

DIRETRIZES CURRICULARES PARA O CURSO DE MEDICINA – UMA DÉCADA DEPOIS

OBIRAJARA RODRIGUES^{*}
GILMA SANTOS TRINDADE^{**}
FERNANDA ANTONIOLO HAMMES DE CARVALHO^{***}

RESUMO

O ensino médico no Brasil, especialmente nas últimas duas décadas, tornou-se objeto privilegiado de análise e debates pelos profissionais da área e pela sociedade em geral. As discussões são pautadas pela necessidade de uma reflexão acurada sobre saúde e sociedade, paradigmas médicos e estilos de pensamento, saberes e práticas, modelos assistenciais e resolutividade dos problemas de saúde, políticas públicas e projetos pedagógicos de cursos. Há um consenso quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica com vistas a uma satisfação das demandas assistenciais atuais, de acordo com as Diretrizes Curriculares. A maioria dos cursos de Medicina ainda se encontra organizada de acordo com as proposições do Relatório Flexner, com um modelo de ensino centrado no hospital, caracterizado pela fragmentação do currículo e por metodologias centradas no professor. O presente artigo tem por objetivo promover uma reflexão sobre as mudanças no currículo médico a partir da aprovação das Diretrizes Curriculares.

PALAVRAS-CHAVE: Diretrizes Curriculares; Currículo; Educação Médica; Ensino Superior.

ABSTRACT

Medical degree curricular guidelines – a decade later

The medical teaching in Brazil, especially considering the last two decades, has become one privileged focus for analysis and discussing by medicine professionals and the general society as well. The discussions are guided by the need for an accurate reflection on Health and Society, medical paradigms and ways of thinking, knowledge and practices, care models and ways of solving the problems regarding Health, public policies and educational projects focused on the medical degree programs. The need of reformulation is a general agreement on certain aspects of medical education related to the satisfaction of current healthcare demands, according to the Curricular Guidelines. The majority of medical degrees are still organized according to Flexner Report propositions, with a hospital-centered teaching model, characterized by fragmentation of the curriculum and teacher-centered methodologies. The present article aims to promote a reflection on the changes in the medical curriculum from the approval of the Curricular Guidelines.

KEYWORDS: Curricular guidelines; Curriculum; Medical teaching; Higher Education

RESUMEN

Directrices curriculares para el curso de medicina – una década después

La enseñanza médica en Brasil, especialmente en las últimas dos décadas, se convirtió en objeto privilegiado de análisis y discusiones por los profesionales de ésta esfera y por la sociedad en general. Las discusiones son establecidas por la necesidad de una reflexión mejorada al respecto de la salud y sociedad, paradigmas médicos y estilos de pensamiento, conocimientos y praxis, modelos asistenciales, relaciones y también la resolución de los problemas de salud, políticas públicas y proyectos pedagógicos de cursos. Hay un consenso cuanto a la necesidad de reformulación de determinados aspectos de la formación médica con la idea de haber una satisfacción de las demandas asistenciales actuales, de acuerdo con las Directrices Curriculares. La mayoría de los cursos de Medicina todavía se encuentra organizada de acuerdo con las estipulaciones del Relatorio Flexner, con un guión de enseñanza concentrada en el hospital,

^{*} Faculdade de Medicina. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da vida e saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. dpaobira@furg.br

^{**} Instituto de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da vida e saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. gilma.trindade@gmail.com

^{***} Pós-doutoranda Prodoc/Capes no Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Laboratório de Neurociências, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. fahc.rg@gmail.com

caracterizada por la fragmentación del currículo y por las metodologías centradas en el profesor. El presente artículo tiene por objetivo promover una reflexión al respecto de los cambios en el currículo médico a partir de la aprobación de las Directrices Curriculares.

PALABRAS CLAVE: Directrices curriculares; Currículo; Educación médica; Enseñanza Superior

INTRODUÇÃO

Em 1910, Abraham Flexner realizou uma primeira grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas. Abraham Flexner, professor da Universidade Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos para desenvolver uma avaliação da educação médica em seu país e no Canadá, no começo do século XX. O objetivo da avaliação era dar ao ensino médico uma base científica sólida. O resultado dessa avaliação foi a publicação, em 1910, do Relatório Flexner, que serviu de base para o ensino de medicina nos Estados Unidos; nele fixou rigorosas diretrizes, a que se obedece até hoje, e que têm reflexos em várias outras partes do mundo¹.

As modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina a partir de 1950 repetem os conteúdos surgidos desse modelo nos Estados Unidos. No Brasil, entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 faculdades que, por orientação federal, seguiram o modelo “flexneriano”. Com a Reforma Universitária — lei no 5.540/1968 —, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos e favorecendo a lógica do complexo médico industrial².

O Modelo flexneriano passa a orientar a o ensino médico em bases científicas, centrado na racionalidade anatomoclínica, o que determinou, como não poderia deixar de ser, uma mudança na prática médica. Essa prática passou a ser direcionada por “um conjunto de elementos estruturais: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas

alternativas, a ênfase na medicina curativa, a concentração de recursos e a tecnificação do ato médico³. O ensino se concentrou decisivamente nos hospitais, resultando prospectivamente no atual modelo hospitalocêntrico de assistência médica, sendo este, o principal cenário das práticas de graduação⁴.

O currículo do ensino médico, ao propor uma formação com base científica, imprimiu características mecanicistas, biologicistas e individualizantes. Assim, ficou estabelecido um modelo formador que fragmentava o conhecimento por meio do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, estimulava a especialização profissional e atendia aos interesses do complexo médico-industrial⁵. Com foco na especialização, atendendo à demanda do mercado e induzido pelas necessidades do uso das tecnologias, o ensino médico evoluiu de forma distorcida na formação dos recursos humanos. Esse ensino reduz-se a um processo de transmissão do conhecimento sobre doenças e respectivos agentes patogênicos, valendo-se para isso de um modelo pedagógico que privilegia a memorização.

Este modelo de medicina científica entra em crise na segunda metade do século 20, quando a ineficiência do mesmo se fez sentir nos crescentes investimentos necessários ao seu desenvolvimento, com uma contrapartida decrescente dos resultados, considerando o alto custo e baixa resolubilidade das necessidades de saúde⁴. A fragmentação do ensino, o distanciamento dos conteúdos curriculares em relação ao perfil de uma formação geral do médico e as necessidades de saúde da população, a desvalorização de abordagem no que se refere a ética, a humanização e ao cuidado, o deslocamento do aluno para a posição de sujeito que recebe passivamente a informação e a centralidade do processo pedagógico no professor como fonte de

saber, são críticas recorrentes as características deste modelo de ensino.

Na segunda metade da década de 1970, surgia no Brasil um grande ator social coletivo – o Movimento Sanitário –, que se caracterizava por lutar contra a ditadura, contra a forma de atenção do complexo médico-industrial e a favor da necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério. A partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desenhou-se, então, o projeto de construção de um sistema público de saúde pautado numa concepção ampliada de saúde e no lema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. A aprovação da nova constituição em 1988 e das Leis Orgânicas em 1990 garantiu legalmente o SUS (Sistema Único de Saúde) dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade⁵. A nova constituição passa a assegurar os princípios da integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e inclusão de práticas de medicinas ditas alternativas².

Em 1993, o Governo Federal colocou em prática o Programa de Saúde da Família, que garante, além dos pressupostos do SUS, o trabalho comunitário, a territorialização da prática de saúde, a resolubilidade no nível de atenção primária de saúde (APS) e a educação em saúde². A Atenção Primária à Saúde (APS) é ponto de convergência entre as políticas de saúde e o ensino médico, na medida em que a constituição aponta para uma integração com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais à rede de saúde, tendo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo prioritário para a (re) organização da APS e toda a atenção à saúde no país⁶.

O ensino médico no Brasil passa a ser analisado e debatido pelos profissionais da área médica, pelos meios de comunicação, pela sociedade em geral. Há, de certa forma, um consenso quanto à insatisfação no

atendimento da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica. As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial no que concerne aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de medicina. A educação médica no Brasil parece não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido. No que concerne à formação médica, é possível identificar dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas — que reforça a prática individualista da medicina — e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática².

AS DIRETRIZES CURRICULARES PARA O CURSO DE MEDICINA

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) com a finalidade de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde. Na primeira fase do projeto desenvolvido pela Cinaem, traçou-se um perfil das escolas médicas brasileiras a partir de um roteiro elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Em decorrência dos resultados obtidos nessa fase, foram identificadas algumas questões importantes, que foram contempladas numa segunda fase do projeto, tais como: os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e a proposta curricular. Em 1998, a terceira fase do projeto Cinaem, chamada “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, contou com adesão significativa das escolas médicas para um movimento de mudanças cujo objetivo maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população^{7,8}.

Após um longo processo de discussão e de negociação, foram

homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento².

Instituídas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001⁴, estas diretrizes constituem orientações para a elaboração dos currículos, estimulando o abandono de concepções antigas, nas quais as grades curriculares diminuiriam drasticamente as possibilidades de um ensino integrado e relacionado às necessidades de saúde da população. O conceito de saúde e os princípios do SUS, excluídos até então das temáticas anteriores do ensino médico, tornam-se agora elementos fundamentais na construção dos pressupostos básicos no processo de elaboração das mesmas. As Diretrizes Curriculares têm como objeto: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Entre os seus objetivos destacam-se: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades⁴.

Ao propor a formação de médicos competentes, éticos e comprometidos com as necessidades de saúde da população, as diretrizes curriculares, constituem os

princípios gerais para a formação médica, instigam uma interação ativa entre estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários. Dessa forma, as DCN propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar de uma outra perspectiva da assistência, por meio de Projetos Político-Pedagógicos (PPP) construídos coletivamente pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior (IES) e que utilizem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários⁹. A partir dessa configuração, ficou evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e são denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. São vistas como as tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia¹⁰.

O DESAFIO DA FORMAÇÃO A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES

Desde a sua definição e implementação, a partir da Constituição de 1988, o SUS vem enfrentando inúmeros obstáculos para a sua consolidação efetiva como sistema universal, humanizado e de qualidade. O subfinanciamento vem sendo um problema crucial a ser solucionado. Por outro lado, a necessidade de reformulação do modelo assistencial emergiu como questão prioritária. Neste sentido, a expansão da atenção básica foi um desafio estratégico. No decorrer desse processo, o Programa Saúde da Família (PSF) foi escolhido pelo Ministério da Saúde como a estratégia inicial de reorientação do modelo assistencial. Com expansão do PSF surge a necessidade de uma clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. A partir daí, uma constatação se evidenciou: as faculdades de Medicina não estavam formando esse

tipo de profissional. A partir disto, torna-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendessem aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde.

O resultado de muitos debates, sobre as necessárias mudanças na capacitação médica, iniciado na década de 1990, com a participação da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica, foi a formulação das Diretrizes Curriculares, que estabeleceu um pacto entre as escolas de medicina e a sociedade, delineando um novo perfil profissional para a formação médica.

Apesar das fortes mudanças sofridas pelo Brasil a partir da década de 1990, com a criação de um sistema universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda são grade os obstáculos na consolidação do SUS, mesmo sendo o sistema de saúde vigente, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990. Segundo Almeida¹¹, o sistema hegemônico, o chamado modelo flexneriano, apresenta a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde.

O Relatório Flexner, que influenciou o ensino norte-americano e a prática médica mundial, consolidando o paradigma da medicina científica, ainda hoje, apresenta fortes influências na concepção do ensino-aprendizagem nos currículos médicos¹². Para Feuerwerker & Sena¹³, o processo de construção de um projeto político-pedagógico reflete a expressão do equilíbrio de interesses e forças que operam no sistema educacional em dado momento e está relacionado à questão do poder, transmite visões específicas sobre a sociedade e o

profissional que se quer formar. No caso da formação médica, a contradição central nos últimos anos situa-se na exigência social de transformação proveniente da constatação de que o perfil do médico formado não atende às necessidades de atenção à saúde da população brasileira, e na ação das forças conservadoras que se opõem às mudanças no processo de formação do médico. São fundamentais mudanças que tenham como produto final médicos com formação geral; capazes de prestar atenção integral e humanizada aos indivíduos; que trabalhem em equipe; que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto social em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes.

As reformas no setor saúde estão intrinsicamente ligadas à formação de recursos humanos para a saúde, e em especial, da categoria médica, na medida em que é ela que mantém a hegemonia ideológica da prática profissional própria do setor⁷. Ao tratar de recursos humanos no contexto das reformas, Almeida¹² chama a atenção para o fato de que a maioria desses processos almeja adequar quantitativa e qualitativamente a formação e capacitação dos recursos humanos técnicos e gerenciais para atender às novas realidades dos serviços. Cita autores que salientam a exigência de adequação da formação dos recursos humanos necessários; que apontam a deficiência de recursos humanos e a falta de integração estrutural como principal problema para a reforma e estudos que mostram as resistências e dificuldades de mudanças por parte do aparelho formador, em especial, as universidades, com particular ênfase nas escolas médicas.

Segundo Feuerwerker e Sena¹³, a formação profissional na área da saúde, suporia relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários. Tais relações deveriam visar a garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevaletentes e mudanças na estrutura de administração acadêmica. Todo esse processo levaria em conta, também, um sistema de controle

balizado pelas novas categorias da prática pedagógico-assistencial. Contudo não podemos desconsiderar que o mercado está diversificado na oferta de serviços de saúde, com implicações variadas para o alcance da equidade no consumo. Além disso, é um sistema ainda muito centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar, reproduzindo, de forma acentuada, o paradigma flexneriano. No sistema de saúde vigente, observamos a multiplicidade de vínculos empregatícios com tentativa de compensar salários os baixos, e a quantidade comprometendo a qualidade do atendimento, caracterizando as insatisfações que permeiam a atividade médica e que escapam ao controle da escola médica que, aliás deveria ter vez e voz nas discussões políticas que afetam a saúde. Talvez, uma formação mais contextualizada, que levasse em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população, pudessem capacitar o profissional para enfrentar os problemas, não só dos processo de saúde-doença, mas também de sua atuação profissional.

Muitos autores têm recomendado ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam ao médico lidar com a complexidade do processo saúde e doença, entendendo-se que todo atendimento à saúde é complexo, pois nele estão contidas, inexoravelmente, várias referências¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação das novas diretrizes curriculares não é um processo estático, apesar de garantido pela legislação, mas, ao contrário, é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade⁵.

Os cursos de medicina são desafiados a repensar seus projetos pedagógicos, fundamentados num paradigma que mantinha como foco a

repetição, a memorização e a reprodução do conhecimento, estando centrados na prática hospitalar. A sociedade do século XXI exige o enfrentamento das mudanças paradigmáticas na Educação Médica. Assim, geram a necessidade de buscar novos caminhos para a formação dos profissionais.

Os currículos precisam priorizar o ensino centrado no aluno, a aprendizagem mais ativa, trabalhos em grupos menores, o próprio aluno, sob supervisão, gerindo sua produção e rendimento, aprendendo a buscar conhecimento e se atualizar, num incessante movimento que deve perdurar para sempre. Contudo, para que isto ocorra, o ponto fundamental é a necessidade de se formarem profissionais adequados a estas demandas, numa perspectiva de saúde coletiva, da atenção básica e do trabalho em equipe.

Para uma reorientação na formação médica, há de se lidar com mudanças profundas, que implicam em transformações na concepção de atenção à saúde, e que possam formar profissionais numa outra concepção de sociedade. Profissionais capacitados para atuar com as diferenças culturais, sociais, de gênero, de etnia e numa perspectiva de atenção integral à saúde de forma equitativa, para garantir os direitos à saúde da população e atender a demanda do nosso sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Fox DM. 'Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928'. *Bulletin of History of Medicine* 1980; 54: 475-82.
2. Koifman L. 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* 2001; 8(1):48-70.
3. Agda SJ. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; 1998.
4. Itikawal FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. *Implantação de Uma Nova Disciplina à Luz das Diretrizes Curriculares no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(3):324.
5. Nogueira MI. *As Mudanças na Educação*

Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2009; 33(2): 262-270.

6. Damarzo MM, Almeida RCC, Marins JJJ, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, Guimarães FG, Oliveira FP, Carvalho FP, Silva FD, Oliveira FA, Carlos GT, Maruques JB, Geniole LAI, Silveira LMC, Barbosa MEB, Sarti TD, Barreto V, Gusso GDF, Belaciano MI. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev bras med fam comunidade* 2011; 6(19): 145-50.

7. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. *In: Marins, JJJ (et al.), org. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.* São Paulo: Hucitec, 2004.

8. Siqueira BP. CINAEM – um pouco de sua história. *Cadernos da ABEM.* Vol. 2, Jun 2006.

9. BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001; *Diário Oficial da União.* Brasília, Seção 1, p. 38, 9 nov. 2001.

10. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, Mello PL. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007; 31(2):156 – 165.

11. _____. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001; 25(2):42-52.

12. _____. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL, Rio de Janeiro: Abem, 196pp, 1999.

13. Feuerwerker LCM & Sena RA. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. *In: Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.* (M.J.Almeida, L.C.M. Feuerwerker, M.A.Llanos, org.), pp.47-83, São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

14. Afonso DH & Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2012, 11(Supl. 1):82-86.