XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica
XIII Fórum Nacional das Escolas Médicas

Incentivo à Transformação da Educação Médica

O XIII Fórum Nacional das Escolas Médicas teve como tema central o *Incentivo à Transformação da Educação Médica* e ocorreu nos dias 9 e 10 de novembro de 2003 em Florianópolis (SC), durante o XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica. Seu objetivo foi debater e formular propostas referentes a quatro questões consideradas prioritárias para o desenvolvimento da Educação Médica no atual momento em nosso país:

1. Pólos de educação permanente em saúde e a intersetorialidade;
2. Motivação para as transformações curriculares – estratégias de envolvimento dos diversos agentes institucionais;
3. Análise das necessidades de médicos no país por regiões e níveis de complexidade de atenção;
4. Residência médica – necessidades e acesso.

O método de trabalho envolveu um painel – onde foram levantadas questões para subsidiar os debates –, seguido de trabalhos em grupos, sendo os respectivos relatórios apresentados e aprovados em plenária.

A apresentação inicial dos temas e o estímulo aos trabalhos em grupo contaram com a colaboração dos seguintes facilitadores: tema 1 – Dr. Ricardo Ceccim (MS) e Acadêmico Samuel Dutra da Silva (UFMG); tema 2 – Prof. Jair Araújo Junior (FMC) e Acadêmica Thaysa Drumond (FMC); tema 3 – Prof. Milton Arruda Martins (USP) e Anderson Nitsche (UFPR); tema 4 – Profª Maria Patrocínio Tenório Nunes (USP) e Acadêmica Raquel Doria Ramos (Unicamp).

Este documento abrange os principais pontos apresentados pelos grupos.

TEMA 1 – Pólos de Educação Permanente em Saúde e a Intersetorialidade
Relatores: Jérzey Timóteo (TO), Raphael Aguiar (MG), Ricardo Burg Ceccim (DF) e Samuel Dutra da Silva (MG).

a) Identificação de problemas

1. Disputa de poder entre os diversos atores, com prejuízo da proposta de Pólos de Educação Permanente em Saúde;
2. Confusão conceitual entre a proposta de Pólos de Educação Permanente em Saúde e os Pólos de Capacitação em Saúde da Família ainda constituídos, com resistência destes últimos à sua superação;
3. Falta de ações políticas do governo, das entidades e dos movimentos que efetivamente integrem os vários cursos da área da saúde;

4. Falta de entendimento do papel do Pólo de Educação Permanente em Saúde para as mudanças na graduação e, portanto, de como o Programa de Incentivo à Mudança nos Cursos de Medicina (Promed) se insere na lógica dos Pólos;
5. Pouca compreensão, por parte do MEC, das singularidades da área da saúde na proposta de qualidade da avaliação institucional, com conseqüências negativas para a mudança na graduação integrada à educação permanente;
6. Pouca ou nenhuma participação dos usuários/representação popular nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com dificuldade de se encontrarem caminhos para esta participação;
7. Persistência de dúvidas quanto à função e à implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
8. Falta de articulação dos cursos de graduação da área da saúde com o SUS, em alguns casos com desconhecimento total da rede de ações e serviços (a exemplo de alguns cursos de odontologia, que não utilizam o SUS nem mesmo para estágios curriculares);
9. Falta de experiência e familiaridade, nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o Planejamento Estratégico Situacional, para que se encontrem saídas para a ação conjugada entre diferentes atores;
10. Sucateamento das instituições federais de ensino superior, com conseqüente desmotivação para envolvimento em novas ações ou que envolvam grande compromisso;
11. Falta de ações conjugadas da ABEM com as entidades médicas no campo do incentivo às mudanças na formação.

b) Proposição de ações

1. Instalação imediata da Coordenação Nacional de Acompanhamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
2. Organização, pela Coordenação Nacional de Acompanhamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, de oficinas nacionais de pactuação política com as Executivas de Estudantes por Curso da Área da Saúde e as Associações de Ensino das Profissões da Saúde;
3. Divulgação imediata, pelo Ministério da Saúde, das propostas de operacionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (regras, princípios e diretrizes);
4. Estabelecimento da repactuação das diversas atividades atualmente em curso (Pólos de Capacitação em Saúde da Família e Promed, por exemplo) para promover sua adequada inserção nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, em processo mediado pelo Ministério da Saúde;
5. Estabelecimento de oficinas, pleiteadas pela ABEM, especificamente com o MEC, com o propósito de discutir diretrizes para a avaliação institucional da área da saúde, que inclua as Executivas de Estudantes por Curso da Área, as Associações de Ensino e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CNS, Conass e Conasems);

6. Estabelecimento da condição de participação junto aos Pólos de Educação Permanente em Saúde para efetivar financiamento de ações no campo do ensino em saúde;
7. Estabelecimento de agenda que permita ouvir e compreender necessidades sociais por saúde, assegurando-se a participação dos usuários;
8. Assegurar a inserção dos diversos cursos da área nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, de modo a instigar sua maior integração com o SUS;
9. Formular e implementar uma política de divulgação e informação sobre os Pólos de Educação Permanente em Saúde, visando à resolução de eventuais dúvidas, por meio da publicação de boletins e *site* com respostas às perguntas mais freqüentes e fóruns de comunicação eletrônica;
10. Assegurar a possibilidade de monitoramento constante das necessidades de Educação Permanente em Saúde, de forma a garantir a continuidade das ações, evitando-se a sua fragmentação ou a desconexão entre ações pregressas e futuras;
11. Pleitear, junto ao Governo Federal, a explicitação de suas políticas interministeriais de apoio e fortalecimento da Educação Superior, bem como de integração das políticas de educação e de saúde no âmbito da formação dos profissionais de saúde, buscando-se a construção inovadora de pactos com as Executivas de Estudantes por Curso da Área da Saúde, as Associações de Ensino das Profissões da Saúde e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde;
12. Incentivo da ABEM à adesão das escolas médicas ao projeto do Ministério da Saúde de *Vivências e Estágios na Realidade do SUS* (VER-SUS/Brasil) como espaço de interdisciplinaridade e pactuação de ações de educação permanente em saúde;
13. Estabelecimento, por parte da ABEM, de uma agenda propositiva forte junto às entidades médicas no sentido do apoio às mudanças na graduação e à educação permanente em saúde;
14. Articular a participação das Executivas de Estudantes por Curso da Área da Saúde e das Associações de Ensino das Profissões da Saúde na comissão que discutirá a reforma universitária, tendo em vista a integração intersetorial da saúde com a educação;
15. Valorizar a acumulação gerada na montagem dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para a qualificação docente e do ensino nas profissões da saúde;
16. Estabelecimento, por parte da ABEM, de uma agenda de discussão e compromissos com o MEC, a Capes e o Inep para a definição de novas diretrizes de avaliação docente, que permitam valorizar o envolvimento nas mudanças do setor da saúde (Reforma Sanitária), particularmente o envolvimento com a Educação Permanente e a Produção e Disseminação de Conhecimento aplicável às necessidades do SUS;
17. Assegurar, no projeto político dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, a ação intersetorial e interdisciplinar de apoio às reformas pedagógicas, da clínica e de gestão do SUS, bem como o reordenamento do sistema de saúde e o fortalecimento do controle social na saúde;

18. Afirmação, por parte da ABEM, de inserção dos projetos aprovados no Promed aos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
19. Afirmação, por parte da ABEM, de que os projetos de mudança na graduação e nas residências não signifiquem apenas uma mudança nos currículos e, sim, o compromisso profundo, no papel das instituições, de cumprir excelência técnica com relevância social;
20. Utilizar a educação permanente como ferramenta que possibilite uma postura crítico-reflexiva de todos os atores da saúde;
21. Proposição, pelas escolas e pela ABEM, de que processos seletivos de professores valorizem a experiência em projetos de vivência e atuações nos movimentos por mudança nas práticas de ensino e de exercício profissional no SUS;
22. Incentivar atos solidários de ampliação da inclusão de cursos, movimentos e atores na mudança da graduação e nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
23. Criar espaços, dentro da ABEM, de aprofundamento do conhecimento das escolas sobre a Educação Permanente em Saúde.
24. Afirmar, dentro do projeto de mudança na graduação, a necessidade e a urgência de mudar as práticas de trabalho nos hospitais universitários, compondo e valorizando a atuação interdisciplinar e o desempenho em equipes matriciais de saúde;
25. Incentivar o estabelecimento de relações permanentes de reciprocidade entre as escolas médicas e os serviços de saúde;
26. Estabelecer um sistema de avaliação constante que permita monitorar o impacto das mudanças geradas pelos programas de incentivo ou pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde no próprio curso de Medicina, como nos demais cursos da área da saúde, no contexto interdisciplinar, e, também, nos serviços de saúde.

TEMA 2 – Motivação Para as Mudanças Curriculares – Estratégias para o Envolvimento dos Diversos Atores Institucionais
Relatores: Thaysa Drumond e Prof. Jair Araújo Junior.

Problemas
• Pouca capacitação e sensibilização dos docentes;
• Falta de uma avaliação transformadora;
• As mudanças curriculares se cristalizam ou se mantêm isoladas no meio médico;
• Financiamento;
• Falta de diretrizes/condução nacional do processo de transformação das Escolas;
• Pouco alinhamento da transformação às políticas públicas;
• Modelo hospitalocêntrico;
• Pouca integração Ensino-Serviço;
• Falta de controle social no processo;
• Recursos humanos formados “fora da realidade” do SUS ou pouco voltados para ele;

• Mercantilismo dos cursos de capacitação/consultoria;
• Desvalorização dos profissionais que atuam na área básica (exemplo: PSF);
• Incentivo à pesquisa inadequado ao processo de mudanças curriculares;
• Pouca discussão sobre certificação profissional e acreditação institucional;
• Pouco alinhamento entre as propostas/políticas do MEC e do MS;
• Estratégia inadequada de divulgação da transformação das Escolas;
• Descumprimento das agendas/deliberações construídas nos fóruns.

Ações e atores

1. Capacitação docente (ABEM, PEP, Escolas);
2. Envolvimento dos atores fundamentais para o processo de transformação (Escolas);
3. Sensibilização discente;
4. Valorização de publicações referentes à Educação Médica – potencializar a Revista da Abem (ABEM, MEC);
5. Reorientação das políticas de incentivo e valorização da pesquisa (MEC, Abem, CNPQ);
6. Retomar a discussão sobre certificação profissional e acreditação institucional (ABEM);
7. Estabelecer contratos entre ensino e serviço adequados às necessidades sociais – exemplo: distrito saúde escola/USP (ABEM);
8. Reforçar: pesquisa – ensino – extensão – gestão da escola – serviço –, com a mudança englobando os cinco eixos (Escolas);
9. Instrumentos de avaliação adequados, como ferramenta para a correção de trajetória e provedores de mudanças (ABEM, EM, MEC, outras associações representativas);
10. Envolvimento efetivo da ABEM em políticas nacionais (exemplo: discussão sobre avaliação institucional);
11. Adesão de outros cursos no processo de transformação, garantindo a transformação e trabalho em equipe (EM, ABEM);
12. Respostas concretas para as ações propostas (ABEM, EM);
13. Estabelecer parcerias/convênios para transferência de tecnologias (evitar mercantilismo das consultorias e cursos de capacitação);
14. Garantia da participação dos usuários nesse processo (conselhos municipais, EM);
15. Participação efetiva das escolas médicas nos conselhos municipais de saúde, através de docentes e discentes;
16. Política de financiamento (MS, MEC, EM);
17. Definição de um eixo político nacional que norteie a transformação da Educação Médica (MEC, MS);
18. Inserir as especialidades médicas, acesso à residência nesse novo contexto (ABEM, ANMR, MEC);
19. Reforçar que a mudança curricular não nega as especialidades médicas;
20. Rearticulação externa da ABEM com diversos atores envolvidos no processo – MS, MEC, governo, entidades.

TEMA 3 – Análise das Necessidades de Médicos no País por Região e Níveis de Complexidade de Atenção
Relatores: Acadêmico Anderson Nitsche (UFPR) e Prof. Mílton de Arruda Martins (USP).

Para a orientar a discussão, os relatores formularam duas perguntas:

1 – Que parâmetros e passos devem ser adotados para definir, no Brasil, quantos médicos são necessários e, também, a necessidade dos diversos especialistas?

O grupo reconheceu que é preciso estabelecer, com mais precisão, o número de médicos necessários ao país e a distribuição que esses médicos devem ter entre as diversas especialidades médicas. Entretanto, considerou que esta é uma questão complexa e deve ser abordada levando em conta esta complexidade.

Esta definição deve ter como objetivo central garantir médicos em número e qualidade suficientes para uma atenção à saúde de todas as pessoas residentes no Brasil, oferecendo cuidados de boa qualidade em atenção básica, secundária e terciária, de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

Deve-se levar em conta a implantação plena do Sistema Único de Saúde, o Programa de Saúde da Família, o Sistema Suplementar, as diferenças regionais, a taxa de crescimento da população e o número de anos de atividade profissional dos médicos.

A ABEM não deve assumir o papel de responsável único por essa definição, mas deve dar sua contribuição, tendo participação ativa em iniciativas que levem a estudos para essa definição.

A ação proposta é que a ABEM participe, ao lado de outras entidades médicas, em especial a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, de estudo para a definição do número de médicos necessários ao país, colaborando com o Ministério da Saúde para essa definição.

A ABEM reafirma sua posição contrária à abertura indiscriminada de novas escolas médicas e aumento de vagas nas escolas existentes, e também à autorização para abertura de novas escolas médicas enquanto não estiver concluído o estudo de necessidade de médicos proposto.

A ABEM reconhece a importância da existência de regulamentação e fiscalização dos cursos de graduação, para garantir a qualidade de ensino.

O Conselho Nacional de Saúde deve ter poder decisório na abertura de novas escolas médicas, sendo sua decisão direcionada pelas necessidades sociais locais, subordinadas ao contexto nacional de políticas de saúde.

2 – Quais as propostas para resolver, em curto prazo, o problema da falta de médicos em muitos municípios e em áreas periféricas de grandes cidades?

O grupo reconheceu que a distribuição inadequada dos médicos no país é problema importante, e sua solução deve ser uma prioridade do Ministério da Saúde. Há municípios sem médicos e dificuldades para contratar médicos em unidades básicas de saúde em várias regiões, inclusive em algumas áreas carentes de cidades grandes.

Trata-se, também, de problema que tem determinantes múltiplos, como a falta de uma política governamental, inclusive de uma carreira para o médico que trabalha no SUS, em especial na atenção básica, a falta de infra-estrutura e recursos para o trabalho médico em várias localidades, condições de segurança, possibilidade de supervisão e educação continuada e de retaguarda para encaminhamento de pacientes que necessitem.

A ação proposta é que a ABEM colabore com o Ministério da Saúde no sentido de propor soluções para esse problema. Em algumas regiões, é muito difícil a fixação de médicos, e a solução poderia ser a presença de médicos que ficassem temporariamente, por períodos de um a dois anos, mas garantindo uma continuidade de suas ações. A ABEM não apoiará propostas de serviço civil (ou social) obrigatório, mas, sim, voluntário.

Para resolver este problema, foram dadas algumas sugestões: envolvimento das escolas médicas; remuneração atrativa; supervisão da atuação dos médicos; contratação de preceptores; possibilidade de o médico recém-formado e aprovado em processo seletivo para residência médica garantir sua vaga quando retornar (como ocorre com o serviço militar); e possibilidade de valorizar essa atividade na seleção para a residência médica.

Estas sugestões merecem uma avaliação mais aprofundada, segundo a proposta de oferecer incentivos e condições de remuneração, trabalho e supervisão para esses médicos. É importante ressaltar que estes programas de serviço civil (ou social) voluntário devem estar integrados aos sistemas municipais de saúde.

Deve-se reconhecer o papel fundamental que a escola médica desempenha, em sua região, no sentido de contribuir para fixação de profissionais e de assumir a responsabilidade pela educação continuada e suporte aos médicos da região.

Ao mesmo tempo em que deve colaborar com o Governo Federal na solução do problema da falta de médicos em várias localidades do país, a ABEM deve ser contrária a propostas de facilitar a vinda de médicos que fizeram cursos de Medicina em outros países para trabalharem no Brasil, sem passar pelo processo de revalidação de seus diplomas. A ABEM se entende como protagonista da construção e acompanhamento deste processo de revalidação de diplomas, assim como do processo de certificação profissional.

TEMA 4 – Residência Médica – Necessidades e Acesso
Relatores: Profª Maria Patrocínio Tenório Nunes e Acadêmica Raquel Doria Ramos.

Embora a discussão inicialmente proposta tenha sido o acesso, mais especificamente o processo seletivo, os participantes incorporaram outras demandas, que foram agrupadas nas seguintes dimensões: política, técnico-operacional e pedagógica.

Dimensão Política
• Reconhecimento da ABEM como representante legítima do processo pedagógico de Educação Médica em todos os seus níveis;
• Adequação da residência médica ao sistema de saúde vigente, priorizando o controle social;
• Redefinição e fortalecimento das CERMs;
• Cobrança de definição de uma política clara de saúde nacional a longo prazo;
• Rediscussão do papel e da composição da CNRM, considerando a inserção de gestores municipais e estaduais, usuários e estudantes.

Dimensão Técnico-Operacional (médio e longo prazo)
• Diagnóstico situacional dos PRMs:
– Quem somos?
– Como somos?
– O que queremos?
– O que fazemos?
– Onde?
– Como faremos?

Dimensão Técnico-Operacional (curto prazo)
• Situação previdenciária;
• Contrapartida social;
• Relação vagas/formandos/bolsas/necessidades regionais;
• Calendário: provas, início dos PRMs;
• Oferta de PRMs como um dos critérios para a abertura e funcionamento de escolas médicas.

Dimensão Pedagógica
• Avaliação dos PRMs;
• Avaliação dos preceptores;
• Avaliação dos residentes;
• Adequação do processo seletivo à LDB e ao projeto pedagógico de cada escola;
• Equilíbrio entre cognição, habilidades e atitudes;
• Reavaliação dos critérios atuais de seleção, incluindo a distribuição entre avaliação de conhecimentos, entrevista e currículo (90/10).

Unindo as Dimensões

• Fóruns regionais e nacionais;

• Criação de um núcleo com representação regional e dos diferentes segmentos envolvidos para deliberar sobre as questões previamente abordadas e gerar conhecimento.