



## ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Av. Brasil, 4036 - salas 1006/1008 21040-361- Rio de Janeiro - RJ  
Tel.: (21) 2260.6161 ou 2573.0431 – Fax: (21) 2260.6662  
E-mail: [abem@abem-educmed.org.br](mailto:abem@abem-educmed.org.br)  
Home-page: [www.abem-educmed.org.br](http://www.abem-educmed.org.br)

### PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA ABEM - 2007/2008

No dia 16 de dezembro de 2006 na cidade do Rio de Janeiro reuniu-se a Diretoria Ampliada da ABEM, envolvendo representações das regionais docentes e discentes, assim como, profissionais que atuam em grupos de trabalhos específicos constituídos em função de prioridades anteriores. Além de deliberações sobre questões administrativas realizaram-se também oficinas com o objetivo da construção do planejamento estratégico da ABEM para o período 2007/2008. Apresenta-se a seguir uma síntese dos resultados da reunião, enfocando as novas prioridades estabelecidas e algumas estratégias de ação.

Convém ressaltar que as decisões tomadas deverão ser permanentemente avaliadas e ajustadas, se necessário, para que as ações da ABEM venham a atender aos princípios institucionais voltados a educação médica no país em função das necessidades sociais.

#### PRIORIDADES ESTABELECIDAS

- 1- AVALIAÇÃO
- 2- RESIDÊNCIA MÉDICA / INTERNATO
- 3- PACTO DE GESTÃO / ATENÇÃO BÁSICA
- 4- DESENVOLVIMENTO DOCENTE / VALORIZAÇÃO DOCENTE
- 5- FNEPAS
- 6- EXTENSÃO
- 7- HUMANIZAÇÃO E ÉTICA

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA ABEM PONTUANDO ALGUNS PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS CONFORME OS SEGUINTE ITENS: AVALIAÇÃO, RESIDÊNCIA, PACTO DE GESTÃO E RELAÇÃO COM AS ESCOLAS MÉDICAS, DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DOCENTE E EXTENSÃO.**

<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
<b>1. Avaliação continuada – educação permanente</b>	1. A escola deve entender a formação como um todo integrando graduação, residência e educação permanente. Este enfoque deve ser cobrado na avaliação Institucional.	1. Estimular a avaliação da formação como um todo dentro das escolas médicas.
<b>2. Instrumentos de avaliação-</b>	1. Falta de troca de experiência a respeito dos muitos	1. Divulgar o projeto CAEM.

<b>institucional e de aprendizagem do estudante.</b>	<p>instrumentos de avaliação internos (perfil docente, atitudes, etc, que deveriam ser socializados).</p> <p>2. Falta de um aprofundamento filosófico sobre avaliação.</p> <p>3. Falta de avaliação do egresso pela escola médica.</p> <p>4. Existe uma grande dificuldade na avaliação do estudante. Faltam propostas consistentes. O teste do progresso avalia muito bem os aspectos cognitivos.</p> <p>5. Avaliação é deficiente ao longo do curso.</p>	<p>2. Identificar nas regionais alguns docentes e discentes para garantir a continuidade do projeto CAEM nas suas escolas.</p> <p>3. Oferecer devolutiva as escolas participantes.</p> <p>4. Analisar o SINAES de forma crítica, construindo documento oficial.</p> <p>5. Aprofundar a questão da avaliação do estudante (TESTE DO PROGRESSO)</p> <p>6- Construir uma proposta de avaliação até o final de 2007 para se contrapor ao Exame de Qualificação (“exame de ordem”).</p>
<b>3. Avaliação prática</b>	1. Falta de avaliação prática no curso de medicina.	1. Discutir instrumentos e critérios para uma avaliação prática e progressiva do estudante.
<b>4. Bases conceituais de avaliação</b>	1. Não existe definição das habilidades e competências mínimas ao final do curso. Mesmo as Diretrizes Curriculares colocam essas habilidades e competências de forma pouco precisa, deixando margem para interpretações individuais.	1. Conscientizar que as mudanças são possíveis através da avaliação. 2. Aprofundar o entendimento do processo de avaliação na escola médica.
<b>5. Desenvolvimento docente para avaliação</b>	1. Avaliação depende do desenvolvimento docente	1. Oferta de oficinas regionais ou no COBEM para desenvolvimento docente em avaliação.

<b>RESIDÊNCIA</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
<b>1. Residência médica (RM) e necessidades da população</b>	1. Programas são criados pela necessidade dos serviços e não pela necessidade de saúde da população.	1. Mapear as necessidades de saúde da população e as características de cada escola (iniciar a discussão). 2- Debater sistema de regulação de vagas e financiamento da RM articulado a políticas de

		<p>especialização médica no SUS.</p> <p>3. Discutir a abertura de RM em hospitais sem condições, apenas visando utilização de mão de obra.</p>
<p><b>2. Residência e a Graduação Médica (interface com o internato)</b></p>	<p>1. Distanciamento da graduação com a residência</p> <p>2. Serviços em hospitais sem integração com a escola médica.</p> <p>3. Crescimento e caráter dos Cursos preparatórios e sua interferência no internato</p> <p>4. Critérios de seleção para entrada na RM com ênfase na avaliação cognitiva</p> <p>5. O internato sofre a influência do processo seletivo da RM. Tendo as escolas co-responsabilidade quando dispensam os estudantes para antes do prazo previsto.</p> <p>6. Avaliar as condições de trabalho do interno e do residente</p> <p>7. Preceptorial feita pelo residente.</p>	<p>1. Buscar aproximação da graduação e RM regionalmente</p> <p>2. Discutir na ABEM o processo seletivo para RM. Prova prática deve ser estimulada.</p> <p>3. Trabalhar a interface Internato-Residência Médica</p> <p>4. Pensar as mudanças no internato articuladas com a RM.</p> <p>5. Realizar uma avaliação da ABEM das provas práticas para acesso de RM.</p>
<p><b>3. Programas de Residência</b></p>	<p>1. Falta de investimento nos programas de RM, porque o financiador (federal ou estadual) não tem poder de gestão e interferência.</p> <p>2. São desconhecidas as características de cada programa (tipo de supervisão, horas de trabalho, conteúdo).</p> <p>3. Não existe proposta sistemática de trabalho, nem avaliação nas COREMES. Existe mais uma verificação de serviços.</p> <p>4. Faltam diretrizes para a RM</p> <p>5. Faltam programas pedagógicos nos hospitais.</p> <p>6. A maioria das RM acontece no cenário hospitalar</p>	<p>1. Criar agenda junto das secretarias estaduais para formular políticas de RM.</p> <p>2. Parcerias e formação de redes de serviços para diversificar cenários de prática.</p> <p>3. Trabalhar com competências gerais para RM.</p> <p>4- Discutir cenários de práticas e atividades a serem desenvolvidas pelos residentes nas diferentes especialidades.</p>

<b>4. Alternativas de especialização</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proliferação de estágios pela falta de vagas na RM é um retrocesso.</li> <li>2. Exames de título de especialista influenciam a formação do residente, em algumas especialidades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discutir os estágios paralelos como estão sendo feitos.</li> </ol>
<b>5. Distribuição Geográfica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concentração de vagas de RM na região sudeste.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Discutir formas de seleção à RM.</li> </ol>
<b>6. Reflexões sobre RM</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouco debate sobre RM</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regionais iniciarem debates a nível local.</li> <li>2. ABEM deve criar espaços e fóruns mais amplos para discutir a RM</li> <li>3. Priorizar a realização do II Fórum nacional e de Fórum regionais</li> <li>4. Repasse das resoluções da Comissão Nacional de RM para a ABEM. (boletim, diretoria ampliada).</li> <li>5. Inteirar-se das reuniões regionais através da participação de um representante.</li> <li>6. A ABEM deve pautar a constituição da CNRM.</li> <li>7- Organizar Fórum Nacional sobre RM em 2007 visando disparar debate nas regionais para amadurecimento das posições da ABEM até o COBEM 2007.</li> </ol>

<b>PACTO DE GESTÃO</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
<b>1. Modelos de Gestão</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldades pela divisão de gestão dentro das escolas médicas, por exemplo: gestão do Hospital de ensino e gestão da graduação, da RM e da Pós-graduação <i>strictu-sensu</i>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discutir a lógica da gestão do serviço e da educação.</li> </ol>

<p><b>2. Pactos de Gestão / Gestão Externa</b></p>	<p>1. Algumas escolas ainda não têm clareza da necessidade do ensino na rede.  2. Alto custo de manutenção e implantação de campos de estágio.  3. Pouco investimento das escolas privadas no campo de estágio.  4. Falta de políticas de incentivo ao tutor.</p>	<p>1. A ABEM deve estimular pactos de gestão.  2. Formação de preceptoria nas diferentes áreas.</p>
<p><b>3. Apoio à Escola Médica.</b></p>	<p>1. Como apoiar processos de transformação curricular nas escolas.  2. Falta de aproximação com as Escolas Médicas.</p>	<p>1- Construir instrumentos que revelem necessidades de cada escola e monitorem os processos de transformação curricular  2- Discutir, (e) construir propostas e redes de apoio para enfrentar principais dificuldades no processo de transformação curricular como: Formação docente; Resistência de docentes por não terem ferramentas para lidarem com novas situações; Relação entre Gestores do SUS, a Academia e as Escolas Médicas; Currículo integrado; Currículo orientado por competências; Cenários de práticas; Metodologias ativas de aprendizagem, inserção de Humanização, da Ética e Bioética nos currículos; avaliação da aprendizagem, de competências e de habilidades profissionais.  3- Trabalhar em rede, utilizando a RAEM como ferramenta para facilitar fluxo de informação, a fim de possibilitar trocas entre escolas e com a ABEM;  4- Fortalecer as Regionais, aprofundando questões regionais mais complexas  5- Fortalecer as Escolas Médicas através da integração, capacitação e trocas de experiências entre instituições antigas e novas  6- Tornar-se referência técnica para as escolas nos assuntos que permeiam a educação médica</p>

<b>3. Vinculação com a Rede</b>	1. Falta de diretrizes para o funcionamento do ensino na rede.	1. Construção de diretrizes de funcionamento para o ensino na rede de serviço. 2. Deve haver uma contratualização da rede escola como é feito com os hospitais. 3. Abrir espaço para discussão com os gestores internos e a ABEM sobre o ensino na rede. 4. Projeto das escolas de melhoria da qualidade do atendimento na rede a partir desses pactos.
<b>4. Parceiros</b>		1. Ter o CONASEMS como parceiro com papel ativo nesse processo, dando continuidade ao pacto de gestão geral junto ao CONASEMS, utilizando como norteadores as experiências positivas existentes. 2. Buscar nos ministério financiamento para a formação da rede escola. 3. Convidar FNEPAS para participar das discussões.

<b>DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DOCENTE</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
<b>1. Critérios / Políticas Institucionais</b>	1. A valorização do docente na graduação depende de uma política institucional. 2. Critérios de valorização são bastante rígidos, assim como os de concurso interno. 3. Cada escola tem seus próprios critérios de progressão na carreira docente. 4. Falta de qualificação docente. O MEC deve investir na capacitação pedagógica dos professores através de políticas institucionais. 5. Falta no MEC uma política de para valorização docente. 6. Algumas escolas não têm plano de carreira docente.	1. A ABEM deveria promover discussões sobre a valorização docente com o MEC e junto às escolas. 2. Construção de uma proposta de critérios de valorização docente a serem apresentados junto ao MEC. 3. Docentes devem se organizar através da ABEM para que os critérios de valorização docente sejam modificados. 4. Cobrar das escolas qualificação docente. 5. Reconhecer o campo da educação em saúde

		como um campo valorizado no saber, como uma linha de pesquisa. Atualmente ele tem sido um campo de prática que deve ser transformado num campo de pesquisa.
<b>2- A Pós-Graduação e a pesquisa em Educação Médica</b>	Não visa a formação do professor na maioria das vezes.	1- Discutir e produzir diretrizes para formação de profissionais voltados para a educação médica. 2- Construir propostas para a formação de docentes e preceptores coerentes com as diretrizes curriculares. 3- Criação de GT de pós-graduação e pesquisa em Educação Médica.

<b>EXTENSÃO</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
<b>1. Conceitual</b>	1. Há necessidade das escolas, estudantes e docentes entenderem o que é extensão universitária, pois têm acontecido distorções sobre este conceito. 2. Falta sintonia entre ensino e extensão.	1. Na sua origem a extensão tem uma visão assistencialista, que atualmente vem sendo contornada somando-se outras atribuições como a inserção do estudante na comunidade, flexibilização curricular, incentivo de pesquisas na comunidade. 2. A extensão aproxima o estudante da realidade social.
<b>2. Interdisciplinaridade</b>	1. Dificuldade de integração das diferentes profissões devido as grades horárias diferentes. 2. Dificuldade de integrar estudantes em diferentes momentos da sua formação.	1. Trocas de experiências divulgando projetos de extensão que possibilitam a integração de diferentes profissionais e estudantes em diferentes momentos da sua formação.
<b>3. Comissão ABEM / Parcerias</b>	1. A criação da comissão de extensão na ABEM visando cobrir algumas lacunas.	1. Integração da comissão de extensão com as demais comissões. 2. Inserir a comissão junto ao FNEPAS.

		3. Vinculação da comissão com os Pró-reitores de extensão. 4. Buscar outros interlocutores para discutir extensão.
--	--	---

Houve concordância que as **ações políticas da ABEM** deveriam envolver também as seguintes questões:

- 1- Revalidação de diplomas
- 2- Exame para formandos (“exame de ordem”)
- 3- Abertura de novas escolas médicas
- 4- Relações institucionais com MEC, MS, MCT, CONASS E CONASEMS.
- 5- Reforma universitária

**ESTRATÉGIAS GERAIS SUGERIDAS:**

- 1- A ABEM deve elaborar sua própria agenda de trabalho e identificar seus parceiros.
- 2- Necessidade de ser aprofundar as reflexões políticas na ABEM visando a construção de uma base conceitual bem definida. Divulgar o posicionamento da ABEM, enfocando a necessidade de integração do ensino, da pesquisa e da extensão.
- 3- A ABEM deve construir propostas consistentes, permitindo que as escolas coloquem-se na posição de parceiras. Que o posicionamento político da ABEM seja construído a partir de uma profunda análise dos rumos das políticas nacionais. A dimensão deste posicionamento deve cumprir um compromisso da ABEM com a sociedade.
- 4- Avançar nos conceito de universidade e educação na saúde, como um todo. Cada grupo de trabalho constituído na ABEM, em função das prioridades estabelecidas, elabore e apresente um plano de ação estratégico.
- 5- Cabe a ABEM cobrar dos Ministérios, políticas de incentivo às ações institucionais, além de estimular o diálogo, entre os Ministérios, para que questões como: desenvolvimento docente, avaliação de cursos, transformação curricular, valorização docente, entre outros sejam realidade nas escolas, além de valorizar políticas intersetoriais visando mudanças na formação.
- 6- Contribuir para a formulação de políticas para que a rede de serviços seja entendida como um lugar privilegiado de formação profissional.
- 7- Estimular realização de pactos de gestão, em que as secretarias de saúde se co-responsabilizem pela formação. Capacitar preceptores e adequar os cenários para a formação de uma rede escola.

- 8- Estabelecer uma pauta permanente de interlocução com o MEC, visando trabalhar as questões referentes a revalidação de diplomas, abertura de escolas, a valorização docente, avaliação institucional e de cursos.
- 9- Estabelecer parcerias com o Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério da Ciência e Tecnologia; CONASS; CONASEMS e Escolas Médicas.

Ressalta-se a necessidade da construção de parcerias reais, onde pactos sejam respeitados. A ABEM deveria apresentar propostas para aprimoramento de políticas como avaliação de cursos, PROMED, PRÓ-SAÚDE e valorização docente. A existência de propostas e prioridades da ABEM são primordiais para cobrar posicionamentos dos Ministérios, a partir de uma agenda autônoma. Outra dificuldade encontrada junto às parcerias é a falta de interlocutores que pensem a formação médica nos Ministérios. A ABEM deve buscar e identificar quais seriam esse interlocutores.

- 10- Que as reuniões ampliadas dêem continuidade ao planejamento estratégico. Que sejam criados espaços para discutir a análise de conjunturas além dos existentes nos congressos. A análise de conjuntura seja realizada no momento inicial de cada reunião de diretoria. Além disso, possa ser realizada também nas regionais (em fóruns, congressos, debates, etc.) e levadas como base política pelos GTs, de maneira que, essa análise prévia, permeie todas as ações, estratégias e possíveis parcerias futuras. A definição de estratégias de trabalho sejam feitas junto às escolas médicas, para que permita a ampliação da participação local.
- 11- Elaborar estratégias de auxílio as escolas sem interferir na organização e na própria gestão da escola. Uma linha de ação seria organizar oficinas nas escolas sobre as diretrizes curriculares, por exemplo, a partir de um diagnóstico das necessidades de discussão e falta de acúmulo teórico para a construção de massa crítica favorável às mudanças.
- 12- Articular com o FNEPAS para valorização da extensão.