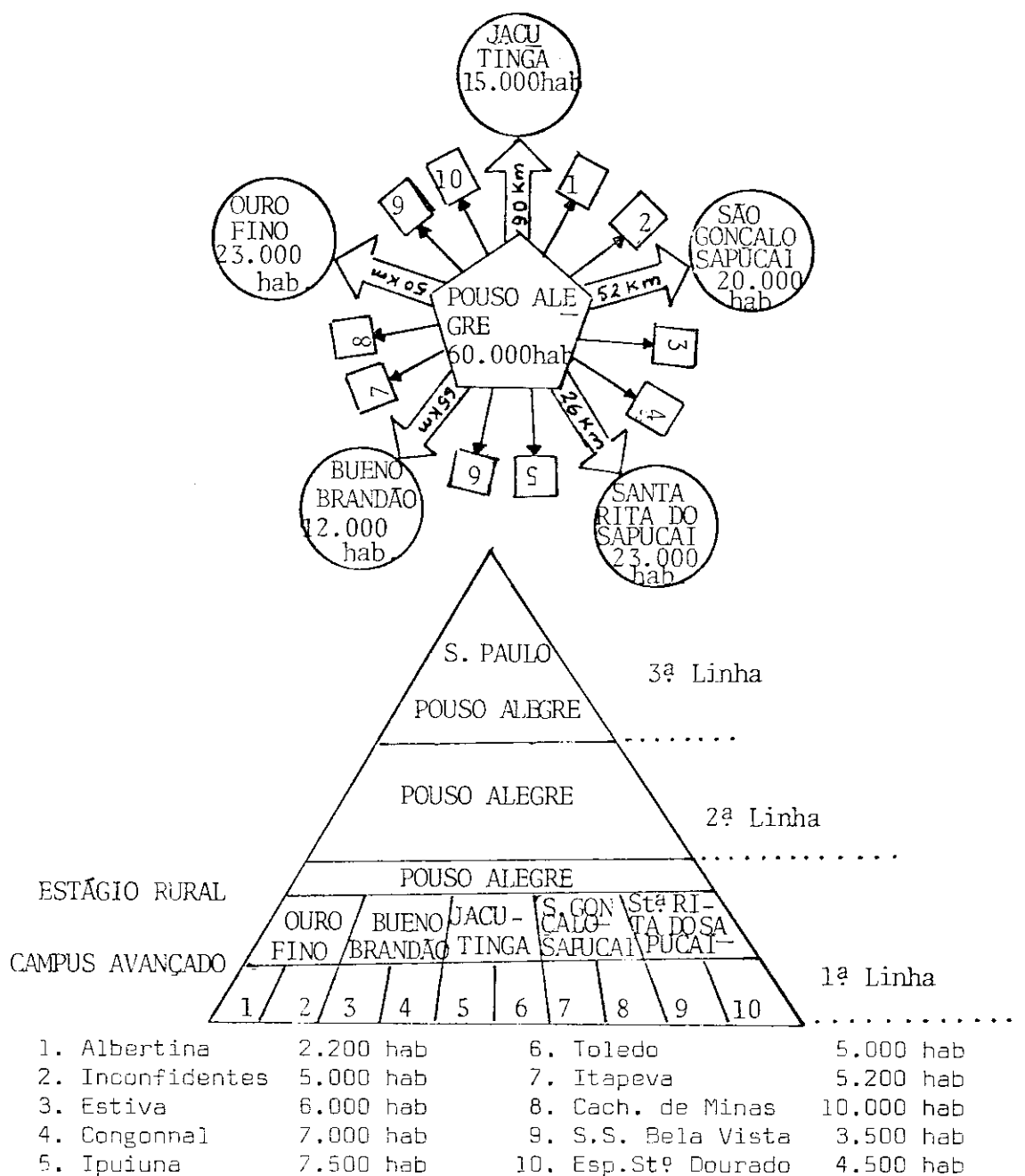


FIGURA 14 - CUIDADOS PROGRESSIVOS EM INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL
REGIÃO DE POUSO ALEGRE

FONTE - REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS (1978)

Com o intuito de ampliar sua inserção na região em que se situa e melhorar o ensino aos seus alunos, vários convênios foram realizados pela FAME, como por exemplo:

- com a Secretaria de Estado da Saúde;
- com a Secretaria Municipal de Saúde;
- com o FUNRURAL;

Com a SES a FAME utiliza as instalações da Unidade de Saúde Central de Barbacena, onde atuam os alunos do 4º e 5º anos (8º e 10º períodos). Nesta Unidade, somente em 1982 foram atendidos 9.600 pessoas com os alunos desenvolvendo aprendizado nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia e Doenças Infecto-Contagiosas.

Com a Secretaria Municipal de Saúde a FAME atua em 10 unidades ambulatoriais integradas, localizadas em regiões periféricas.

Também com a municipalidade a Faculdade recebeu apoio para a montagem do único Pronto Socorro da cidade que se constitui também em cenário de aprendizado para os alunos de graduação.

Com o FUNRURAL a FAME atua, através dos seus alunos, através de uma unidade móvel equipada para atendimento médico e odontológico.

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

A Faculdade de Ciências Médicas foi fundada em 1950 por um grupo de médicos mineiros, baseados na deficiência de médicos no País e em Minas Gerais e no pequeno número de vagas à matrícula na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Uma vez implantada, esta Faculdade incorporou-se à futura Universidade Católica de Minas Gerais (BRANDÃO, 1976). No entanto, em 1969, a Faculdade desliga-se da Universidade Católica passando a constituir-se como uma Escola isolada. Na verdade, um dos motivos de seu desligamento foi a questão fi-

nanceira, questão esta, que acompanhou sempre esta Escola e que, nos últimos anos, agravou-se consideravelmente. Seu currículo segue as normas tradicionais do MEC. Utiliza as dependências de outros hospitais para o ensino, já que não possui seu próprio hospital universitário. Seus alunos não têm atividades práticas a não ser em alguns estágios hospitalares informais. A Faculdade recebe muitos alunos de outras faculdades do interior ou de outros Estados que buscam Belo Horizonte para realizarem o internato. Neste caso, a Escola é uma intermediária, já que não possui hospital.

Os alunos desta Escola, em seu Jornal "Informe", de março de 1982 (INFORME, 1982), colocam que entre vários problemas da Escola, três são de particular importância:

- 1) reforma do currículo já que o atual é extremamente teórico e limitado pelas quatro paredes de um hospital;
- 2) A implantação de um ambulatório para a prática dos estudantes;
- 3) anuidade - os alunos reclamam do aumento das anuidades e propugnam por mais verbas para a educação.

Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba

Criada em 1954, a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro foi reconhecida em 1959 e em 1972 foi transformada em Autarquia Federal (Decreto nº 70.686 de 07 de junho de 1972) (FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO, 1982).

Desde a proposta curricular encaminhada ao Conselho Federal de Educação, em 1972, somente em 1981 a Faculdade designou uma Comissão com o intuito de reformular seu regimento e, conseqüentemente, seu Currículo.

Esta nova proposta coloca, como estratégia básica da Escola, "a graduação do médico com formação a mais abrangente possível... exigindo dele a habilidade de solucionar os problemas de saúde existentes na região" (FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO, 1982).

Para os estágios de seus alunos a Escola mantém convênios com instituições, tais como: Sanatório Espírita, Prefeitura Municipal, Hospital Oftalmológico e Hospital da Criança.

No sentido de desenvolver um trabalho mais voltado para a comunidade e ampliar o aprendizado de seus alunos, através do Departamento de Medicina Preventiva, foi criado o "Projeto Comunitário de Saúde Escolar" (FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO, 1982), também chamado de Projeto Pato Branco. Tal proposta tem os seguintes objetivos:

- a) conhecimento, por parte dos alunos, da realidade social e de saúde da comunidade;
- b) desenvolver, nos alunos, a preocupação da necessidade da atividade de prevenção;
- c) sistema de informações objetivando manter uma avaliação constante da saúde da população escolar.

Para o desenvolvimento deste Projeto foram estabelecidos convênios com a Municipalidade e com as Faculdades Integradas de Uberaba (através dos Cursos de Odontologia, Psicologia e Educação Física).

Pode-se dizer, portanto, que a nível das Escolas de Medicina e mesmo das outras Escolas do setor saúde (enfermagem, odontologia), encontram-se em discussão as seguintes propostas:

- . formação de profissional-generalista (clínico-geral);
- . revisão das relações entre o ciclo básico e o profissional procurando aproximar estes dois instantes de formação dos alunos como é o exemplo do Curso de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais;
- . aproximação da formação dos profissionais de saúde, entre si, baseada na constituição das equipes de saúde e operacionalizada em algumas Universidades dos Centros de Ciências da Saúde (como no caso da Universidade de Uberlândia)
- . mudança do conceito de Hospital Uiversitário; isto significa:

- 1) o abandono da exclusividade do setor médico no Hospital Universitário e a inclusão de estudantes, professores e atividades específicas de outras áreas de saúde, com os mesmos deveres e direitos, no Hospital Universitário;
- 2) a inclusão do Hospital Universitário no sistema de saúde como ponto de referência para cuidados secundários e terciários;
- . revalorização do papel do ambulatório no ensino das profissões de saúde. Praticamente em todas as Escolas (Medicina, Enfermagem, Odontologia), a principal idéia de trabalho é a utilização dos serviços - no caso dos ambulatórios;
- . instalação nas Escolas de Processos de Desenvolvimento Curricular; este movimento inclui:
 - 1) realização de seminários de ensino a nível de cada escola;
 - 2) constituição de grupos de assessoria pedagógica;
 - 3) crítica à existência estanque dos ciclos básicos;
 - 4) análise da constituição atual das disciplinas teóricas existentes nos currículos e proposta de criação de novos conteúdos curriculares; é o caso das disciplinas "Medicina Geral dos Adultos" e "Prática Comunitária Integrada" criadas e em desenvolvimento da FM-UFMG;
 - 5) introdução das Disciplinas Integradoras, geradas a partir de problemas da área de formação, como existente na proposta da Escola de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais;
 - 6) constatação da existência de currículos paralelos na formação dos alunos e a tentativa de fornecer esta "formação paralela" dentro da própria Escola;
 - 7) inclusão de disciplinas optativas nos currículos, que expressem áreas de conhecimento e práticas contíguas à Medicina dita científica e que eram tradicionalmente desconhecidas como, por exemplo, a Acumputura e a Homeopatia;

- . revalorização do papel da prática no aprendizado em saúde. Tal questão aponta para a crítica ao atual modelo pedagógico vigente no ensino, no qual os alunos suportam excessiva carga de aulas teóricas em detrimento de uma formação voltada para os problemas vividos na prática médica em seu dia-a-dia, e que possa ser vivenciada junto aos serviços.

Há uma diversidade de situações entre cada Escola. O processo de mudanças nas novas Escolas de Medicina de Minas Gerais tem uma determinação específica a nível de cada Faculdade, determinação esta que imprime características diversas de método e mesmo de tempo entre as faculdades. Há casos, como a da FM-UFMG, que vem de um processo de desenvolvimento curricular com 10 anos de existência, lado a lado com a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais que executa ainda hoje um modelo tradicional de ensino, baseado numa pedagogia iminentemente tradicional. Por outro lado, os avanços conseguidos a nível de cada Escola, são de ordens diversas, tais como:

- . Faculdade de Uberlândia - realizou o primeiro convênio global com o INAMPS ambulatorizando seu ensino e prestando serviços em grande quantidade, à população;
- . Faculdade de Itajubá - cria uma Assessoria Pedagógica, inicia um processo de avaliação de seu ensino e propõe a re formulação de seu Departamento de Medicina Preventiva;
- . Faculdade de Montes Claros - considerando a proposta de se integrar totalmente ao Serviço Regionalizado de Saúde, da região do Norte de Minas, a Faculdade não possui serviços hospitalares nem ambulatoriais, o que levou a propor um Projeto Docente-Assistencial intitulado de Área Docente Assistencial. Paradoxalmente, ao não possuir serviços próprios e necessitar da rede pública e privada, esta Faculdade ficou sem um importante apoio financeiro que é o Hospital e fica à mercê de interesses estritos dos serviços ;
- . Faculdade de Medicina da UFMG - tem, no momento, um amplo processo de desenvolvimento curricular em andamento, cen-

trado em várias áreas docente-assistenciais no interior e na área metropolitana;

- . Faculdade de Medicina de Pouso Alegre - investiu grande parte de seus esforços na implantação do Hospital Universitário e, a nível curricular, desenvolveu a experiência de estágios hospitalares em pequenas cidades do interior.

3.5. AS PROPOSTAS INTERINSTITUCIONAIS

3.5.1. Histórico

Ao longo do tempo cada Faculdade buscava resolver seus próprios problemas tentando realizar reformas curriculares (TAB. VII), estabelecimento de convênios com outras instituições e uma permanente peregrinação em busca de novos recursos financeiros que lhes permitissem manter, ao mínimo, a estrutura didática da Escola. Só que, atuando de forma isolada, cada grupo conseguia um ganho restrito, temporário e pouca pressão política representava no quadro de forças em torno das instituições do setor saúde.

No ano de 1979 realizou-se aqui, em Minas Gerais, o XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, na cidade de Poços de Caldas, no período de 14 a 17 de novembro. Encarregada de criar a Comissão Organizadora do Encontro, a Direção da Faculdade de Medicina da UFMG convidou as outras Escolas do Estado para integrarem a Comissão. Esse Congresso teve, como tema principal, a discussão de Integração Docente-Assistencial (CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1979).

Presente ao Congresso o Dr. Eduardo Levindo Coelho, Secretário de Estado da Saúde, convidou os Diretores das Escolas de Medicina de Minas Gerais para uma reunião conjun-

TABELA VII - Caracterização das Escolas de Medicina em Minas Gerais

Escolas Médicas	Ano fundação	Nº alunos	Tipo de instituição	Hospital Escola	Convênio INAMPS	Realização de reforma curricular
1) Faculdade de Ciências Médicas "Dr. José Antonio Garcia Coutinho" (Pouso Alegre) - Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí	1968/Decreto nº 63.666 21/11/68	70/turma (6 anos)	privada	possui	sim	sim
2) Faculdade de Medicina de Itajubá Associação de Integração Social de Itajubá	1968/Decreto nº 62.498 01/04/68	90/turma	privada	possui	sim	sim
3) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora	1935 (houve posterior fechamento) 1952 (reabertura)	200	pública	possui	sim	sim
4) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais	1911	320	pública	possui	sim	sim
5) Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba	1954 (autorização) 1959 (reconhecimento) 1972 (federalização)	70	pública	possui	sim	sim

TABELA VII - continuação

Escolas Médicas	Ano fundação	Nº alunos	Tipo de instituição	Hospital Escola	Convênio INAMPS	Realização de reforma curricular
6) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia	1954 (fundação); 1968 (inauguração) 1974 (reconhecimento)	70	pública	possui	sim	sim
7) Faculdade de Medicina do Norte de Minas	1969	40	privada	não possui	não possui	sim
8) Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	1950 (fundação); 1955 (reconhecimento)	85/turma	privada	não possui	não possui	não
9) Faculdade de Medicina de Barbacena	1971	64	privada	não possui	não possui	sim

ta com a Secretaria de Estado da Saúde, no sentido de se discutir os problemas relacionados com a Integração das Ações de Saúde no Estado. Foi possível, então, a partir da discussão do texto do IIIº Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social/Setor Saúde (MINAS GERAIS, 1979b), iniciar uma tentativa de aproximação entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Faculdades de Medicina.

A partir daí, um representante das Faculdades de Medicina passou a participar da Comissão de Integração das Ações de Saúde no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1979a) (Decreto Estadual nº 20.137 de 19/10/79), composta pelo INAMPS, LBA, FSESP, SUCAM e SES. As conversações comuns têm prosseguimento e, finalmente, é realizado o 1º Seminário de Integração Docente Assistencial em Minas Gerais (SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL EM MINAS GERAIS, 1980), nos dias 14 e 15 de março de 1980.

Este primeiro seminário apresentou as seguintes conclusões:

- 1) é importante para a implantação da Lei nº 6.229, que institui o Sistema Nacional de Saúde, que haja uma efetiva integração;
- 2) é indispensável que se reestude a regionalização do INAMPS e da Secretaria de Saúde no sentido de unificá-la, e que as Escolas Médicas sejam devidamente consideradas nessa regionalização;
- 3) dentro do princípio de complexidade crescente das ações de saúde, deve ser atribuído ao Hospital Universitário o papel de referência regional;
- 4) as Escolas Médicas devem ser incorporadas ao processo integrado de atenção à saúde das respectivas regiões;
- 5) as Escolas Médicas devem ter o acesso garantido a toda a rede regional de atenção à saúde;
- 6) o convênio padrão do MPAS-MEC, para os hospitais universitários, deve ser reformulado no sentido de melhor adequá-lo à integração ora proposta, respeitando suas caracterís-

- ticas como hospitais de referência e garantindo prioridade aos mesmos;
- 7) os docentes que atuam em um segundo horário no órgão assistencial devem ser autorizados a atender a clientela do órgão assistencial no órgão docente e vice-versa, cumprindo-se os horários docente e assistencial sob a mesma programação;
 - 8) a integração deve ser feita de modo a aproveitar todos os recursos materiais, humanos e financeiros das instituições envolvidas na atenção à saúde. Esses recursos devem ser levantados e seu aproveitamento deve iniciar-se pelo corpo clínico comum a essas instituições e pela unificação dos recursos por elas destinados ao programa de educação continuada na área de saúde. Neste ponto as Escolas se propõem a participar da organização e desenvolvimento de um programa de educação médica continuada;
 - 9) é importante, no processo de integração, a participação efetiva da comunidade no planejamento e na definição das ações de saúde, as quais devem ser coerentes com suas necessidades;
 - 10) é importante a participação ativa do corpo discente, não só na execução da atenção à saúde mas, também, no processo contínuo de aperfeiçoamento do sistema. Considera também que deveria ser estendido a esse tipo de atividade o disposto no OS-INAMPS-SNS de 44.3 de 09 de março de 1979 e RS-INAMPS 44.4 de 04 de fevereiro de 1980, que institui diretrizes para concessão de estágios de formação, de residência e de aperfeiçoamento de pessoal no setor saúde nas unidades médico-assistenciais integradas;
 - 11) dentro da política de universalização da clientela, regionalização administrativa, programa docente-assistencial e educação continuada, o ambulatório central dos hospitais universitários se equipará aos PAM's do INAMPS;
 - 12) a ampliação da rede física de ambulatórios pelas instituições envolvidas somente deve ser feita após consulta e a-

- provação pela comissão central;
- 13) a progressão funcional entre as carreiras docente e assistencial deve ser equiparada, de modo a conceder ao docente um mesmo nível funcional ao assumir uma função Assistencial;
 - 14) no critério de valorização de títulos, para efeito de concurso ou de ascensão funcional, deve ser valorizada adequadamente a participação ativa no processo de integração docente-assistencial, em valor superior à atividade isolada docente ou assistencial;
 - 15) o salário do profissional que participa do processo de integração docente-assistencial deve ser duplicado em relação àquele que tem atividade isolada docente ou assistencial.

Como uma seqüência desse Seminário e com o apoio da Fundação Kellogg, o grupo de Escolas, do INAMPS e da SES, realizou uma viagem de estudos à várias Faculdades de Medicina do Nordeste Brasileiro. Posteriormente, foi promovida uma reunião das Escolas na cidade de Monte Verde (Sul de Minas), no mês de maio de 1980. Ali, duas importantes decisões foram tomadas:

- criar uma Associação das Escolas Médicas de Minas Gerais;
- constituir um Projeto de Regionalização Docente Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais.

Enquanto isso, no período de 29 de junho a 05 de agosto de 1980, um grupo de professores de Medicina de Minas Gerais viajava ao exterior, com o intuito de conhecer as experiências de serviços de saúde e educação médica na Colômbia, Nicarágua, México e Estados Unidos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 1980).

As Escolas voltaram a se reunir e, em setembro de 1980, na cidade de Barbacena, foi aprovado o estatuto da ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (AMEM) sendo, então, eleita a sua primeira diretoria. Nessa reunião foi, também, aprovado o texto do Programa de Regionalização Docente-Assistencial em Saúde e, no dia seguinte, já em Belo Horizonte,

foi instalado o NÚCLEO DE BELO HORIZONTE DA ABEM.

Muitas discussões antecederam a criação da Associação Mineira de Educação Médica. Ela surge, portanto, como uma entidade destinada a expressar todo o pensamento deste grupo que em cada Escola luta por introduzir modificações. Nesse primeiro momento entendia-se que a ABEM não conseguia fazer-se atuante (ao menos em Minas Gerais) e que era preciso criar uma nova instância que congregasse esta proposta mineira*. Mas não foi somente a nível de nosso Estado que ocorreu a criação de uma nova associação no setor saúde; a nível nacional surgiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que elegeu, como seu primeiro Presidente, o candidato de Minas Gerais, derrotado por duas vezes nas eleições da ABEM. Na verdade, a criação da AMEM e da ABRASCO representaram um duro revés para os grupos conservadores localizados na ABEM. Esta, a partir de sua atual Diretoria, envidará esforços de recuperação de seu papel nacional em torno das questões da Educação Médica mas, novas eleições já se aproximam, e resta saber se a nova Diretoria (que ainda representa os setores mais conservadores) agilizará esta Instituição.

A criação da ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA tem, assim, sua justificativa nos seguintes fatos:

1. pouca participação e dinamicidade da ABEM nas questões de educação médica em nosso Estado;

* Nos últimos anos a ABEM foi reconhecidamente uma instituição atrelada aos interesses do Governo da área de educação; Minas Gerais, por duas vezes, apresentou candidato próprio às eleições em Londrina e Goiânia. Por duas vezes, apesar do apoio da maioria dos estudantes e de muitas Escolas, o Prof. Benedictus Philadelpho de Siqueira foi derrotado. Ao lado disso, a proposta mineira de reforma dos estatutos da ABEM apresentada pelo Prof. Luís de Paula Castro também foi rejeitada.

2. necessidade das Escolas possuírem uma instância de coordenação comum dos trabalhos propostos;
3. necessidade das Escolas possuírem um instrumento de ação política a nível estadual;

Na verdade, em todas as discussões este último item foi reforçado. As Faculdades presenciaram uma Política de Saúde recheada de interesses vários, totalmente sujeita a ordens e contra-ordens, com um orçamento dos menores do Estado e, face a isso, desejavam expressar, de forma organizada, seus anseios em torno de um Sistema Estadual de Saúde.

A AMEM, criada na cidade de Barbacena, em 18 de setembro de 1980, tem os seguintes objetivos (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1980):

- a) associar às Escolas Médicas de Minas Gerais, médicos, professores, estudantes de medicina e demais interessados em educação médica, de modo a identificar problemas e objetivos comuns e a somar todos os esforços para atender as necessidades de saúde da população;
- b) integrar-se com os órgãos prestadores de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais, cooperando ativamente para o estabelecimento e desenvolvimento desses serviços;
- c) aperfeiçoar continuamente os processos de formação na graduação do médico;
- d) aperfeiçoar continuamente a formação do professor de medicina;
- e) aperfeiçoar progressivamente a educação contínua de recursos humanos para a saúde e a educação para a saúde da comunidade;
- f) cooperar ativamente com as entidades e os órgãos ligados à formação e aperfeiçoamento dos demais membros da equipe interprofissional de saúde, identificando problemas e objetivos comuns;
- g) filiar-se e cooperar ativamente com as associações de educação médica organizados em nível nacional e internacional, identificando problemas e objetivos comuns;

h) estimular e apoiar as iniciativas de intercâmbio entre sócios.

Após a criação da AMEM, como já dito, a ABEM instalou, em Belo Horizonte, o seu recém-criado Núcleo. Sucedem-se várias Reuniões de Ensino Médico no Estado e o Programa de Regionalização Docente-Assistencial (PRDAS) em Saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1981) toma corpo definitivamente. O PRDAS tem início e consegue-se, através da ABEM, obter financiamento para o programa junto à Fundação Kellogg.

Como decorrência destes esforços comuns, já em 1982, o INAMPS, a SES e a AMEM, constituem um grupo de trabalho para reavaliar a Regionalização Sanitária Estadual compatibilizando as propostas das diversas instituições.

3.5.2. O Programa de Regionalização Docente-Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais (PRDAS)

O PRDAS surgiu da necessidade das Escolas Médicas articularem-se a nível estadual intervindo mais diretamente no sistema estadual de saúde, ao mesmo tempo em que criavam melhores condições de ensino aos seus alunos. Ele tem a participação das seguintes instituições:

1. Associação Brasileira de Educação Médica
2. Associação Mineira de Educação Médica
3. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
4. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
5. Faculdade de Medicina da UFMG
6. Faculdade de Medicina da UFJF
7. Faculdade de Medicina de Uberlândia
8. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberaba
9. Faculdade de Medicina do Norte de Minas
10. Faculdade de Medicina de Itajubá
11. Faculdade de Medicina de Barbacena

12. Faculdade de Medicina de Pouso Alegre
13. Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte

O PRDAS tem, como substrato conceitual, os seguintes pontos:

- 1) é preciso que, em sua elaboração, execução e avaliação, cada vez mais se ampliem as instituições participantes;
- 2) torna-se necessário reaproximar o aprendizado ao trabalho permitindo aos estudantes do setor saúde exercer uma prática desde seus primeiros períodos;
- 3) a experiência em serviços, acumulada pelo Sistema Operacional em Saúde Pública de Minas Gerais, fornece uma base para a implantação de um Sistema Estadual de Saúde.

O PRDAS possui os seguintes objetivos:

- 1) desenvolver um sistema de apoio a projetos e atividades de Regionalização Docente-Assistencial das Faculdades de Medicina de Minas Gerais
 - . implementar a formação do Núcleo Regional da ABEM
 - . desenvolver atividades de assessoramento às Faculdades em Educação Médica
 - . realizar assessoria às Faculdades com vista à elaboração de seus projetos
- 2) incentivar o surgimento e consolidação de Processos de Desenvolvimento e Integração Curricular
 - . realizar estudos com o objetivo de adequar a relação de cada escola médica com sua sub-região
 - . promover seminários sobre reforma curricular e IDA em cada Unidade
 - . treinar e/ou reciclar os recursos humanos em desenvolvimento curricular
 - . promover um intercâmbio de experiências e de docentes e discentes entre cada Faculdade
- 3) Desenvolver atividades de Regionalização Docente-Assistencial em todo o Estado de Minas Gerais e parte do Estado de Goiás

- . analisar a atual regionalização das instituições de serviços (Secretaria de Estado da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e FUNRURAL) e de ensino buscando uma divisão geográfica do Estado comum às instituições
 - . desenvolver a participação das lideranças regionais e da população no estudo e análise dos problemas de saúde
 - . analisar a situação nosológica regional instrumentalizando o campo principal de estudos e pesquisas a serem desenvolvidos por cada Escola
 - . identificar, em cada região, os convênios já em vigor entre as instituições e promover sua análise e reformulação
 - . promover a integração dos serviços Federais, Estaduais e Municipais, entre si, e com as Escolas formadoras de recursos humanos em saúde, estimulando o intercâmbio de informações e experiências entre os diferentes projetos regionais
 - . desenvolver, em cada região, um projeto docente-assistencial, inclusive permitindo a utilização da rede de serviços em todos os níveis e tipos como campo de aprendizagem dos estudantes e estimulando o apoio dos serviços pelas Escolas, na forma de cursos e reciclagens
 - . promover a realização de seminários de integração nos níveis municipal, setorial, sub-regional e regional
 - . promover a avaliação dos resultados e a divulgação dos trabalhos junto aos serviços, escolas e comunidade
- 4) Planejar e elaborar opções de educação contínua em saúde
- . manter um registro continuamente atualizado de ex-alunos e dos demais profissionais de saúde das áreas de influência de cada Faculdade de Medicina
 - . possibilitar a remessa, a esses profissionais, de um Boletim periódico contendo e lembrando a programação extraordinária, sugestões de livros e artigos recentes e catálogo de material instrucional da Biblioteca e do Centro Áudio-Visual

- . promover, a nível de cada sub-região, cursos de atualização e reciclagem para os profissionais de saúde
- . facilitar a possibilidade de realização pelos profissionais da sub-região de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado
- . promover ações de educação em saúde voltadas para a comunidade

Tendo com estratégia básica a articulação entre as várias instituições nos diversos níveis - central, regional e local ou municipal - o PRDAS vem apresentando um nível de execução bem inovador.

A partir do primeiro trimestre de 1982 - período de início do Programa - podemos citar as seguintes atividades, já em andamento:

1. reuniões de trabalho a nível de cada área docente assistencial, com a participação de:
 - representantes da Direção de Medicina Social do INAMPS
 - representantes da Direção do Centro Regional de Saúde
 - representantes da Direção da Escola de Medicina
 - representantes do Diretório Acadêmico dos Estudantes
 - representantes de outras Faculdades interessadas
 - representantes da própria Reitoria
2. Publicação do Boletim de Medicamentos e Terapêutica
3. Assinatura do Convênio de Intenções entre SES, ABEM e ANEM
4. Realização do Iº Seminário Interinstitucional de IDA.
5. Estudos para a implantação da Linha Saúde/TELEMIG.
6. Publicação do Boletim do PRDAS
7. Obtenção de recursos financeiros junto à Fundação Kellogg. para a execução de algumas atividades do programa.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

4.1. Com relação aos serviços de saúde

Uma primeira constatação a ser feita diz respeito ao papel preponderante da Secretaria de Estado da Saúde nessa nova proposta e à quase que total falta de participação das outras instituições prestadoras de serviços de saúde, tais como o INAMPS, a FSESP, a SUCAM e a própria rede privada, nas ações de Regionalização Docente Assistencial. Embora cada instituição crie, para si própria, um esboço de regionalização (caso da FSESP) ou comece a realizar propostas de regionalizar (caso do INAMPS) elas não conseguem ainda apresentar-se conjuntamente como participantes de um plano comum. Talvez tal fato prenda-se à sujeição das Instituições de Serviço a alguns interesses políticos que, através delas, tentam realizar suas ações e seus propósitos. Neste sentido, embora tenham surgido ações concretas de integração entre estes serviços - como no caso do Convênio de Atenção à Tuberculose, realizado entre o INAMPS e a SES - estas ações têm-se limitado à prestação de serviços de uma instituição à outra e não às ações integradas de trabalho.

Por outro lado, há maior interesse nas atividades de integração por parte da Universidade do que dos Serviços. Isto se dá a uma maior procura das Faculdades por novos lo-

cais de prática para seus alunos donde passem a se interessar pela integração. Mas os setores dominantes a nível dos serviços pouco se interessam pela integração, na medida em que tais atividades podem "incomodar" situações já estabelecidas e que não se deseja sejam mudadas.

Assiste-se, assim, a um baixo nível de qualidades dos serviços que aumentaram quantitativamente mas não evoluíram a nível técnico. Há urgente necessidade de:

- . instalar-se novo sistema de informação em saúde;
- . proceder à avaliação do atual sistema de saúde estadual;
- . estabelecer sistemas de referência e contra-referência entre os vários níveis da rede pública de serviços;
- . modificar os parâmetros de construção das Unidades Ambulatoriais de Saúde, criando diferentes níveis de complexidade nesta rede de serviços, em função das necessidades locais e regionais;
- . estabelecer, em definitivo, um convênio de prestação de serviços entre o INAMPS e os Hospitais da FHEMIG;
- . re-definir-se o volume dos recursos financeiros destinados ao setor saúde;
- . transformar a atuação do Sistema Operacional de Saúde Pública em uma ação voltada quase que exclusivamente para a Atenção Médica, para uma ação direcionada para atividades de saúde coletiva;
- . aumentar a participação da população organizada em sindicatos e associações na gestão de serviços de saúde; tal proposta pode ser iniciada com a criação de um Conselho Estadual de Saúde para Minas Gerais;
- . definir uma regionalização dos serviços de saúde, em nosso Estado, que seja comum às diversas instituições de serviço e de ensino;
- . definir uma Área Docente Assistencial em uma das regiões do Estado e iniciar, ali, um processo de administração integrada das instituições com vistas a ser ampliado a outras áreas do Estado.

4.2. Com relação ao Setor Educacional

Há uma grande diferença entre os processos educacionais a nível das faculdades particulares e os levados a cabo pelas Faculdades Federais. Esta diferença, que não é comum a todas as Escolas, remete a uma questão central que é a forma mais participativa encontrada nas Escolas Públicas. Essas, na verdade, expressam, recentemente, tanto uma maior participação dos docentes, alunos e funcionários nas questões em torno de seus objetivos educacionais, quanto expressam, também, uma maior situação de crise. Essas crises sim, é que precisam merecer novos parâmetros de avaliação para que não sejam consideradas enquanto fator dificultante no crescimento pedagógico das Escolas. Não me refiro, aqui, de forma única às constantes crises financeiras que não são, hoje, exclusividade de nenhuma escola, mas característica comum a quase todas. Estou me referindo às crises ideológicas que se fazem presentes em nossas universidades, revelando um embate entre uma circunstância antiga e uma nova proposta. Tal fato é claramente demonstrado pelos recentes embates ocorridos na Faculdade de Medicina da UFMG e na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

As escolas particulares controlam de forma mais ou menos explícita o corpo estudantil e, mais ainda, os professores e funcionários, impedindo sua maior participação na gestão do destino da escola. Não se torna aqui uma questão determinada pelas direções destas escolas mas, sim, um imperativo do próprio modelo educacional no qual nasceram e evoluíram.

Há, ainda, uma participação das escolas em programas distantes de sua realidade nacional. Historicamente as faculdades, estimuladas pelo MEC, instituíram os campus avançados. Assim é que algumas ainda hoje mantêm estes encargos à longa distância (caso de Uberaba) quando prioritário seria que se adequassem e envolvessem a realidade nacional à qual pertencem.

As Faculdades têm, até o momento, se beneficiado, com a utilização de sua parte, dos serviços de saúde do Estado. Neste sentido, elas ampliam a prestação de serviços à população e tornam possível também uma melhoria da aprendizagem de seus alunos. Mas o setor educacional necessita avançar ainda em dois pontos fundamentais:

- . desenvolver novos campos de pesquisa, em função dos problemas mais proeminentes das populações e voltar-se, também, para ajudar os serviços, seja propiciando cursos aos profissionais, reciclagens, educação continuada em saúde ou quaisquer outras atividades voltadas para a melhoria dos serviços. Trata-se de levar a termo a proposta de que a Universidade esteja voltada para a comunidade que a cerca, treinando e formando profissionais, mas também influenciando diretamente na realidade de saúde e dos serviços de saúde.

Em outros termos, trata-se de definir o papel da Universidade relativo:

- . aos estudantes,
- . à comunidade,
- . aos serviços.

4.3. Considerações finais

Desenvolvendo-se ao longo dos últimos anos, de forma bastante intensa, o Setor Saúde em Minas Gerais vem desenvolvendo para uma forma de execução que inclui como parâmetro de medida o inter-relacionamento institucional, seja entre o próprio setor de serviços ou entre os serviços de saúde e o aparelho formador de recursos humanos. Interatuam na dinâmica determinante deste modelo tanto fatores de ordem econômica - donde a procura de um sistema mais eficiente, quanto fatores de ordem administrativa, epidemiológica e ideológica.

Destacando três categorias de análise, ou seja, o Desenvolvimento Curricular, a Educação Continuada em Saúde e

a Regionalização Docente Assistencial, é possível perceber que estas categorias difundiram-se no espaço dos serviços e do ensino materializando-se na forma de convênios inter-institucionais, seminários de avaliação curricular e instrumentos de difusão científica entre outros.

Torna-se necessário apontar, finalmente, que a avaliação deste processo de integração somente poderá ser mais eficaz na medida em que os instrumentos de medida puderem ser construídos ao longo do tempo, permitindo melhorar a execução deste modelo de interação serviços e ensino. É possível, no entanto, propor alguns instrumentos que poderão servir a uma mensuração inicial de experiências deste tipo. São eles:

continuidade da experiência - detecção de fatores indutivos no início da proposta, sua ocorrência ao longo da execução e possibilidade de seguimento. Como exemplo é possível citar o índice de retenção de alunos em cada área ou região por cada escola, a realização de seminários de avaliação curricular ou a ampliação dos cuidados básicos em saúde pelos serviços;

regionalização e hierarquização dos serviços - buscar-se-á medir grau de adequação dos serviços às realidades regionais, sua disposição de atendimento por níveis de cuidados e o grau de unidade operacional existente entre as diversas instituições;

reconhecimento por parte da população - comunidade de idéias relacionadas às questões de saúde como um todo e, em especial, à opinião dos usuários sobre os serviços oferecidos;

formas de gestão - detecção da qualidade do relacionamento existente entre as instituições envolvidas; co-gestão, cooperação, coordenação e integração, são conceitos que deverão ser identificados como existentes ou não, nas experiências;

grau de formalização da experiência - dado que muitos trabalhos no setor saúde são realizados com um alto grau de subjetividade e na dependência de relacionamentos pessoais, torna-se necessário detectar quanto um modelo de ensino-aprendiza-

gem-serviços de saúde efetivamente vai tornando-se formalizado, através de instrumentos legais adequados, continuando a ser operado mesmo quando grupos existentes no interior das instituições perdem ou ganham poder;

metodologia - como resultado do avanço do conhecimento humano novas abordagens metodológicas poderão ser utilizadas em trabalhos no setor saúde; a identificação da utilização da metodologia multi-disciplinares, interdisciplinares e transetoriais confere um grau de diversidade e de ganho qualitativo às novas propostas;

atrito interinstitucional - a identificação de embates políticos, disputa de poder entre grupos localizados no interior das instituições confere, em certos momentos, a possibilidade de avaliar-se o grau de envolvimento mútuo existente entre as instituições.

Tais instrumentos aqui relacionados são apresentados como uma primeira possibilidade de avaliação surgida a partir da compreensão do processo de Regionalização Docente Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais.

Concluindo, é possível dizer que a Regionalização do Setor Saúde, em Minas Gerais, foi e vem sendo levada a efeito durante os últimos anos; este movimento institucional tem necessariamente que ver com os grupos de pressão localizados nas instituições e com a instância econômica, determinante principal dos sucessos e entraves das modificações propostas.

O fato de que, em alguns procedimentos, o recurso financeiro seja oriundo de fontes extra-estaduais sugere a necessidade de que possam ser mais apoiadas as experiências de regionalização docente-assistencial por parte da Secretaria de Estado da Saúde e pelo INAMPS possibilitando, assim, o início de procedimentos administrativos e pedagógicos realmente comuns e definidos democraticamente por todos os envolvidos. Tornando-se assim independente, poder-se-ia iniciar a

concretização de uma ou mais Áreas Docente-Assistenciais administradas conjuntamente em cada região pelas instituições envolvidas. levando a efeito uma experiência de administração de serviços de saúde e ensino em saúde, única em nosso País.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AHUMADA, J. et alii. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington, Organization Panamericana de la Salud, 1965 (Publicação Científica, 111).
- 2 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Núcleo Minas Gerais. Programa de Regionalização Docente Assistencial em Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1981 (Mimeografado)
- 3 - ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Estatutos. Belo Horizonte, 1980 (Mimeografado)
- 4 - BARRANCOS, D.B & FONSECA, A.L. Considerações sobre políticas sociais: Medicina simplificada e o papel do auxiliar de saúde. Belo Horizonte, 1979. (mimeografado)
- 5 - BREIHL, J. La Medicina comunitaria: una nueva policia medica. Separata de Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc., México, abr./jun. 1976.

- 6 - BRANDÃO, A.S. Contribuição à história da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 1976.
- 7 - BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente Assistencial. Brasília, 1981 (Cadernos de Ciências da Saúde, 3)
- 8 - CENTRE FOR EDUCATIONAL RESEARCH AND INNOVATION-CERI. Health, higher education and the community: towards a regional health University. Paris, Editora OECD, 1977.
- 9 - CHAVES, M.M. Regionalização Docente-Assistencial e níveis de assistência. In: SEMINÁRIO SOBRE HOSPITAIS DE ENSINO, Rio de Janeiro, 1975. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1975.
- 10 - CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 1979. Anais. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1979.
- 11 - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ. Caderno de Orientação: programas das disciplinas do curso de graduação. Itajubá, s.d.
- 12 - FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO. Projeto comunitário de saúde escolar. Uberaba, 1982.
- 13 - FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS. Faculdade de Medicina. Relatório de atividades. Barbacena, 1983.
- 14 - FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA - FSESP. Dados informativos. Belo Horizonte, s.d. (Mimeografado)

- 6 - BRANDÃO, A.S. Contribuição à história da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 1976.
- 7 - BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente Assistencial. Brasília, 1981 (Cadernos de Ciências da Saúde, 3)
- 8 - CENTRE FOR EDUCATIONAL RESEARCH AND INNOVATION-CERI. Health, higher education and the community: towards a regional health University. Paris, Editora OECD, 1977.
- 9 - CHAVES, M.M. Regionalização Docente-Assistencial e níveis de assistência. In: SEMINÁRIO SOBRE HOSPITAIS DE ENSINO, Rio de Janeiro, 1975. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1975.
- 10 - CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 1979. Anais. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1979.
- 11 - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ. Caderno de Orientação: programas das disciplinas do curso de graduação. Itajubá, s.d.
- 12 - FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO. Projeto comunitário de saúde escolar. Uberaba, 1982.
- 13 - FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS. Faculdade de Medicina. Relatório de atividades. Barbacena, 1983.
- 14 - FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA - FSESP. Dados informativos. Belo Horizonte, s.d. (Mimeografado)

- 15 - INFORME: Jornal do Diretório Acadêmico Lucas Machado .
Belo Horizonte, 1982.
- 16 - INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL - IPPEDASAR. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas, Montes Claros, 1971.(Documento interno de circulação restrita)
- 17 - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL-INAMPS. Superintendência Regional do Estado de Minas Gerais. Proposta de Regionalização do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1979
- 18 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Decreto nº 1751 de 03 de junho de 1946. Reforma Alvino de Paula. Minas Gerais, Belo Horizonte, 04 jun. 1946. p. 2.
- 19 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Decreto nº 7.355 de 02 de janeiro de 1964. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde. Minas Gerais, Belo Horizonte, 03 jan. 1964, p. 14
- 20 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Decreto nº 7.471 de 31 de janeiro de 1927. Assistência a alienados em Minas Gerais. Minas Gerais, Belo Horizonte, 04 fev. - 1927, p. 14
- 21 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Decreto nº 14.870 de 06 de outubro de 1972. Dispõe sobre o Sistema Operacional de Saúde Pública, reorganiza a Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 07 out. 1972, p. 7
- 22 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Decreto nº 20.137 de 19 de outubro de 1979. Comissão de Integração das Ações de Saúde no Estado de Minas Gerais. Minas Gerais, Belo Horizonte, 20 out. 1979. p. 3

- 23 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Lei nº 961 de 10 de setembro de 1927. Regulamento de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Minas Gerais, Belo Horizonte, 15 set. 1927, p. 3
- 24 - MINAS GERAIS. Leis, decretos, etc. Lei nº 7.456 de 27 de dezembro de 1978. Cria o Centro Regional de Saúde com sede no município de Ubá e dá outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 28 dez. 1978, p. 3
- 25 - MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de Regionalização do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1975.
- 26 - MINAS GERAIS. Secretaria do Estado do Planejamento. I Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social. Belo Horizonte, 1972b.
- 27 - MINAS GERAIS. Secretaria de Estado do Planejamento. III Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social. Belo Horizonte, 1979b.
- 28 - OLIVEIRA, J.L.; MENDONÇA Jr., A.H.; TEIXEIRA, J.C.O. Plano de Saúde Integrado - PLASIN. Rev. Hosp. Esc. UFJF, Juiz de Fora, 8 (1): 33, 1981.
- 29 - PERSONEN, M. The Organization of Hospital Services in Finland. In: TOTTIE, M. & JANZON, B. Regional Hospital planning. Stockholm, Graf. Reproduktion, 1967 apud INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas. Montes Claros, 1971, p.31 Documento interno de circulação restrita (Mimeografado)

- 30 - POSSA, P. et alii. Papel do currículo da Faculdade de Medicina da UFMG e suas relações com a medicina comunitária. Rev. PH 7, Belo Horizonte, (1) 1978
- 31 - REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS, Pouso Alegre, v. 1, n.1., 1978, p. 13
- 32 - RODRIGUEZ NETO, E. Integração Docente Assistencial em Saúde: origens, implicações e perspectivas. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1979. (Dissertação de Mestrado)
- 33 - SALGADO, J.A. Contribuição ao estudo da relação entre realidade de saúde e ensino médico. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 1981. (Tese de Doutorado)
- 34 - SEMINÁRIO DE ENSINO MÉDICO, 2. Belo Horizonte, 1979. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 1979. (Mimeografado)
- 35 - SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL EM MINAS GERAIS, 1., Belo Horizonte, 1980. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 1980. (Mimeografado)
- 36 - SEMINÁRIO SOBRE ENSINO MÉDICO, 1., Juiz de Fora, 1980. Juiz de Fora, Faculdade de Medicina da UFJF, 1980.
- 37 - SILVÉRIO, J.B. Integração Docente Assistencial na Faculdade de Medicina do Norte de Minas: passado, presente e futuro. Montes Claros, Faculdade de Medicina do Norte de Minas, 1981. (Mimeografado)
- 38 - TEIXEIRA, C.C. Resumo do histórico da vida do estabelecimento. Juiz de Fora. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, s.d. (Mimeografado)

- 39 - UNIVERSIDADE AUTÔNOME METROPOLITANA DE MEXICO. Políticas, objetivos y estrategias de los proyectos de integración docente-asistencial del Departamento de Atención a la Salud. Mexico, 1974.
- 40 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Situação do ensino médico na UFMG: dados obtidos em levantamento feito por meio de entrevistas. Belo Horizonte, 1972.
- 41 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Estudó comparado de integração docente assistencial: relatório de três viagens feitas a Minas Gerais, ao Brasil e às Américas. Belo Horizonte, 1980.
- 42 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Internato Rural. Belo Horizonte, 1981.
- 43 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. O Processo de Desenvolvimento Curricular em Educação Médica na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1976.
- 44 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. I Seminário de Ensino Médico da Universidade Federal de Uberlândia. Rev. Bras. Educ. Méd., 5(2): 150-1, mar/ago. 1981.