

FORMAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL:

cenários de prática, graduação, residência médica,
especialização e revalidação de diplomas

Textos relativos ao conteúdo apresentado no
VIII Fórum Nacional de Ensino Médico
Brasília, 5 e 6 de setembro de 2017



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

FORMAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL: cenários de prática, graduação, residência médica, especialização e revalidação de diplomas

Textos relativos ao conteúdo apresentado no
VIII Fórum Nacional de Ensino Médico
Brasília, 5 e 6 de setembro de 2017

CFM-DF

Brasília, 2018

Copyright © 2018 – Conselho Federal de Medicina

Formação em medicina no Brasil: cenários de prática, graduação, residência médica, especialização e revalidação de diplomas

Editor: Lúcio Flávio Gonzaga Silva - coordenador da Comissão de Ensino Médico

Conselho editorial

Aldair Novato Silva	Luiz Alberto Bacheschi
Alexandre Fiorini Gomes	Márcia Hiromi Sakai
Cléa Nazaré Carneiro Bichara	Marcus Vinicius de Freitas Garcia Menezes
Dalvílio de Paiva Madruga	Maria da Conceição Ribeiro Simões
Helena Maria Carneiro Leão	Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Henrique Batista e Silva	Marta Alves Rosal
Hermila Tavares Vilar Guedes	Mauro Luiz de Britto Ribeiro
Ismael Maguínik	Miguel Roberto Jorge
Itagiba de Castro Filho	Nelson Grisard
Ivan Felizardo Contrera Toro	Rosana Alves
João Gonçalves de Medeiros Filho	Rosana Leite de Melo
Jorge Carlos Machado Curi	Rosylane Nascimento das Mercês Rocha
José Odair Ferrari	Sidnei Ferreira
José Roberto de Souza Baratella	Valéria Goes Ferreira Pinheiro
Lúcia Christina Iochida	

Cadernos de Educação Médica – número 2

Cadernos de Educação Médica do CFM é uma publicação do Conselho Federal de Medicina, com Conselho Editorial composto pelo presidente do CFM, pelo diretor do Departamento de Comissões e Câmaras Técnicas e pelos membros da Comissão de Ensino Médico do CFM.

Supervisão editorial: Paulo Henrique de Souza

Assistência de edição: Luan Maitan | Tikinet

Copidesque e revisão: Isabella Ribeiro, Tatiana Custódio, Andressa Picosque | Tikinet

Capa, diagramação e impressão: Quality Gráfica e Editora

Tiragem: 3.000 exemplares

Acesse a versão eletrônica em: www.portalmedico.org.br

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica:

Catálogo na fonte – Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª Região/1678

Formação em medicina no Brasil: cenários de prática, graduação, residência médica, especialização e revalidação de diplomas. Textos relativos ao conteúdo apresentado no VIII Fórum de Ensino Médico, Brasília, 5 e 6 de setembro de 2017 / Lúcio Flávio Gonzaga Silva, editor. Comissão de Ensino Médico, Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2018.

128 p. ; 13,5x20,5cm. (Cadernos de Educação Médica; nº 2)

ISBN 978-85-87077-59-2

1. Ensino médico-Brasil. 2. Residência médica-Brasil. 3. Revalidação de diploma. I. Título: VIII Fórum de Ensino Médico, 5 e 6 de setembro, 2017.

CDD 610-092

DIRETORIA DO CFM – GESTÃO 2015-2019

Presidente

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

1º vice-presidente

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

2º vice-presidente

Jecé Freitas Brandão

3º vice-presidente

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

Secretário-geral

Henrique Batista e Silva

1º secretário

Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen

2º secretário

Sidnei Ferreira

Tesoureiro

José Hiran da Silva Gallo

2º tesoureiro

Dalvélio de Paiva Madruga

Corregedor

José Fernando Maia Vinagre

Vice-corregedor

Celso Murad

COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO DO CFM

Coordenador e editor

Lúcio Flávio Gonzaga Silva

Aldair Novato Silva

Alexandre Fiorini Gomes

Cléa Nazaré Carneiro Bichara

Dalvélio de Paiva Madruga

Helena Maria Carneiro Leão

Henrique Batista e Silva

Hermila Tavares Vilar Guedes

Ismael Maguilnik

Itagiba de Castro Filho

Ivan Felizardo Contrera Toro

João Gonçalves de Medeiros Filho

Jorge Carlos Machado Curi

José Odair Ferrari

José Roberto de Souza Baratella

Lúcia Christina Iochida

Luiz Alberto Bacheschi

Márcia Hiromi Sakai

Marcus Vinicius de Freitas Garcia Menezes

Maria da Conceição Ribeiro Simões

Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Marta Alves Rosal

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Miguel Roberto Jorge

Nelson Grisard

Rosana Alves

Rosana Leite de Melo

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

Sidnei Ferreira

Valéria Goes Ferreira Pinheiro

Relatoria do Caderno de Educação Médica do CFM - Número 2

Hermila Tavares Vilar Guedes (coordenação) - CFM / CRM-BA / UNEB

Ricardo Maria Sidou - CRM-CE / UFC

Carlos Tadeu de Oliveira Leonidio - CRM-PE

SUMÁRIO

Apresentação	7
Contextualização	9
I. Evolução do número de escolas médicas: tendências e desafios.....	11
Evolução do número de escolas médicas: tendências e desafios.....	13
Cenários de prática diante das diretrizes curriculares vigentes	23
Hospitais de ensino e EBSERH: o Hospital Universitário da UFMG ...	31
Mapeamento estrutural dos novos cursos de medicina	34
Acreditação de escolas médicas – Saeme	39
II. Residência e cursos de especialização em medicina	45
Residência médica x especializações médicas.....	47
Importância da matriz de competência nos programas de residência médica	54
Formação pedagógica da preceptoría de residência médica.....	57
Avaliação da residência médica	62
III. Revalida e outras revalidações	69
Revalidação de diplomas médicos obtidos em instituições de ensino superior estrangeiras – Revalida: breve histórico e síntese do processo	71
Experiência do Conselho Regional de Medicina do Acre	86
Aspectos legais do processo de revalidação de diplomas obtidos no exterior realizado pela UFMT	91
IV. Posição do CFM	97
V. Atendendo às necessidades da saúde, preparando a futura força de trabalho: Programa Faimer Brasil.....	101
REFERÊNCIAS	109
ANEXO	119
Programação do VIII Fórum Nacional de Ensino Médico do CFM: 2017	121

Apresentação

Este livro – *Formação em medicina no Brasil: cenários de prática, graduação, residência médica, especialização e revalidação de diplomas* – é o segundo número da série Cadernos de Educação Médica, produzida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) com a participação direta dos membros da Comissão que se dedica à análise do tema nesta Autarquia.

Com periodicidade anual, desta vez esta publicação traz textos produzidos a partir dos debates realizados durante o VIII Fórum da sua Comissão de Ensino Médico, que ocorreu em Brasília (DF), nos dias 5 e 6 de setembro de 2017.

Em síntese, são três os eixos que compõem este volume. Inicialmente é abordado o problema da proliferação indiscriminada de escolas médicas no Brasil, com suas consequentes inquietações relacionadas aos precários cenários de prática disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, também há pertinentes reflexões sobre as preocupações oriundas da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e as expectativas geradas pela implementação do Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme), resultado de parceria entre o CFM e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem).

O segundo ponto discutido neste volume se refere aos cursos de especialização e a residência médica (RM), a qual é vista como o padrão ideal para a formação do especialista em medicina. Ressalte-se a existência de definição legal de que o acesso a esse título só pode ser obtido por dois caminhos: a formação em um programa de RM ou a aprovação em concurso de título realizado por sociedades de especialidades médicas reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades.

Os cursos de especialização na área médica, previstos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação brasileira e aprovados pelo Ministério da Educação, com carga mínima de 360 horas, destinam-se à preparação acadêmica e à verticalização de conhecimentos.

São direcionados ao ingresso e à preparação pedagógica para a carreira docente universitária e, portanto, não conferem títulos de especialistas em nenhuma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil.

Finalmente, aborda-se nos textos o processo de revalidação de diplomas de medicina obtidos em instituições de ensino superior estrangeiras, realizado por meio do exame Revalida, bem como de outras modalidades que ainda existem no País com o mesmo objetivo.

Nesse sentido, o CFM entende ser este um mecanismo essencial para a segurança da assistência à saúde do paciente brasileiro, que só deve ser atendido por médicos formados no exterior após devidas avaliações, especialmente com a aprovação no Revalida, por se configurar como instrumento isento e eficiente para as observações sobre conhecimento, competências, habilidades e atitudes.

Esperamos que as conclusões apresentadas possam subsidiar debates e tomadas de decisão na perspectiva de aperfeiçoamento do sistema formador de médicos no Brasil, o qual deve ser objeto de ações concretas em favor da qualificação dos profissionais e da manutenção da credibilidade da medicina no País.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente do Conselho Federal de Medicina

Contextualização

Em 2016, a Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina (CFM) passou a elaborar os *Cadernos de Educação Médica do CFM*, como produto do fórum dessa área que vem sendo realizado pelo Conselho há oito anos. Assim, em 2017 foi lançado o primeiro número deste periódico, com foco no tema “Avaliação das instituições de ensino médico e do estudante de medicina”.

O VIII Fórum Nacional de Ensino Médico (VIII FNEM), ocorrido em 5 e 6 de setembro de 2017, abordou três eixos da maior importância, os quais integram este novo número: evolução do número de escolas médicas: tendências e desafios; residência e cursos de especialização em medicina; Revalida e outras revalidações.

Cada um dos eixos foi contemplado com palestras específicas, ampliando, assim, as informações que subsidiaram proveitosas discussões. Após as apresentações dos temas, o fórum contou com uma palestra sobre a posição do CFM, proferida por seu presidente Carlos Vital e, no encerramento daquela edição, o CFM brindou a plateia com uma apresentação sobre o Instituto Faimer Brasil e sua atuação na formação de docentes médicos e das demais profissões da área de saúde em nosso país.

I

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Em 10 de março de 2017, quando o texto do primeiro número dos *Cadernos de Educação Médica* teve sua edição fechada, o Brasil contava com 275 cursos de medicina autorizados. Em setembro do mesmo ano, quando ocorreu o VIII Fórum de Ensino Médico, o número de escolas médicas, até agosto de 2017, era de 297. Desde setembro daquele ano até 28 de junho de 2018, mais 21 cursos foram autorizados; havendo, então, 318 cursos em funcionamento¹.

Apesar da suspensão de abertura de novos cursos médicos por cinco anos, anunciada pelo Ministério da Educação (MEC) em 2017², a moratória não alcançou cursos já licitados e municípios contemplados antes da portaria correspondente. Assim, essa quantidade pode aumentar ainda mais, pois nem todos os municípios autorizados a sediar novos cursos – vários deles já com instituições determinadas por licitação e todos pertencentes a instituições de ensino superior (IES) privadas – os implantaram.

O Quadro 1 mostra os números correspondentes à evolução quantitativa de cursos médicos em setembro de 2017 (apresentados no VIII FNEM) e em junho de 2018 (sete meses depois). Observa-se que, no espaço de seis meses, pelo menos 15 novos cursos foram abertos.

Quadro 1. Evolução quantitativa dos cursos médicos:
setembro de 2017 – junho de 2018

Informações	Setembro de 2017	Junho de 2018
Total das escolas médicas no Brasil	297	318
Total de vagas no Brasil	28.762	32.504
Total de escolas privadas	188	205
Total de escolas públicas – municipais, estaduais e federais	109	113

Fonte: Escolas Médicas do Brasil¹

A dúvida sobre a adequação dos cursos de medicina, no que se refere à infraestrutura, tem sido uma preocupação constante. Corpo docente qualificado e campos de prática suficientes e em condições de atendimento às necessidades docente-assistenciais são requisitos que nem sempre são assegurados. Um curso de medicina requer um investimento financeiro elevado, o que é apresentado pelas instituições de ensino como justificativa para o alto custo das mensalidades, que variam de R\$ 3.641,20 (mensalidade mais baixa, em Gurupi – TO) a R\$ 12.191,00 (mensalidade mais alta, na São Leopoldo Mandic, em São Paulo – SP)¹.

Dessa forma, subsídios do governo federal, como o Programa Universidade para Todos (ProUni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), são imprescindíveis para que as IES possam manter seus cursos ativos. Nesse fato reside uma queixa frequente das instituições públicas: o investimento que poderia garantir melhores condições de funcionamento aos cursos públicos é partilhado com a iniciativa privada.

Um problema basilar que deve ser sempre objeto de discussão é a falta de fiscalização adequada acerca da utilização dos investimentos, bem como a falta de uma avaliação que implique resultados efetivos, garantindo a qualidade do ensino. O tema “avaliação”, tanto das instituições de ensino e de cursos médicos quanto do estudante de medicina, foi abordado no número inicial dos *Cadernos de Educação Médica*³.

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, conselheiro presidente do CFM, citou, em sua palestra no VIII FNEM, os resultados de uma pesquisa realizada pelo instituto Datafolha, publicada em 2017, que concluiu que “médico é a profissão que desperta a maior percepção de confiança dentre os brasileiros”⁴; a qual é seguida por professores e bombeiros, respectivamente, em segundo e terceiro lugares.

É, portanto, imprescindível manter a confiabilidade da população na profissão, formando adequadamente os estudantes

e avaliando-os de forma continuada, em cada setor que compõe a nova versão da pirâmide de Miller⁵, segundo a qual o estudante precisa saber/conhecer, saber como, demonstrar que sabe, fazer efetivamente e, além de tudo isso, ter atitude – enfim, ser.

A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), criada pela Portaria nº 168, de 1º de abril de 2016⁶, foi então citada como a forma que melhor corresponde ao que se considera adequado para avaliar não apenas os estudantes, mas também, de forma indireta, seus cursos. No entanto, em 2018, o MEC já não tem mais discutido a Anasem – entre outras medidas que trouxeram inquietação ao universo da educação médica no Brasil. Da Portaria MEC nº 982, de 25 de agosto de 2016⁷ (que regulamenta e detalha a Anasem), consta:

Art. 5º A ANASEM constitui componente curricular obrigatório, sendo a situação de regularidade inserida no histórico escolar do estudante, condição para a diplomação, em consonância ao disposto no Art. 9º da Lei nº 12.871, de 2013.

§ 1º Aos estudantes dos 2º e 4º anos que se ausentarem, desde que apresentem justificativa adequada, será oferecida nova oportunidade na ANASEM subsequente. Aos estudantes do 6º ano que se ausentarem, desde que apresentem justificativa adequada, será oferecida nova oportunidade de avaliação trinta dias após a data do exame. [...]

§ 3º Os resultados da avaliação são um referencial de qualidade do ensino médico e *poderão se constituir* em modalidade única ou complementar aos processos de seleção para Residência Médica. [grifo nosso]

As competências aferidas pela Anasem são^{6,7,8}:

- I. Comunicar-se por meio de diferentes recursos e linguagens (escrita, verbal e não verbal), no contexto de atenção à saúde, pautado nos princípios éticos e humanísticos.
- II. Descrever e aplicar conceitos biológicos, psicossociais, culturais e ambientais que permitam entender os fenômenos normais e alterados no processo de atenção, gestão e educação em saúde, nos diversos ciclos de vida.
- III. Buscar, organizar, relacionar e aplicar dados e informações, baseado em evidências científicas, para subsidiar o raciocínio clínico, com vistas à solução de problemas, tomada de decisões, de forma a executar procedimentos apropriados aos diferentes contextos, garantindo a segurança dos envolvidos no processo de atenção à saúde.
- IV. Mobilizar e associar informações obtidas a partir de diferentes fontes para construir, sustentar e compartilhar argumentação consistente e propostas de intervenção, individualmente e em equipe, em diferentes contextos, na defesa da saúde, da cidadania e da dignidade humana.

É importante ressaltar que a Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 3, de 20 de junho de 2014⁹, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina, em vigor, nos diz em seu capítulo III:

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes,

devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

Enfim, o Marco Legal original da Anasem, em seu parágrafo 2º, dizia que tais avaliações seriam implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino. Com a mudança de governo, a nova presidente do Inep, professora Maria Inês Fini, informou publicamente que tal função seria delegada à Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). Contudo, a Anasem fora excluída do sistema de avaliação, sem qualquer justificativa pública por parte do MEC.

Acreditava-se que as características gerais da Anasem seriam mantidas, apesar da mudança da instituição executora:

- a prova deve ter 60 questões objetivas, de múltipla escolha, com 4 alternativas de resposta, e 3 questões dissertativas, com 2 subitens cada uma;
- deve ser realizada em um único dia, à tarde, no local determinado pelas IES que oferecem o curso de medicina, conforme informação encaminhada pelo Inep.

O conselheiro Carlos Vital apresentou dados gerais acerca da participação dos estudantes na primeira etapa da Anasem, em 2016: inscreveram-se 22.086 estudantes do 2º ano de medicina (ingressantes em 2015) de 233 cursos. Dentre estes, 89,67% realizaram a prova; 4,79% estiveram ausentes; e 5,53% estudavam em locais onde não houve prova.

Os estudantes receberam o escore de seu desempenho e do desempenho total dos estudantes de sua instituição, podendo compará-los e realizar sua autoavaliação com base em cotejo de resultados. O coordenador de curso recebeu o resultado dos estudantes de sua instituição, sem identificação, categorizados

por ano, por competência e pelos conhecimentos, habilidades e atitudes, de acordo com a matriz de competências do 2º, 4º e 6º anos. Além disso, recebeu também a média de desempenho de sua região e a média nacional, permitindo que cada coordenador avalie a posição de seus estudantes diante do geral, mas sem conseguir individualizar os resultados.

Verificando as observações e críticas à Anasem, registradas durante o VII FNEM, de 2016³, identificam-se os focos a seguir:

- a dissociação entre a qualidade e a abertura indiscriminada de escolas médicas;
- a inexistência de consequência para os concluintes com baixo rendimento;
- a necessidade de clareza quanto ao processo de autorização para abertura de novas vagas;
- dúvidas acerca de medidas restritivas para os cursos com alunos que apresentem baixo rendimento;
- a necessidade de conhecer as medidas adotadas pelas escolas com base nos resultados da Anasem, já que o resultado do desempenho dos estudantes será entregue ao coordenador do curso e não será publicado;
- a concentração da avaliação em um processo de prova, retirando a responsabilidade do professor de avaliar o aluno também, independentemente do instrumento nacional;
- a necessidade de se fechar escolas médicas sem a qualificação adequada para formar médicos com qualidade.

A percepção da população brasileira acerca da avaliação e da fiscalização das escolas médicas

A pesquisa Datafolha/CFM sobre a percepção da população sobre a avaliação e a fiscalização das escolas médicas¹⁰ foi citada.

Os dados constituem um exercício de bom senso feito pelo cidadão e convergem para a percepção de duas conclusões: com a realização de uma prova de avaliação dos estudantes de medicina, *“os médicos seriam melhor preparados para fazer o diagnóstico e a prescrição de tratamentos”*; isso resultaria em *“pacientes mais satisfeitos com o atendimento”*, e *“haveria médicos que entendessem mais as necessidades da população”* – entre outros resultados.

Enfim, 91% dos participantes da pesquisa entenderam que alunos não aprovados não devem receber o diploma. Havendo uma avaliação oficial, obviamente seria *“um paradoxo entregar o diploma (atestado de capacidade) a quem não apresenta competências”*.

O Saeme: parceria entre o CFM e a Abem

A criação do Sistema Nacional de Acreditação das Escolas Médicas (Saeme) e sua candidatura ao reconhecimento da The World Federation for Medical Education (WFME) foi outro ponto abordado na apresentação do conselheiro Carlos Vital. *“Parece claro que o aluno é produto de sua escola e, portanto, também esta tem de ser avaliada”*, lembrou ele. Também ressaltou que o Saeme é independente das três esferas de governo e que, com o tempo, será conquistada a sua credibilidade entre os cursos de medicina e no seio da sociedade. Assim, passará a ser fundamental para que um curso de medicina seja socialmente reconhecido haver passado pelo processo de acreditação CFM/Abem.

Até a data do evento, 31 cursos de medicina haviam aderido ao Saeme, sendo 13 instituições das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e 18 das regiões Sul e Sudeste. As instituições públicas (federais, estaduais, municipais e comunitárias) somaram 19 cursos; e 12 eram de gestão privada.

Desse total de 31 cursos que aderiram ao Saeme, 19 completaram o processo e receberam o selo de acreditação. Dentre

essas, 32% localizam-se na região Sudeste; e as regiões Nordeste e Sul tiveram, cada uma delas, 26% dos cursos acreditados. Cerca de 2/3 desses cursos são privados. Dentre os cursos que receberam o selo, 53% têm mais de 45 anos de funcionamento; 43% têm entre 10 e 20 anos; e apenas uma escola tem menos de 10 anos de atuação.

A visão do CFM

- A ampliação do número de vagas em cursos de medicina já existentes e a abertura de novas escolas médicas têm sido conduzidas de forma abusiva, com sérios prejuízos à formação dos profissionais e impactos negativos na qualidade do atendimento oferecido à população;
- os Ministérios da Educação e da Saúde, assim como o Congresso Nacional, têm sido permanentemente instados pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina a rever essa decisão;
- a avaliação do sistema formador em medicina deve ser conduzida de forma criteriosa, envolvendo todos os agentes desse processo (estudantes, professores, gestores e instituições de ensino);
- o modelo ideal para garantir a análise de avanços e de deficiências é a aplicação de exames periódicos, regulares e que busquem a avaliação por todos os protagonistas desse processo, inclusive o CFM.

O formato atual do Anasem precisa ser revisto, *assegurando*:

- que o resultado alcançado individualmente pelo aluno seja do conhecimento do coordenador do curso, pois é necessário responsabilizar os cursos e as instituições formadoras pelo resultado alcançado;

- a oferta de programas de recuperação de conteúdo pelas escolas médicas, destinados aos estudantes que apresentem resultados insuficientes; principalmente no que diz respeito ao aluno do 12º semestre;
- o diploma de graduação em medicina deve ser outorgado apenas aos alunos que, no 6º ano, alcancem índices de suficiência nas avaliações realizadas sucessivamente, através da Anasem;
- a responsabilização das instituições de ensino cujos estudantes obtenham resultados deficitários (identificadas a partir de parâmetros estatísticos e psicométricos) implica ações como a exigência de adequação a um nível de ensino minimamente aceitável, o que deve ser estimulado pela diminuição da oferta de vagas nesses cursos de resultados insuficientes. Não havendo adequação, deve-se considerar a suspensão de suas atividades e a transferência dos discentes.

Ressalte-se que o CFM não considera adequados os exames realizados apenas ao fim do curso, como modelo de avaliação do futuro egresso dos cursos de medicina. As críticas são:

- um único exame ao final do curso de medicina não permite uma consistente avaliação do aprendizado e a recuperação das deficiências apresentadas pelo discente no processo de graduação, conforme orientam os consensos obtidos nas experiências dos centros mais avançados;
- um único exame ao final do curso levaria à evasão dos discentes de suas atividades acadêmicas para cursos privados, que objetivam o preparo dos candidatos para a residência médica, mantendo o foco na aquisição de conhecimentos específicos, a fim de obter a aprovação nesse tipo de prova, em detrimento de uma formação prática e efetiva.

Ainda no que diz respeito à avaliação de concluintes de cursos médicos, a Resolução CFM nº 2.130, de 23 de outubro de 2015¹¹, proíbe a realização de exames de egressos dos cursos de medicina, com caráter cogente, pelos Conselhos de Medicina. Os dois artigos iniciais determinam:

Art. 1º – Os Conselhos Regionais de Medicina não poderão implementar exames de proficiência para avaliação de egressos dos cursos de medicina, em caráter obrigatório ou coercitivo, como exigência para registro ou inscrição do profissional médico.

Art. 2º – Torna sem efeito os atos normativos emanados dos Conselhos Regionais de Medicina que sejam contrários às disposições desta Resolução.

Assim, não existe base legal para aplicar tais testes. O CFM segue o princípio da legalidade.

A visão do CFM acerca do quantitativo de escolas médicas foi resumida pelo presidente Carlos Vital em sua apresentação, concluindo: *“com a adoção de normas restritivas à abertura de novas escolas e um processo de avaliação consequente, devolutivo e formativo, os benefícios para a sociedade seriam inquestionáveis, com decorrentes contribuições para a manutenção do prestígio da medicina, patrimônio público e universal da humanidade”*.

CENÁRIOS DE PRÁTICA DIANTE DAS DIRETRIZES CURRICULARES VIGENTES

A palestra proferida por Rosana Alves abordou a necessidade dos cenários de prática para a formação de um médico competente para atuação na sociedade, com integração entre a aprendizagem cognitiva e o treinamento prático inserido no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Logo, tem-se preconizado o foco no território e na região, ampliando-o para aspectos de aprendizagem relativos ao universo mais amplo, sem perder de vista a necessidade de que os conhecimentos sejam aplicados dinamicamente e possam modificar positivamente o local onde ocorre a atuação do aprendiz, dos preceptores e dos docentes. Frenk e colaboradores¹², em 2010, publicaram um artigo sobre as competências para o século XXI, abordando a atuação que se amplia a partir do foco próximo – “pensar globalmente e agir localmente” –, traduzindo o compromisso de buscar a solução dos problemas locais sem esquecer de ir além e de ampliar, contemplando, também, o caráter universal de sua atuação e produção.

Assim, ao cuidado com o paciente, somam-se o profissionalismo, a habilidade de comunicação interpessoal e o conhecimento médico. O profissional médico em formação precisa estar inserido na atenção à saúde na rede, a fim de que, ao chegar ao mercado de trabalho, apresente as competências necessárias a uma atuação de qualidade. A presença do sistema formador deve ser natural e coexistir com o sistema de assistência, de modo que um qualifique o outro. A retroalimentação de ações, informações, expertise e qualificação vivenciada na rede de atenção à saúde potencializa a função do cuidado com o paciente e com a comunidade. Viver o sistema de saúde, atuar, sentir e conhecer a realidade de toda a gama de fatores que interferem no trabalho na saúde são a melhor forma de promover a aprendizagem.

A literatura aponta para as principais competências para o século XXI nos domínios cognitivo, intrapessoal e interpessoal. A professora Rosana atribuiu uma maior ênfase às qualidades intrapessoais, visto que são pouco trabalhadas nas instituições de ensino (flexibilidade, inovação, reflexão, perseverança, autoavaliação, ética, criatividade, iniciativa, produtividade) e são tão necessárias a um médico; e mostrou que nossos currículos devem buscar contemplá-las, adequando sua formatação. Lembrou que, muitas vezes, tais competências são relativizadas e mesmo ignoradas. Então, apontou o desafio que é formar um médico com todas as competências, habilidades e atitudes esperadas e a dificuldade dessa formação quando o docente/preceptor, como “espelho”, atua de forma restrita, em um consultório, tão somente atendendo doentes e tratando doenças.

A professora relatou uma pesquisa realizada na Grande Vitória (ES), na qual foi perguntado aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos representantes dos usuários dos Conselhos Municipal de Vitória e Estadual quais seriam as competências profissionais consideradas ideais para um médico. As respostas mostravam que, para os gestores, o médico deve:

- conhecer o SUS (rede, regulação e território);
- conhecer e saber manejar as doenças mais prevalentes;
- saber aplicar os protocolos do Ministério da Saúde;
- saber realizar o primeiro atendimento em urgências;
- aplicar o conceito de cuidado integral;
- saber trabalhar em equipe;
- saber realizar gestão de cuidado.

Sobre os fatores que influíam negativamente na obtenção dessas características, foram citados, pelos próprios gestores:

- preceptor médico não qualificado, do ponto de vista técnico, na atenção básica à saúde e na urgência/emergência;
- má qualidade da seleção;
- não certificação para a função;
- ausência de educação permanente.

A gestão trabalha com a ótica da produção de resultados, isto é, produtividade. Assim, questiona-se como fazer preceptoria de qualidade; como exigir o cuidado integral, se o médico é obrigado a atender um paciente a cada 15 minutos; e como o profissional pode integrar-se à equipe, se precisa manter-se no consultório atendendo todo o tempo e atuando praticamente em relação a queixas e doenças.

A esse respeito, vale ressaltar os relatos de médicos que atuaram na preceptoria do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) sobre a cobrança, feita pelos gestores das unidades básicas de saúde (UBS) aos médicos do programa, para que se fizesse reposição do número de consultas quando ocorriam reuniões e visitas de preceptores (reuniões importantes de acompanhamento, treinamento de procedimentos, *feedback* ou gerenciais).

Griboski¹³ realizou uma boa análise da implantação das DCN e aponta para a falta de integração entre ensino e serviço. As DCN para cursos de medicina⁹ preconizam que a estruturação da formação nos campos de prática possua as seguintes características:

- uma estrutura física adequada para desenvolver o projeto pedagógico do curso;
- um novo modelo de matriz curricular, preferencialmente estruturada por competências;

- que sejam assegurados 35% da carga horária total dos cursos de graduação em medicina para a realização de estágio supervisionado (internato); sendo 30% desse tempo atribuído às áreas de medicina de família e comunidade e urgência/emergência;
- processo de ensino-aprendizagem baseado em cenários de prática;
- que seja assegurada a interdisciplinaridade;
- que sejam adotadas políticas de inclusão.

Um ponto a ser destacado acerca de cenários de prática e de sua relação com a formação reside no fato de que a política de expansão dos cursos de medicina não foi acompanhada de um aumento equivalente de estruturas de assistência à saúde da população, seja de equipamentos próprios das IES, seja de equipamentos da rede pública, com estrutura (física e administrativa) adequada ao ensino. Dados do CFM apontam para uma redução de 34.200 leitos hospitalares nos últimos oito anos¹⁴. Apesar do grande número de novas escolas médicas e de demais categorias de profissionais de saúde, não ocorreu incremento correspondente da disponibilidade de serviços assistenciais para realização da prática acadêmica, de novos leitos hospitalares, nem aumento da oferta de exames e procedimentos.

Enfim, as DCN determinam que os conhecimentos e competências a serem desenvolvidos perpassem os diferentes níveis de atenção à saúde e que os estudantes devam desenvolver atividades prioritariamente na atenção básica e em urgência/emergência. Diante da realidade das redes públicas, há cada vez mais treinandos para se abrigar, ocorrendo disputa por campos de prática. A isso, soma-se a questão dos preceptores, que tem sido cada vez mais forte – tanto no sentido da necessidade dessa atribuição e de sua clara definição como na forma de remuneração, ambos ainda não universalmente incorporados

aos termos de contratualização. Faz-se necessário, também, assegurar qualificação pedagógica para tal atribuição.

A atuação nos campos de prática reais, em serviços próprios ou conveniados, só é possível quando há a real integração ensino-serviço-comunidade, isto é, quando há uma construção conjunta entre ensino e serviço, cada qual apontando suas necessidades, com avaliação posterior e frequente. Nesse contexto, a Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015¹⁵, instituiu diretrizes para a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), com a finalidade de fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

A professora Rosana informou que, na Grande Vitória (ES), o Coapes não foi implantado e estava sem demandas, naquele momento, possivelmente por razões inerentes ao número de cursos no Espírito Santo – cinco, sendo quatro na Grande Vitória – e, de forma mais contundente, ao processo de discussão com a Secretaria Municipal de Vitória (Semus-Vitória), que organiza seus territórios para estágios na área de saúde desde 2005. A Escola Técnica de Formação Profissional de Saúde do SUS (ETSUS) é o órgão responsável pela organização, conjuntamente às IES, dos cenários de prática nas UBS e em unidades de pronto-atendimento (UPA), seguindo manual publicado em seu site¹⁶.

Mas é importante abordar o Coapes, pois muito se tem discutido sobre esse assunto nas instâncias acadêmicas. A construção dessa parceria, nos moldes propostos, representa uma responsabilização efetiva de gestores e profissionais envolvidos, tanto na assistência como no ensino, envolvendo contrapartidas claramente definidas. Além disso, a partir da atuação da Comissão Gestora Local, um maior número de atividades e projetos conjuntos podem surgir, inclusive envolvendo várias IES. Assegurar o Coapes no território confere maior segurança e estabilidade na manutenção de espaço de prática para as IES.

Contudo, pode-se afirmar que, apesar das potencialidades citadas anteriormente, não tem sido tarefa fácil envolver os gestores do SUS nessa discussão, bem como os atores das universidades na abordagem das reais necessidades da população, a fim de contribuir com a identificação e a definição de campos de prática. Seria necessário sensibilizar o poder político do território para a absoluta necessidade de construção do que poderíamos chamar de “Rede Escola do SUS”, a fim de que a parceria possa fluir e seja do Estado, não de governos.

Há outros desafios que envolvem a elaboração e o estabelecimento dos Coapes, como a sensibilização dos profissionais da rede de assistência para contribuir com a Rede Escola do SUS no acompanhamento dos estudantes e, ainda, envolver a comunidade nessa discussão. Enfim, para que a parceria seja efetiva, faz-se necessário estabelecer uma relação universidade-serviços que não seja exclusivamente gestor-dependente.

Em sua palestra, a professora Rosana Alves mostrou a evolução da integração ensino-serviço ao longo do tempo, desde o início dos anos 1980, com as propostas indutoras dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o Promed, até o InovaSUS e o PET GraduaSUS, em 2015. Ela trouxe o seguinte perfil diagnóstico, resumido no artigo de Griboski¹³, da formação médica atual:

- falta de integração básico-clínica;
- fragmentação do conhecimento;
- falta de integração efetiva entre ensino e serviços de saúde, já que apenas colocá-los na rede não configura uma integração;
- prática médica tardia nos cursos;
- baixa frequência de abordagem ética e humanização no atendimento ao paciente.

Dessa forma, a professora ressalta que os pilares para a real integração ensino-serviço são a formação médica para atuar no SUS e o desenvolvimento dos profissionais desse sistema para formar mais profissionais para atuar na rede pública. Essa formação e esse desenvolvimento ocorrem por meio da educação permanente em saúde e da integração entre ensino e serviço.

Observe-se que tal integração não é algo fácil, mesmo quando se trata de ensino e serviço pertencentes a uma mesma instituição federal de ensino. Essa dificuldade está ocorrendo em muitos hospitais universitários federais que, com o advento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), têm demonstrado direcionamentos diversos, tais como as necessidades acadêmicas das faculdades de medicina e os objetivos da gestão hospitalar adotados. A EBSERH segue padrões de empresa, dando prioridade para resultados econômicos a serem alcançados, em detrimento de resultados sociais que uma organização universitária deveria buscar.

A professora Rosana apontou, ainda, fragilidades que precisam ser discutidas e pactuadas durante a organização da integração ensino-serviço:

- a falta de integração entre docentes e médicos do serviço que orientam alunos (preceptores);
- a organização do serviço durante férias e licenças de preceptores;
- o pagamento de preceptores, por meio de bolsas ou contratação pela IES, por mecanismos incertos;
- não há estímulos à preceptoria, como a redução do número de consultas ou a concessão de turnos “livres” para ensino, ou incentivos para participação em eventos de formação do preceptor;

- a falta de continuidade decisória: a cada governo ocorre um recomeço, com repactuação do que já havia sido pactuado;
- a cobrança de taxa financeira por aluno na rede, conhecida por “pedágio”, gerando conflito ético.

Por fim, é importante considerar a autoavaliação docente, reconhecendo que, para que o processo de interação ensino-serviço seja exitoso, os docentes necessitam desenvolver capacidade gerencial e avaliativa, participar da assistência, manter a atualização técnico-científica e buscar, continuamente, formação didático-pedagógica.

HOSPITAIS DE ENSINO E EBSERH: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMG

Luciana Viana iniciou sua apresentação declarando-se uma representante da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), a qual foi criada a partir de uma necessidade percebida no âmbito da Abem. A Abrahue buscava ir ao encontro da missão primária dos hospitais de ensino – ensino, pesquisa e extensão –, visando contemplar a organização e considerar as críticas para a melhoria dos processos. Ela ressaltou que, com a criação da EBSERH, em 2011, houve um esvaziamento da Abrahue. Esta, no entanto, se posiciona marcando presença e tentando trazer ações importantes.

A palestrante informou que a criação da EBSERH foi uma solução vista pelo governo para regularizar a situação dos hospitais universitários quanto a questões tecnológicas, estruturais e de pessoal. Essa solução criada é exclusividade do Brasil, pensada em um momento no qual o mais importante para os hospitais era a sobrevivência. O primeiro ato administrativo da EBSERH foi a contratação de pessoal.

Com o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), datado de 2010, foi verificada a necessidade de adotar medidas para contemplar a reestruturação física e tecnológica das unidades: a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede; o aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais; e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas a ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

Assim, em 2011, a EBSERH foi criada em substituição à antiga secretaria de hospitais universitários do MEC. Em setembro

de 2017, de um total de mais de 50 hospitais universitários, havia 39 hospitais filiados; e 35 deles já com contratualização efetivada.

A EBSERH e o HC-UFMG

Foi então apresentada a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), e Luciana Viana ressaltou a importância do posicionamento interno na obtenção das melhorias, com a ajuda de pessoal e verba da EBSERH. Ela descreveu o contexto da implantação da EBSERH naquele hospital e os dados positivos da UFMG.

Havia 2.000 funcionários contratados irregularmente, através de cooperativa médica e fundação de apoio, que se transformaram em mecanismos de expansão de ações do hospital, mas irregulares.

Houve rolagem de dívidas de aproximadamente 40 milhões, causando uma situação de extrema aflição. Havia um fantasma da perda de autonomia da universidade em relação ao seu hospital, que detém o maior número de vagas em uma escola médica no país (320 vagas).

A professora mostrou que a EBSERH teve um papel importante na recuperação da funcionalidade do hospital universitário, informando que, em dois anos, foram contratados 1.700 profissionais. Luciana Viana resalta que não houve interferência da EBSERH na área de pesquisa acadêmica, havendo incentivo na área de pesquisas clínicas. Ressalta também que a empresa está cumprindo sua missão na alta complexidade hospitalar e no aumento do número de consultas.

O hospital aderiu ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), do Ministério da Saúde, também adotado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o que ajudou a

implementar e otimizar processos. Em 2019, esperam conseguir acreditação pelo Joint Commission International (JCI).

Quanto à contratualização de recursos humanos, verifica-se que o Regimento Jurídico Único está reduzindo sua importância no corpo de pessoal, sendo substituída, gradativamente, por trabalhadores com vínculo da EBSEH – quando ocorrem aposentadorias. A palestrante informou ainda que a EBSEH dispõe de ouvidoria ligada à presidência da República.

MAPEAMENTO ESTRUTURAL DOS NOVOS CURSOS DE MEDICINA

A enfermeira Bruna Moura, coordenadora-geral de expansão e gestão da educação na saúde da Secretaria de Educação Superior (SESu-MEC), que envolve o Revalida, o Programa Mais Médicos para o Brasil e a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (Camem), representando o MEC, apresentou o organograma do ministério e as funções de sua coordenação, contextualizando o mapeamento das escolas médicas no país.

Dentre as competências da Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde, estabelecidas em decreto, a Coordenação-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES) é responsável pelas seguintes ações:

- I – acompanhar e avaliar o desempenho dos programas de educação em saúde;
- II – supervisionar a capacitação de profissionais do Programa Mais Médicos, e dos demais programas na área de saúde no âmbito da educação superior;
- III – monitorar a implantação dos cursos superiores na área de saúde, em consonância com o planejamento estratégico das necessidades de profissionais em saúde;
- IV – coordenar a implantação, o monitoramento e a avaliação do Programa Mais Médicos para o Brasil, em conjunto com o Ministério da Saúde;
- [...]
- XVI – apoiar, induzir, acompanhar e monitorar a implementação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, conforme o art. 12 da Lei nº 12.871, de 2013, em conjunto com o Ministério da Saúde.

Sobre a Camem, esta foi criada através da Portaria nº 306, de 26 de março de 2015¹⁷, para apoiar a expansão de novos cursos de medicina, federais e privados, os quais eram monitorados, cada um, por dois membros da comissão, em atividades presenciais e a distância.

Em sua apresentação, a representante do MEC informou que, naquele momento (setembro de 2017), havia previsão de criação de 38 novos cursos de medicina no âmbito do Programa Mais Médicos até 2018, equivalendo a um total de 1.596 vagas novas em federais (Quadro 2) e 7.340 em privadas. Ressalte-se, então, que os dados constantes dos quadros e tabelas deste capítulo correspondem à época do VIII Fórum Nacional de Ensino Médico do CFM. Dentre esses cursos:

- 26 estavam autorizados e em funcionamento (1.540 vagas);
- 1 estava autorizado com abertura prevista para 2017 (56 vagas);
- 11 estavam em processo de implantação (688 vagas);
- foram ampliadas até aquele momento 1.596 vagas autorizadas nas instituições federais de ensino superior (IFES).

Quadro 2. Novos cursos de medicina pactuados nas universidades federais (setembro de 2017)

IFES	MUNICÍPIO DO CAMPUS	UF	REGIÃO	VAGAS AUTORIZADAS
UFG	JATAÍ	GO	CENTRO-OESTE	60
UFMS	TRÊS LAGOAS	MS	CENTRO-OESTE	60
UFMT	RONDONÓPOLIS	MT	CENTRO-OESTE	40
UFMT	SINOP	MT	CENTRO-OESTE	60
UNIFAL	ALFENAS	MG	SUDESTE	60
UFLA	LAVRAS	MG	SUDESTE	60
UFSJ	SÃO JOÃO DEL REI	MG	SUDESTE	40
UFVJM	DIAMANTINA	MG	SUDESTE	60
UFVJM	TEÓFILO OTONI	MG	SUDESTE	60
UNILA	FOZ DO IGUAÇU	PR	SUL	60
UFFS	PASSO FUNDO	RS	SUL	40
UNIPAMPA	URUGUAIANA	RS	SUL	60
UFFS	CHAPECÓ	SC	SUL	40
UFAL	ARAPIRACA	AL	NORDESTE	80
UFBA	VITÓRIA DA CONQUISTA	BA	NORDESTE	80
UFOB	BARREIRAS	BA	NORDESTE	40
UFRB	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	BA	NORDESTE	60
UFESB	TEIXEIRA DE FREITAS	BA	NORDESTE	80
UNIVASF	PAULO AFONSO	BA	NORDESTE	40
UFMA	IMPERATRIZ	MA	NORDESTE	80
UFMA	PINHEIRO	MA	NORDESTE	80
UFPE	CARUARU	PE	NORDESTE	80
UFPI	PARNAÍBA	PI	NORDESTE	40
UFPI	PICOS	PI	NORDESTE	60
UFRN	CAICÓ	RN	NORDESTE	40
UFERSA	MOSSORÓ	RN	NORDESTE	80

Fonte: MEC

Sobre o mapeamento dos novos cursos de medicina nas escolas médicas privadas, a palestrante informou que existia:

- autorização em “estoque” de 2.616 novas vagas;
- autorização via edital de 710 novas vagas;
- ampliação de 3.529 vagas;
- reativação de 485 vagas;
- perfazendo um total de: 7.340 novas vagas autorizadas.

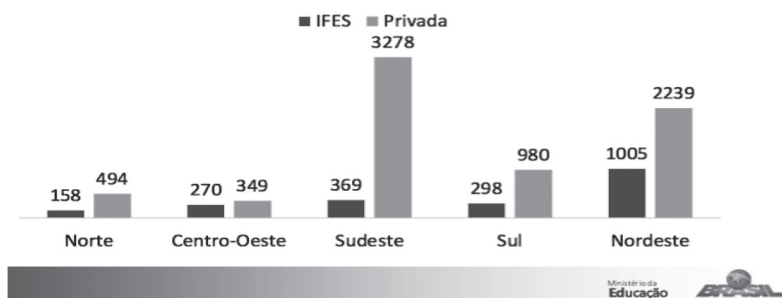
O painel de novas vagas de medicina nas escolas médicas privadas, por região, em setembro de 2017, é apresentado na Tabela 1 e, em comparação com as instituições federais, no Gráfico 1:

Tabela 1. Novas vagas de medicina em escolas médicas privadas

Região	Quantitativo de novas vagas em cursos privados
Sul	980
Sudeste	3.278
Centro-Oeste	349
Nordeste	2.239
Norte	494

Fonte: MEC

Gráfico 1. Novas vagas de medicina em instituições federais de ensino superior e em escolas médicas privadas



Entre 2013 e setembro de 2017, o total de novas vagas de medicina (públicas e privadas) foi de 9.440 vagas (Tabela 2).

Tabela 2. Total de novas vagas de medicina (públicas e privadas)

Ato Autorizativo	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Autorização	1070	1929	815	178	930	4922
Ampliação	505	658	387	1923	560	4033
Reativação	93	205	187			485
Total	1668	2792	1389	2101	1490	9440

A previsão de novas vagas de medicina de 2013 a 2018, nas capitais, era de 3.416; e no interior, de 6.024 (Tabela 3).

Tabela 3. Novas vagas de medicina (capital × interior)

	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Capital	475	1188	210	1167	376	3416
Interior	1193	1604	1389	2101	1490	6024

ACREDITAÇÃO DE ESCOLAS MÉDICAS – SAEME

O Sistema de Avaliação e Acreditação dos Cursos de Medicina Brasileiros (Saeme) foi apresentado pelo presidente da Abem, professor Sigisfredo Brenelli, que ressaltou a parceria com o CFM, instituição escolhida, entre outras candidatas ao patrocínio, para que o processo pudesse assegurar credibilidade e os princípios da ética.

Segundo o professor Brenelli, acreditar é entendido pelo Saeme como a *“validação de processos implantados, registrados e comunicados à organização”, que “tem por visão ser o sistema não governamental, independente e nacional de acreditação da qualidade de ensino médico no país”*.

Logo, um curso de medicina será acreditado pelo Saeme quando demonstrar que possui os requisitos necessários para a formação de médicos de acordo com o estabelecido por essas entidades.

O interesse internacional na acreditação das escolas médicas tem aumentado por algumas razões:

- por implementar melhoria da qualidade;
- para acesso às residências em outros países a partir de 2023;
- para não regulamentação de novos cursos;
- para acesso a fontes de financiamento internacionais.

O cenário quantitativo de escolas médicas, já apresentado, motivou a necessidade de implementar um processo de acreditação. A expansão de vagas e cursos de medicina (em setembro de 2017 existiam 290 cursos e 26.605 vagas) demonstrava que haveria, em breve, entre 300 e 350 cursos médicos no país, muitos dos quais sem infraestrutura, corpo

docente qualificado, hospitais e/ou rede de atenção à saúde suficientes. As mensalidades dos cursos novos são elevadas, e é certo que muitos destes somente continuarão com subsídio do governo federal (ProUni e Fies).

São objetivos do Saeme ser um sistema de avaliação e aprimoramento da qualidade dos cursos de medicina brasileiros – sistema esse credenciado internacionalmente, considerando-se o movimento internacional de acreditação de cursos de medicina. Ressalte-se que o Saeme não compete com nenhum outro sistema de avaliação oficial em curso e tem como objetivos secundários:

- criar um repositório nacional de boas práticas e áreas de excelência dos cursos avaliados;
- criar uma rede de colaboração entre as diversas instituições de ensino, para que haja um aperfeiçoamento sistêmico e global dos cursos de medicina participantes do Saeme.

Uma vez que segue as diretrizes da WFME, é esperado, em 2018, que o Saeme seja reconhecido por essa instituição.

O instrumento de avaliação de cursos de graduação de medicina para a acreditação pelo Saeme envolve cinco dimensões: gestão educacional; programa educacional; corpo docente; corpo discente; e ambiente educacional. Cada dimensão tem indicadores julgados com conceito de suficiente e insuficiente, exigindo da instituição avaliada uma ampla discussão com seu corpo social e a apresentação de evidências.

Após o preenchimento do instrumento, ocorre a fase de análise das respostas e das evidências apresentadas, seguida de visita por uma equipe de avaliadores, havendo posterior devolutiva para a instituição, antes da emissão de um parecer final.

Em setembro de 2017, 23 cursos de medicina haviam sido visitados, e 19 receberam a acreditação com recomendações de aprimoramento, por três anos.

A Figura 1 mostra a distribuição dos cursos inscritos para a acreditação; sendo 4 da região Norte; 2 da região Centro-Oeste; 9 da região Sul; 9 da região Sudeste e 7 da região Nordeste. Quanto à esfera administrativa das IES, 12 eram privadas e 19 públicas; sendo 9 federais; 4 públicas estaduais; 1 pública municipal e 5 comunitárias.

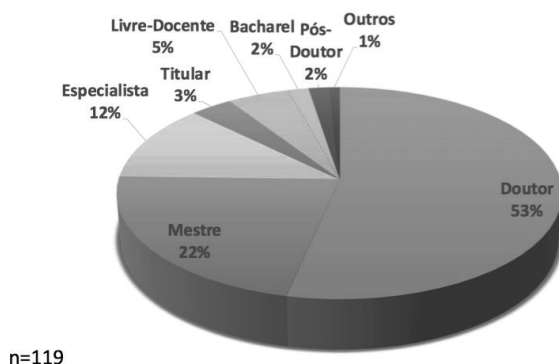
Figura 1. Distribuição regional dos inscritos para a acreditação do Saeme



Fonte: Saeme/CFM-Abem

O Gráfico 2 e a Figura 2 mostram o perfil dos avaliadores e sua distribuição regional.

Gráfico 2. Perfil dos avaliadores do Saeme



Fonte: Saeme/CFM-Abem

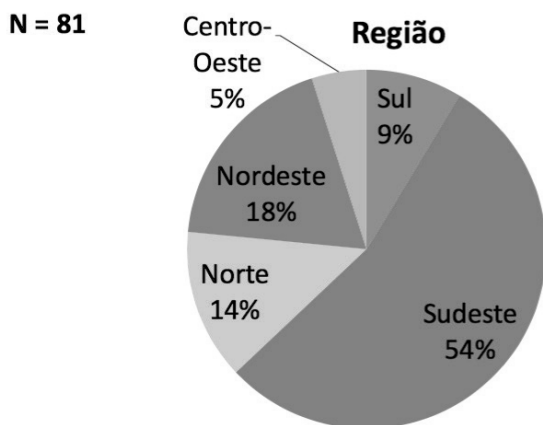
Figura 2. Distribuição regional dos avaliadores do Saeme



Fonte: Saeme/CFM-Abem

O Saeme conta também com avaliadores discentes, cuja representatividade por região é mostrada no Gráfico 3.

Gráfico 3. Perfil dos avaliadores do Saeme



Fonte: Saeme/CFM-Abem

Os valores que norteiam o Saeme são: qualidade, ética, transparência, independência e responsabilidade social.

II

RESIDÊNCIA E CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA

RESIDÊNCIA MÉDICA × ESPECIALIZAÇÕES MÉDICAS

A professora Rosana Melo apresentou o arcabouço legal que rege a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), bem como teceu comentários diferenciando um curso de especialização de um Programa de Residência Médica (PRM).

A palestrante lembrou Hipócrates, o qual afirmava que a “medicina é arte e ciência”, complementando:

A medicina é uma profissão, não um ofício; pois não é regida pelas normas morais ordinárias, tendo sempre um padrão ético em que há normas morais próprias e distintas das dos comuns membros da sociedade, sendo que isto lhe confere a prerrogativa de ter tribunais próprios e, portanto, sancionar as condutas de seus membros.

Foi apresentado um histórico sobre a especialização médica, o papel dos Conselhos Regionais e, principalmente, do CFM, que tem como missão, segundo a Lei nº 3.268, de 30 de setembro 1957¹⁸:

Promover o bem-estar da sociedade, disciplinando o exercício da medicina por meio da sua normatização, fiscalização, orientação, formação, valorização profissional e organização, diretamente ou por intermédio dos Conselhos Regionais de Medicina, bem como assegurar, defender e promover o exercício legal da medicina, as boas práticas da profissão, o respeito e a dignidade da categoria, buscando proteger a sociedade de equívocos da assistência decorrentes da precarização do sistema de saúde.

O chamado “médico generalista” é o médico com formação geral que concluiu curso de graduação em medicina devidamente reconhecido que, de acordo com as DCN específicas, “deve ter desenvolvido habilidades, atitudes e adquirido conhecimentos que o qualificam como médico com formação geral”¹⁹. Tal definição difere daquela correspondente ao médico clínico geral, que é denominação atribuída a especialista na área.

O médico especialista, segundo a legislação brasileira, é aquele que cumpriu PRM credenciado pela CNRM, ou obteve a titulação através de submissão ao processo de concessão de título de especialista da Sociedade de Especialistas na área em foco, vinculada à Associação Médica Brasileira (AMB), que, em conjunto, atribui o título. Para que possa divulgar a especialidade, faz-se necessário o registro do título no Conselho Regional de Medicina em cuja jurisdição o médico atua.

São consideradas especialidades médicas as áreas que preenchem os seguintes critérios:

- complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- possuir conjunto de métodos e técnicas que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes^{20,21}.

Não configuram critérios para reconhecimento de área como especialidade:

- número de médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- processo que seja apenas o meio diagnóstico e/ou terapêutico;
- área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
- disciplina acadêmica correspondente^{20,21}.

A formação médica contempla diretrizes baseadas na necessidade de um determinado perfil de profissionais – aqueles que o mercado procura. Assim, de fato, as DCN foram estabelecidas para formar generalistas, que correspondem ao grande quantitativo de que o SUS precisa.

Essa necessidade difere de país para país. Na Europa, vários países não abrem mais novas escolas médicas; em vez disso, estimulam a criação dos PRM e, desse modo, importam médicos bem formados em outros países.

A Comissão Mista de Especialidades (CME) é o órgão que normatiza as áreas, qualificando-as como especialidades médicas. Essas que configuram especialidades podem oferecer residência médica. A CME é formada pela AMB e pela CNRM.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil²² (LDB) é também um marco legal da residência médica, pois diz, em seu

artigo 43, que “a Educação Superior tem por finalidade formar e qualificar”; e o artigo 44 determina que a abrangência da lei envolve não apenas a educação fundamental e média, mas também a graduação, a pós-graduação e o aperfeiçoamento.

Uma importante reflexão da professora Rosana referiu-se ao fato de que, em nosso país, existe um estímulo à graduação superior de intensidade tal que destoa da real demanda de profissionais universitários. Com isso, muitos bons trabalhadores, que como técnicos poderiam obter salários competitivos, ingressam no ensino superior, frequentemente em cursos sem a qualidade necessária. Enfim, esse estímulo, um tanto exagerado para que o jovem obtenha um diploma universitário, acaba contribuindo com a plethora de profissionais de determinadas profissões, causando desvalorização no mercado de trabalho, taxas de desemprego específico para certas profissões, além de frustração pessoal por conta da expectativa de sucesso fácil e de bons salários.

No Decreto nº 80.281/1977²³, que regula a residência médica, cria a CNRM e dá outras providências, o artigo 1º reza que a residência médica é uma pós-graduação para médicos, com duração mínima de 1.800 horas.

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de *pós-graduação* destinada a *médicos*, sob a forma de *curso de especialização*, caracterizada por *treinamento em serviço*, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional. [grifos nossos]

Assim, a residência médica configura um processo de qualificação profissional e certificação em uma especialidade

reconhecida. A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981²⁴, modificou o artigo 1º, retirando a dedicação exclusiva e estabelecendo a jornada de 60 horas semanais, o direito a férias de 30 dias e ao repouso semanal:

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de *pós-graduação*, destinada a médicos, sob a forma de *curso de especialização*, caracterizada por *treinamento em serviço*, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica *depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica*.

§ 2º É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de *certificação das especialidades* médicas no Brasil. [...]

Art. 5º Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de *60 (sessenta) horas semanais*, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade. [grifos nossos]

A lei também articula o essencial credenciamento pela CNRM e veda o uso do termo “residência médica” para o que

não se configura como tal. As funções da CNRM são: regulação, credenciamento, supervisão e avaliação dos PRM.

A Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007²⁵, regulamenta que os cursos de pós-graduação *latosensu* presenciais (nos quais se incluem os cursos designados como MBA – Master Business Administration), oferecidos por IES credenciadas, independem de autorização do MEC para funcionar, mas apenas nas áreas de conhecimento autorizadas pelo MEC:

§ 4º As instituições especialmente credenciadas para atuar nesse nível educacional poderão ofertar cursos de especialização, única e exclusivamente, *na área do saber e no endereço definidos* no ato de seu credenciamento, atendido ao disposto nesta Resolução.

Art. 5º Os cursos de pós-graduação *latosensu*, em nível de especialização, têm duração mínima de *360 (trezentas e sessenta) horas*, nestas não computado o tempo de estudo individual ou em grupo, sem assistência docente, e o reservado, obrigatoriamente, para elaboração individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso. [grifo nosso]

A Resolução CNE/CES nº 5, de 25 de setembro de 2008²⁶, estabelece normas para o credenciamento especial de instituições não educacionais para oferta de cursos de especialização. Não há uma regulação externa – a própria instituição é que avalia o curso.

Art 3º As instituições proponentes devem atender ao requisito de constituírem-se como *instituições especializadas* ou como ambientes de trabalho claramente caracterizados, em decorrência da *tradição* e da experiência institucional em *área profissional*, da existência de instalações e

de ambiente de trabalho ou da experiência profissional do corpo de profissionais reunidos, entre outras possibilidades. [grifos nossos]

A professora Rosana Melo ressalta que a Resolução CNE/CES nº 1, de 2017²⁷, necessita ser alterada. Uma possibilidade é que dela sejam excluídas as normas referentes aos cursos de saúde, que devem ter uma norma específica, visando o cumprimento das normas legais vigentes e regulamentadas pelos Conselhos Profissionais.

A residência médica forma especialistas, que são tão necessários à assistência à Saúde quanto os generalistas. Não há por que haver conflito na atribuição de importância. Tanto quanto os cursos de graduação em medicina, a especialização médica deve seguir regulamentação específica e criteriosa, por ter como objeto de atuação a saúde da população.

IMPORTÂNCIA DA MATRIZ DE COMPETÊNCIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

O tema “Importância da matriz de competência nos programas de residência médica” foi apresentado pela professora Márcia Sakai, com base em três focos: o conceito de competência; a matriz de competências para PRM; e o modelo de formação por competência em residência médica, já em prática no Brasil e no mundo.

As considerações a respeito do conceito de competência abordaram as vertentes cultural, do trabalho e da educação. Quando se fala de competência, refere-se à qualificação do profissional, o que, no campo do trabalho, alcança uma concepção ampliada de competência, envolvendo aspectos educacionais, desde habilidades pessoais desenvolvidas para obter resultados, até a eficiência na obtenção desses resultados.

A definição mais clássica de competência é de autoria de Perrenoud²⁸, segundo o qual competência é a “capacidade de agir eficazmente perante um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles”. É, portanto, um processo crítico-reflexivo: integração e mobilização de conhecimentos, processos e predisposições.

A professora Márcia introduziu, então, o conceito de matriz de competência, que pode ser compreendido como uma fermenta que ajuda a organizar todas as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para desempenhar bem uma atividade – no caso da residência médica, atividades profissionais inerentes a médicos especialistas.

Para construir uma matriz de competência, tanto de graduação quanto de pós-graduação, é importante considerar:

- mudanças na educação, no campo da saúde e no chamado “mundo do trabalho”;
- perfil do egresso que se pretende formar;
- conceito de competências ligadas ao profissionalismo;
- integração da teoria com a prática, envolvendo a interdisciplinaridade;
- cenários de ensino-aprendizagem de acordo com o melhor local para desenvolver cada competência elencada;
- processo de avaliação adequado, que seja não apenas somativo, mas principalmente formativo, e que garanta a devolutiva dos resultados;
- educação interprofissional, desenvolvendo a capacidade de trabalhar, de forma colaborativa, em equipes multiprofissionais.

Uma novidade, segundo a palestrante, é a Acreditação Internacional de Programas de Residência, que iniciou-se no Canadá e ainda não está consolidada como o sistema de acreditação de cursos, constituindo-se, tão somente, em uma tendência.

A CNRM criou uma matriz que se resume no Quadro 3, de modo simplificado, de acordo com as dimensões da aprendizagem: saber, fazer e ser.

Quadro 3. Matriz de competência da CNRM

Competência	Habilidades			Como o estudante poderá aprender?	Como ele será avaliado?
	Cognitivas	Psicomotoras	Atitudinais		
	SABER (descrever sucintamente)	FAZER (descrever sucintamente)	SER (descrever sucintamente)	Aulas, tutoriais, seminários, práticas, simulação etc.	Resolução de problemas (escrito); demonstração (em um OSCE), cenário da prática (Mini-Cex, 360°)

Fonte: MEC, CNRM

Entre os modelos de formação por competência em residência médica já estabelecidos foram citados: o modelo da CNRM, de 2016 – cuja matriz de competências para PRM já foi elaborada por especialistas nas áreas de cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, anestesiologia, patologia, cirurgia plástica e área de atuação em radiologia intervencionista; o *Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía* (Espanha, 2009) – que envolve 49 especialidades; e o *CanMEDS* (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Canadá), que define as habilidades do especialista, tais como profissional, comunicador, colaborador, líder, com capacidade para atualizar-se continuamente e atuando como defensor da saúde.

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DA PRECEPTORIA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A professora Lia Márcia Cruz da Silveira fez uma apresentação com base na trajetória do curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para Preceptoria e Docência de Residência Médica (RM), ressaltando a pluralidade na autoria do curso. Sua primeira edição aconteceu em 2010 no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ), junto com a professora Denise Herdy e, tendo sido uma experiência exitosa, cresceu e espalhou frutos através do Projeto Preceptoria Abem.

As demandas referentes às necessidades expressas então por residentes e preceptores, que ultrapassavam os aspectos pedagógicos convencionais, geraram iniciativas diversas, como seminários, que abordaram vários temas – legislação da residência médica, mediação de conflitos, avaliação dos médicos residentes, entre outros. Essas atividades deram início à formação de uma “comunidade de práticas”, conceito preconizado pela professora Yvonne Steiner (Universidade McGill, Canadá) para designar a interação com problematização das situações vivenciadas no dia a dia dos docentes/preceptores, com troca de experiências, informações e suporte “inter pares”.

Dessas atividades pontuais, surgiu em 2009 o Fórum Permanente de Residência do Hospital Universitário Pedro Ernesto²⁹ (HUPE-UERJ), agregando cerca de 90 preceptores de todas as áreas da residência médica e das áreas de saúde do hospital.

Os principais fatores motivadores para a participação no fórum, segundo pesquisa das organizadoras, foram a identidade do preceptor e suas funções e a troca de experiências³⁰.

Assim, foi evidenciada a necessidade de discutir o *perfil de competências para o exercício da preceptoria*, e a intensa participação no evento mostrou a importância do sentimento de pertencimento na elaboração coletiva de propostas.

A construção do perfil de competências teve substrato teórico nas ideias de Perrenoud, em sua obra *Dez novas competências para ensinar*²⁸, compatíveis com o processo de aprendizado da residência que se processa no mundo do trabalho, no exercício da prática. Uma dessas principais competências é gerenciar a continuidade da própria formação, indicando ao preceptor a necessidade crítica de reconhecer suas próprias lacunas de saber e as dos seus orientandos, em um mundo de transformação contínua e acelerada do conhecimento.

Buscou-se estabelecer uma correlação entre as DCN⁹ para a formação médica e as competências descritas por Perrenoud²⁸; por exemplo, dominar novas técnicas de comunicação, mediadas pela informática. O paralelo entre DCN e as ideias de Perrenoud gerou um artigo²⁸ que foi publicado na *Revista do HUPE*.

Uma pergunta básica foi feita aos participantes do fórum: em curto, médio e longo prazo, qual a maior necessidade do preceptor? A resposta dos preceptores, para os três prazos, foi uma só: capacitação pedagógica.

A complexidade da formação do preceptor exige a abordagem não só dos elementos técnicos da prática profissional e pedagógica, mas também das subjetividades que compõem sua pessoa, gerando atributos na esfera dos valores e das atitudes. A partir dessa visão integrada, foi gerado um curso que incorporou as experiências prévias, considerando:

- os princípios da andragogia (aprendizado de adultos) desenvolvidos por Knowles³¹;

- o aprendizado na experiência vivencial de Dewey³², por considerá-lo perfeitamente contextualizado com os processos de ensino/aprendizado da residência médica;
- a referência à arte e a várias formas de expressão, com utilização de filmes, recorte e colagem, fotografias, interações a partir de jogos etc., tendo em vista a importância de desenvolver as competências de comunicação, fortemente apoiadas na intersubjetividade;
- os conceitos de grupalidade e vínculo, desenvolvidos por Pichon-Rivière³³, reconhecendo a importância de desenvolver competências para o trabalho em equipe, característico da prática profissional em saúde;
- a opção político-ideológica por uma proposta crítico-reflexiva, com intencionalidade pedagógica, através da metodologia da problematização de Paulo Freire³⁴, trabalhando a realidade com vistas à autonomia dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem e incentivando seu protagonismo nas intervenções transformadoras da realidade.

O modelo desse curso e as experiências prévias foram apresentados no Congresso Brasileiro de Educação Médica, em 2010, o que gerou grande interesse na sua ampliação, considerando as necessidades nacionais de formação de preceptores. A partir de então, com o patrocínio da Abem, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a participação do Foundation for Advancement of Medical Education and Research (Programa Faimer Brasil), e com a incorporação de um grupo de arte-educadores do Projeto Roda Gigante, o curso de 120 horas foi transformado em dois outros cursos: um de preceptores (de 180 horas) e um de tutores (de 240 horas); sendo este último responsável pela formação de agentes multiplicadores capazes de replicar os cursos em nível nacional.

Os cursos sempre dialogaram com as políticas públicas de saúde, tais como Pro-Residência, Telessaúde e Programa Mais Médicos, as quais eram reforçadas através da qualificação de preceptores e, conseqüentemente, dos programas e dos serviços. Considerando as novas formas de comunicação e competências específicas a serem desenvolvidas nos diferentes ambientes de aprendizagem, o desenho dos cursos foi híbrido, com parte presencial e parte em educação a distância.

Ambos os cursos (para tutores e para preceptores) foram testados e validados por um grupo de 40 pessoas; parte delas indicadas pela parceria com instituições federais de ensino, que assumiram o compromisso de acolher 12 centros regionais formadores e prover certificação aos cursistas. Esse grupo foi multiplicado, e 80 tutores passaram a compor o núcleo docente estruturante do projeto.

Com essa equipe, alcançou-se, em 2012, 12 centros colaboradores e o quantitativo de 304 preceptores formados, ampliando, em 2015, esse número para 19 centros colaboradores, atingindo o total de 700 preceptores. Em setembro de 2017 havia cerca de mil preceptores formados, e o curso gerou novos centros de referência para a replicação. O projeto envolve uma carreira docente, na qual as pessoas começam como alunos, passam a ser tutores e tornam-se orientadores de aprendizagem e supervisores.

Como produtos do curso, que são indicados segundo o modelo de avaliação de Kirkpatrick³⁵, além dos inúmeros projetos de intervenção pedagógica desenvolvidos nos programas de residência médica e nos cursos de graduação, foi publicado, sob o formato de *Cadernos da Abem*, um volume com artigos dos próprios preceptores. A sistematização do curso, sob a forma de *Caderno de Ensino*, também foi produzida e distribuída aos tutores com objetivo de preservar o alinhamento e o rigor teórico. Houve também, como consequência do curso, outras iniciativas em várias instituições de ensino, como a criação de Núcleos de

Apoio Pedagógico, projetos de desenvolvimento docente e de revisão curricular. O terreno é fértil, já que os preceptores estão ávidos por desenvolvimento docente.

Desde 2015, ao final das fases apoiadas por recursos do Ministério da Saúde via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através da parceria com a Abem, diversas instituições, algumas representando centros colaboradores do projeto, como Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal do Tocantins (UFT) e outras incentivadas pelos resultados, como a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), a Faculdade Severino Sombra (Vassouras), a Faculdade de Medicina de Catanduva e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a partir de parceria com a EBSERH, buscaram caminhos para ofertas desse curso aos seus preceptores e docentes.

O preceptor deve ser reconhecido como um educador indutor de mudanças e, por isso, deve ser valorizado. A experiência apresentada mostra claramente que é preciso se formar para ser preceptor. E esse relato aproveita, como conclusão, a citação de Paulo Freire utilizada pela professora Lia ao final de sua apresentação: *“ninguém se transforma em preceptor numa certa terça-feira às quatro horas da tarde... Ninguém nasce professor ou marcado para ser professor. A gente se forma como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática”*.

AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Esse tema foi abordado por Adnan Nesar, presidente da Comissão Estadual de Residência Médica de São Paulo (Cerem-SP), que iniciou sua palestra lembrando que a legislação da residência médica foi uma conquista da Associação Nacional de Médicos Residentes, há cerca de 40 anos.

Através do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977³⁶, foi criada a CNRM, que regulamentava a concessão de certificado aos médicos que completassem a carga horária anual estabelecida (1.800 horas), com aproveitamento suficiente. Assim, a avaliação do médico residente estava prevista já naquele momento.

A Resolução CNRM nº 4, de 1978³⁷, estabeleceu os requisitos mínimos e a sistematização para o credenciamento de PRM, e criou as Comissões de Residência Médica (Coreme). As funções das Coreme envolvem:

- avaliar o rendimento dos médicos residentes;
- avaliar os PRM;
- estabelecer formas de avaliação dos conhecimentos e habilidades adquiridas.

A mesma resolução³⁷ referiu-se à supervisão do residente, que deve ser realizada por:

médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico

em regime de tempo parcial para 03 (três) médicos residentes.

Já a Resolução nº 1, de 1981³⁸, determinou quais seriam as especialidades médicas credenciáveis nos PRM, enquanto a Resolução nº 4, de 1983³⁹, definiu que os PRM seriam desenvolvidos com a atribuição de 80% a 90% de sua carga horária ocupada por treinamento em serviço, sob supervisão de médicos com a qualificação mínima estabelecida previamente pela Resolução nº 4, de 1978³⁷.

Apesar das normas estabelecidas, alguns PRM não realizavam avaliação de residentes de forma sistemática, até 2006, quando surgiu a Resolução CNRM nº 2⁴⁰, definindo o tempo de duração de diferentes programas com pré-requisitos e apresentando normas específicas para a avaliação do médico residente, ficando determinado que a periodicidade da avaliação do médico residente deve ser trimestral.

O artigo 13 dessa resolução⁴⁰ determina que na avaliação periódica do médico residente sejam utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, e foi definido que o residente deverá tomar conhecimento de todas as etapas de avaliação. O artigo 14 da mesma resolução⁴⁰ trata das bases para promoção do médico residente ao ano seguinte, quais sejam: cumprimento integral da carga horária; e aprovação nas avaliações anuais (a média deve ser uma nota mínima definida no regimento de cada Coreme). Não ocorrendo o cumprimento do disposto nesse artigo, a consequência é o desligamento do médico residente do PRM. Para que possa anunciar-se como especialista, o certificado de conclusão de programa de residência deve ser registrado no Conselho Regional de Medicina.

Essa Resolução nº 2/2006 também estabeleceu que os PRM teriam de 10% a 20% de sua carga horária para atividades

teórico-complementares, as quais são definidas como: “sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários”⁴⁰. Obriga também a inclusão de temas de bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística, além de recomendar a participação do médico residente em atividades de controle de infecções hospitalares (artigo 9º)⁴⁰.

Na apresentação, Adnan Naser relatou que preceptores e residentes, em geral, *“consideram a avaliação como ação burocrática e dificilmente se dispõem a cumprir o que encaram como tarefa desagradável”*.

Desde os primórdios da residência médica, seu treinamento consistiu em sequência de estágios rotatórios, com duração variada. Cada estágio apresenta um conjunto de oportunidades específicas de treinamento supervisionado, em um espaço definido. Depende muito da postura e do esforço do médico residente para que este aproveite completamente essa oportunidade de aprendizagem e treinamento, adquirindo as competências que caracterizam uma formação de qualidade. Ocorre que muitos preceptores acreditam que a execução das tarefas durante o estágio são suficientes para que o médico residente venha a desenvolver competências. Após o primeiro ano, automaticamente o médico residente 1 (MR1) se torna médico residente 2 (MR2). A evolução positiva do desempenho e da responsabilidade demonstrados pelo médico residente durante o período de sua especialização é percebida claramente; e isso, somado ao fato de que há uma ideia de que, ao realizar avaliações, ocorrem constrangimentos e competição inevitáveis entre os avaliados, dificulta a prática regular das avaliações do médico residente.

Mas a avaliação formativa e a avaliação somativa facilitam o desenvolvimento das competências de especialista e devem

ser percebidas como parte integrante de cada estágio. O ideal seria que o preceptor avaliasse a bagagem que o residente traz, bem como as lacunas deixadas por sua formação, a fim de definir objetivos específicos para aquele médico residente no estágio em que o recebe. Progressivamente, necessidades de redefinição desses objetivos podem ocorrer, a depender do desempenho demonstrado.

Um *feedback* estruturado, objetivo e construtivo auxilia o médico residente a definir prioridades, tanto para o período de estágio em foco quanto para os próximos e para a sua carreira profissional.

A cultura de avaliação precisa ser consolidada; e a prática do *feedback* deve estar presente em todas as formas de avaliação a fim de garantir seu caráter formativo. Sem *feedback* qualquer avaliação caracteriza-se como somativa. Para um *feedback* adequado, o preceptor deve:

- reservar tempo e local adequados;
- enfatizar os aspectos positivos: começar identificando o que o residente já fez de bom e realçando as competências já atingidas;
- ser construtivo;
- ser claro sobre o que é esperado do médico residente;
- cientificar o residente sobre a importância da avaliação formativa.

A avaliação de atitudes

As atitudes esperadas de um médico residente devem ser pré-estabelecidas pelo programa, bem como os conhecimentos e habilidades que deverão desenvolver, contemplando, assim, as competências necessárias ao especialista naquela área-foco.

Como atitudes, consideram-se: interesse; pontualidade; relação médico-paciente; relacionamento com preceptores, colegas e profissionais de saúde da equipe de atuação no espaço de prática; resiliência; proatividade; habilidades de comunicação; entre outras.

Tipos de avaliação

Prova escrita, prova oral, elaboração de trabalho científico e trabalho de conclusão de curso são formas tradicionais de atribuir nota ao médico residente. Métodos de avaliação mais apropriados passaram a ser utilizados:

- Exercício Clínico Avaliativo (*Clinical Evaluation Exercise*) (CEX)⁴¹

Metodologia aplicada pelo American Board of Internal Medicine desde 1972. Consiste em observar de forma completa o desempenho do médico residente durante todo um atendimento, incluindo história clínica, exame físico, diagnóstico e terapêutica clínica ou cirúrgica. Se utilizado, não deve ser a única prova prática.

- *Mini-Clinical Examination*⁴² (Mini-CEX)

Nessa avaliação ocorre a observação de um atendimento (consulta, internação ou procedimento) feito pelo residente, com paciente real. São avaliadas a coleta da história, a realização do exame físico, a formulação das condutas diagnóstica e terapêutica, e a orientação ao paciente. Tais observações não devem ser longas, sendo recomendado que tenham de 15 a 20 minutos. O *feedback* deve ocorrer imediatamente após, a fim de garantir confiabilidade. Avaliações variadas devem ser realizadas.

- *Objective Structured Clinical Examination*^{43,44} (Osce)

Realizado em ambiente protegido (simulação), o Osce avalia o desempenho do médico residente em habilidades clínicas,

como realização de exame físico, execução de procedimento, habilidades de comunicação, prescrição, avaliação e interpretação de exames de imagem. Múltiplas estações são montadas, em cenários diferentes, apresentando situações simuladas.

- *Clinical Skills Assessment*⁴⁵ (CSA)

Cada aluno deve completar a sequência de várias estações, com diferentes casos clínicos. Em cada estação, um paciente simulado representa situação clínica comum. Identificação do cenário (ambulatório, sala de emergência, enfermaria) e informações essenciais são fornecidas, sendo explicitadas instruções, além de ser esclarecido o que é esperado do residente avaliado e o tempo previsto para execução da tarefa. Os médicos residentes devem colher a história, realizar o exame físico e comunicar as conclusões ao paciente.

Dedicação exclusiva do médico residente

Durante o debate que se seguiu às apresentações, surgiu a discussão acerca da dedicação exclusiva do médico durante a residência médica. Existe a proposta de atribuir uma bolsa condizente com a carga horária de 60 horas semanais, com dedicação exclusiva, a fim de que os residentes possam comprometer-se exclusivamente com o desenvolvimento de suas competências de especialistas, sem que a sua inserção paralela no mercado de trabalho exerça impacto em sua disponibilidade e em seu interesse.

III

REVALIDA E OUTRAS REVALIDAÇÕES

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS OBTIDOS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRAS – REVALIDA: BREVE HISTÓRICO E SÍNTESE DO PROCESSO

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (Revalida) foi o foco de duas apresentações no VIII Fórum de Ensino Médico do CFM. Na primeira delas, o professor Henry Campos, coordenador da subcomissão do Ministério da Educação (MEC) responsável pela construção do processo de revalidação de diplomas obtidos no exterior em nosso país, o Revalida, apresentou a organização dessa avaliação até o ano de 2015. O professor Gerson Alves, integrante da subcomissão do Revalida, complementou a abordagem acerca do exame, trazendo também novos dados.

Histórico

A necessidade de qualificar o processo de revalidação de diplomas tornou-se mais evidente diante do contexto da globalização, dos mercados regionais (como o Mercosul), impulsionados por acordos e convenções internacionais, além da presença de um número expressivo de brasileiros cursando medicina no exterior.

Em 2007, quando se iniciou a movimentação para padronizar a forma de revalidar diplomas médicos no país, os procedimentos tinham como base a Resolução conjunta dos Conselhos Nacionais de Educação e de Saúde nº 1, de 28 de janeiro de 2002⁴⁶, a qual estabelece a competência de universidades públicas que ministram curso de graduação reconhecido na mesma área de conhecimento ou em área afim para fins de revalidação.

Existia (e ainda existe) grande disparidade entre os procedimentos nas diferentes universidades que atuavam em processos de revalidação de diplomas quanto a acesso, critérios, ofertas de complementação e oportunidades para revalidação. Na maior parte dos casos, apenas havia análise documental e, às vezes, era avaliado algum conhecimento em áreas específicas. Nessas universidades, não havia avaliação de habilidades e competências.

Além da falta de padronização de procedimentos, outros fatores foram importantes na definição de um processo claro, qualificado e eficiente para dar conta de uma demanda reprimida de revalidações de graduados no exterior, cujo quantitativo em nosso país era estimado, já que o número real não estava disponível. O surgimento de escritórios de advocacia “especializados” na “facilitação” ou “agilização” dos processos de revalidação no Brasil demonstrava a dimensão da demanda.

Outro problema (que ainda persiste) é a falta de condições das escolas públicas para oferecer as complementações indicadas. Assim, surgiu outro nicho de mercado, que fora assumido por escolas privadas, as quais, através de “convênios”, recebem os candidatos à revalidação, mediante pagamento, sem que tal ação seja objeto de qualquer acompanhamento de sua real execução, ou controle da qualidade ou do preço cobrado por esses serviços.

Diante de tantas inconformidades, são frequentes os processos de revalidação de diplomas que constituem objeto de processos judiciais. Nesse contexto, a partir de uma articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, foi criado o Revalida, tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, contemplando a política de educação para o sistema brasileiro de saúde e a consolidação do SUS.

As bases do Revalida foram estabelecidas em sucessivas reuniões, com participação do CFM, da AMB, da Abem, da

Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), da Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais (Abruem), do CNE e do CNS, além de diversas universidades públicas.

Mesmo com o envolvimento de tantas entidades, houve, inicialmente, dificuldades de entendimento por parte dos movimentos sociais e mesmo do movimento médico para compreender a importância do Revalida para a população.

A construção das avaliações do Revalida

Uma vez estabelecida, em 2009, a Subcomissão de Revalidação de Diplomas definiu as bases de formulação do projeto-piloto do Revalida, instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 865, de 15 de setembro de 2009⁴⁷, e realizado em 2010, prevendo a adesão voluntária de universidades públicas, a elaboração de um cronograma de trabalho comum, a adoção como estratégia da realização de uma prova de conhecimentos e uma prova prática de habilidades, e a garantia de acompanhamento do processo pelo CFM.

Foi então construída uma matriz de correspondência curricular para guiar o processo de avaliação de competência dos médicos avaliados, considerando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação²⁰ e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina de 2001⁴⁸. Essas leis representaram um marco, um novo paradigma na educação médica, pois passaram a determinar:

a reorientação de todos os processos que definam a aptidão ao exercício profissional, enfatizando a importância da avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes, de onde decorre a necessidade de torná-la [a avaliação] elemento central no processo de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior.⁴⁶

O conceito de “matriz” (em inglês, chamada de *blueprint*) envolve a adoção dos objetivos instrucionais e dos objetivos de aprendizagem como as bases para a determinação do conjunto de competências que definirão o perfil do profissional que se pretende obter.

A matriz de correspondência curricular considerada no Revalida foi construída por 16 universidades federais, que especificaram conteúdos, definiram competências, especificaram habilidades e determinaram os níveis de desempenho esperado. Essa matriz é reconhecida por especialistas em educação médica como o documento que melhor define as competências de um médico para o Brasil.

A categorização de objetivos instrucionais seguiu o modelo de domínio cognitivo de Bloom et al.⁴⁹ (Figura 3), e para determinar os objetivos da avaliação foi considerado o modelo Smart, o qual orienta que tais objetivos devam ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e focados (*specific, measurable, achievable, relevant and targeted*)⁵⁰.

Figura 3. Categorização de objetivos instrucionais de acordo com a pirâmide de Bloom



Fonte: Miller⁴⁵

A condução do processo tem sido responsabilidade da Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Daes/Inep), subsidiada pela Subcomissão de Especialistas, criada para assessorar, construir e coordenar a execução do exame.

A subcomissão do Inep é composta por médicos professores universitários com experiência na construção e na aplicação de avaliações teóricas e práticas nas cinco grandes áreas da medicina: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia, e medicina de família e comunidade/saúde coletiva. Nessas áreas inserem-se, também, questões envolvendo urgência, emergência, medicina intensiva e saúde mental.

É função da subcomissão encomendar questões teóricas (testes de múltipla escolha e discursivos) para os professores universitários cadastrados no Banco Nacional de Itens (BNI) e elaborar/montar as estações simuladas da prova prática. Para isso, deve escolher os temas que são relevantes e devem integrar as competências de todo médico recém-formado que venha a atuar no Brasil.

Características do exame

As provas aplicadas no Revalida – objetiva e prática – seguem cinco etapas para sua construção:

- publicação de edital para seleção de elaboradores e revisores de itens do BNI (Inep);
- capacitação on-line dos professores selecionados;
- definição das encomendas pela comissão;
- finalização da elaboração das provas objetiva e prática;
- preparação e execução das provas objetiva e prática.

A formulação de questões para integrar o BNI, com base na matriz de habilidades e competências, é tarefa de docentes, que atuam como elaboradores ou como revisores, a cada ano. Os docentes que respondem ao edital são selecionados, de acordo com critérios estabelecidos, para elaborar/revisar questões em sua área de atuação – dentre as cinco grandes áreas da formação profissional médica. O BNI envolve mais de duzentos docentes de universidades brasileiras.

Esses docentes participam de uma capacitação a distância antes de receberem as informações sobre as questões que deverão elaborar/revisar. A capacitação on-line dos professores selecionados é composta por quatro módulos:

- módulo 1 – Introdução ao curso;
- módulo 2 – Construindo itens de múltipla escolha;
- módulo 3 – Construindo itens discursivos;
- módulo 4 – Garantindo a qualidade dos itens.

O processo de elaboração das provas envolve também a definição de uma linha de corte do exame – estabelecida por especialistas em ensino médico, através da aplicação do método Angoff modificado –, que é publicada no edital de inscrição para o exame.

A aplicação de duas etapas exige uma preparação detalhada para garantir a organização, a lisura e a segurança do exame. A primeira prova é escrita, com questões objetivas e discursivas, e a segunda prova consiste na avaliação de habilidades práticas. A logística de aplicação de ambas as provas é complexa e tem sido aprimorada continuamente, a partir da experiência que vai sendo consolidada. Essa aplicação tem sido anual, desde 2011, tendo ocorrido a ampliação da procura pelo exame desde então.

Diretrizes para elaboração da prova escrita

A prova escrita é realizada em duas sessões, uma com cinco horas de duração e outra com três horas, contendo 110 questões contextualizadas. As questões seguem o quanto é solicitado em “encomendas”, as quais contêm especificamente o conteúdo abordado, a habilidade e a competência a serem avaliadas. São informados, também, o cenário e o grau de dificuldade estimado para responder à questão (Quadro 4).

Definidos os itens a compor a prova, esses são submetidos a uma Comissão de Assessoramento Técnico (CAT), que atua no apoio ao Inep, para a revisão transversal das provas, com o objetivo de garantir a qualidade do item nos demais aspectos alheios ao seu conteúdo específico. O item poderá ser descartado, aproveitado com alterações ou aproveitado sem alterações. A revisão final é feita pela equipe técnica do BNI-Revalida, que poderá indicar o descarte do item ou sua aprovação e homologação.

Esse tipo de exame é qualificado como de natureza *high stake*, por envolver critérios como contemplar mais de um tipo de questão (múltipla escolha e descritiva) e conter um número de questões que represente amplitude e diversidade consideráveis do conhecimento e de habilidades requeridas. A validade e a confiabilidade são também critérios considerados.

Quadro 4. Exemplo de “encomenda” de questão para prova escrita

Conteúdo/ Habilidade/ Competência	Nível de Desempenho/ Aptidão a ser avaliada	Cenário	Grau de Dificuldade
Reação pós-vacinal no lactente	Conhecimento/ Interpretação/ Aconselhamento	Atenção primária Unidade Básica de Saúde	Baixo
Sangramento vaginal por abortamento em curso, em secundípara, 37 anos	Diagnóstico/ Tomada de Decisão/ Encaminhamento	Pronto-socorro	Médio
Endocardite infecciosa	Conhecimento/ Diagnóstico Tomada de Decisão Tratamento	Hospital terciário	Alto

Diretrizes para avaliação das habilidades clínicas

A prova prática segue, também, diretrizes para sua elaboração, conforme pode ser visto no Quadro 5.

Quadro 5. Matriz de avaliação de habilidades clínicas do Revalida

Matriz	Descritor
Colher e interpretar dados	Colher dados para julgamento clínico, realizar exame físico, escolher exames e interpretá-los.
Cuidado	Reconhecimento e manuseio clínico de patologias prevalentes na atenção primária. Conhecimento estruturado e flexibilidade para tomada de decisões.
Comorbidade e promoção da saúde	Demonstrar habilidade em lidar com queixas múltiplas e comorbidades e de formular estratégias de promoção da saúde.
Atenção centrada no paciente	Comunicação apropriada para compreensão do quadro clínico do paciente e estratégias de compartilhamento para a solução ou encaminhamento de seus problemas.
Atitude profissional	Prática ética com respeito à igualdade e diversidade e alinhamento com o código de conduta profissional.
Habilidades técnicas	Demonstrar proficiência na realização de exame físico e na utilização de instrumentos diagnósticos e terapêuticos.

Fonte: Matriz Curricular do Revalida⁵¹

Uma vez determinados os temas e as situações a serem abordados, é então estabelecido um padrão de respostas esperadas, utilizando o método de Angoff modificado. Esse padrão é definido por um painel de educadores médicos com expertise em avaliação, que durante dois dias de trabalho (16 horas) realizam a revisão de itens. Para cada estação há um *checklist* a ser observado e assinalado pelo avaliador. Todas as provas práticas são filmadas, permitindo a resposta a recurso, caso o candidato discorde da avaliação realizada. São avaliadas habilidades clínicas relevantes envolvendo as cinco áreas básicas da medicina.

A realização da segunda etapa do Revalida envolve a participação de atores (como pacientes simulados), avaliadores e pessoal de apoio, trabalhando desde a preparação de toda a logística, na montagem das estações, na elaboração e no treinamento dos pacientes padronizados, até o acolhimento aos candidatos e aos docentes avaliadores.

Durante a aplicação da prova, o participante percorre um conjunto de dez estações e realiza tarefas que podem incluir: investigação de história clínica, interpretação de exames complementares, formulação de hipóteses diagnósticas, demonstração de procedimentos médicos, aconselhamento a pacientes ou familiares etc. As dez estações são montadas em espaços individuais, com um avaliador em cada uma delas. Essa etapa do exame é realizada em 2 dias, com dois turnos a cada dia.

Cada estação representa a simulação de cenas do cotidiano da prática médica, em geral no ambiente de um consultório básico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com mesa, duas cadeiras, maca, computador. Composto a cena, há o médico, candidato à revalidação; o paciente simulado; e o item – papel com as instruções, orientando o que é esperado do candidato. Não deve haver comunicação do candidato com o examinador, devendo o candidato ater-se, exclusivamente, ao que está orientado no item.

Como elementos presentes, mas externos à cena, há o examinador/avaliador, que não deve ter qualquer comunicação com o candidato ou com o ator durante a prova; e o *videomaker*, que deve focar a imagem sempre no candidato. O posicionamento do *videomaker* na sala é determinante para a qualidade da filmagem e fundamental nos casos de recurso.

Os recursos necessários, para montar as estações, incluem:

- recursos humanos (coordenadores, supervisores, avaliadores, pessoal de apoio de várias categorias, atores);
- materiais (manequins, fichas de atendimento, materiais descartáveis, instrumentos, equipamentos etc.);
- mapa da sala para orientar a arrumação da estação, mostrando disposição dos móveis e das pessoas (mesa, cadeiras, ator/atriz, avaliador, cinegrafista, mesas auxiliares etc.);
- infraestrutura de rede (elétrica, hidráulica, cabeamento de computadores etc.), existência de pia;
- impressos (fichas de atendimento, *checklist* etc.);
- sinalização das salas e direcionamento aos módulos.

A cada manhã, nos dois dias de exame, os examinadores e os pacientes simulados selecionados para as estações de cada área recebem um *script* contendo o desempenho que é esperado do candidato em cada estação e assistem a um vídeo explicativo sobre a estação em que irão trabalhar. Dessa forma, podem compreender como devem ser suas atuações e o que se espera do candidato, sendo possível perguntar e definir situações inesperadas. Um professor especialista de cada área, denominado “multiplicador”, está presente nesse momento para ajudar nos esclarecimentos e na interlocução com a coordenação.

A dinâmica do exame é estabelecida para que cada candidato seja avaliado em cinco estações em cada um dos dois dias do exame. Cada estação tem duração de 10 minutos, de modo que cada candidato faça um circuito que lhe permita percorrer as estações de cada módulo, sendo acompanhado por fiscais e obedecendo a comandos (campainha/apitos) da coordenação. A sincronicidade na entrada nas salas, no início da estação e ao seu final é rigorosamente observada. Há também a preocupação com o sigilo de todos os participantes e com o confinamento de candidatos antes e depois das estações, para garantir a integridade do exame. Atenção diferenciada é atribuída a gestantes e lactantes, bem como há o exame dos sabatistas, que apenas realizam seus exames após o pôr do sol.

Sobre a avaliação realizada nas estações, o professor Henry resume:

A avaliação integrada de habilidades verifica a capacidade de reunir informação e aplicar o conhecimento adquirido sobre o processo saúde-doença e o cuidado centrado no paciente e, em um contexto padronizado, a capacidade de tomar decisões baseadas em evidências e de comunicar-se adequadamente.

O Revalida representa um novo paradigma, passando a revalidação de diplomas obtidos no exterior da prática cartorial tradicional para a psicometria. No entanto, ainda há escolas que fazem revalidação da forma anterior, pois o Revalida, apesar de amplamente aprovado, não é a única forma legal de revalidar diplomas no país, o que traz enormes distorções.

A evolução do quantitativo de participantes e aprovados

Os números de candidatos inscritos no Revalida mostram a sua evolução de sucesso: em 2011, houve 677 inscritos, passando

para mais de 6.000 candidatos em 2016. Em 2015, a maioria de candidatos tinha nacionalidade brasileira, seguida de boliviana, colombiana e cubana. Havia candidatos com diplomas oriundos de 45 países, sendo mais de 20% formados na Bolívia e no Brasil. Em segundo lugar estão os diplomas obtidos em Cuba, seguidos de Argentina e Colômbia. Entre os portadores de diplomas obtidos na Bolívia, 54% foram aprovados (todos brasileiros); enquanto entre os portadores de diplomas cubanos, 22% lograram aprovação. Nesse mesmo ano, um total de 921 brasileiros com diplomas obtidos no exterior foram aprovados, sendo 499 obtidos na Bolívia, 208 em Cuba, 71 na Argentina, 70 no Paraguai, entre outros.

Dos 1.683 candidatos a revalidação aprovados em 2015, 1.204 submeteram-se ao Revalida pela primeira vez, 274 pela segunda vez, 126 pela terceira vez, enquanto 67 prestaram o exame pela quarta vez, 11 pela quinta vez, e um pela sexta vez.

Pergunta-se, atualmente, qual a razão pela qual há mais pessoas sendo aprovadas no Revalida. Ocorre que gestores de escolas da América Latina passaram a contemplar a matriz do Revalida em seu currículo, qualificando seus alunos, de alguma forma. Além disso, surgiram os chamados “cursinhos” preparatórios, que treinam, inclusive, para a prova de habilidades práticas.

Em 2015, a prova do Revalida foi aplicada em cinco cidades e, em 2016, em sete (Brasília, Curitiba, Fortaleza, Florianópolis, Porto Alegre, São Luís e São Paulo), sendo que em Brasília houve três locais diferentes, e em Porto Alegre houve dois locais de aplicação.

A série histórica mostra que o Revalida vem ampliando o número de inscritos, de participantes e de aprovados na primeira etapa. Em 2016, o número de inscritos atingiu 6.541 candidatos. Verifica-se também o aumento expressivo do número de

aprovados na primeira etapa, chegando a um aumento de 2.304% quando comparados ao número de aprovados em 2011 (Tabela 4). Com relação à segunda etapa, observa-se também um grande aumento do número de aprovados, correspondendo a 2.255% se comparado ao número de aprovados em 2011 (Tabela 5). Contudo, o maior número de aprovados nas duas etapas ocorreu em 2015, com 1.683 candidatos aprovados, correspondendo a 42,1% do total de participantes, seguido do ano de 2014 (32,6%), enquanto em 2016, quando houve um aumento significativo da quantidade de participantes, houve 24,8% de aprovados (Tabela 6).

Tabela 4. Evolução do número de participantes e aprovados na primeira fase do Revalida (2011-2016)

Edição	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Participantes	536	782	1.595	1.999	3.993	6.162
Aprovados	96	98	155	543	2.009	2.308
Número de aprovados na primeira etapa	17,9%	12,5%	9,7%	42,2%	50,3%	37,5%

Tabela 5. Evolução do número de participantes e aprovados na segunda fase do Revalida (2011-2016)

Edição	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Participantes	96	98	155	843	2.009	2.308
Aprovados	65	77	109	652	1.683	1.531
Número de aprovados na segunda etapa	67,7%	78,6%	70,3%	77,3%	83,8%	66,3%

Tabela 6. Evolução do número de participantes e aprovados no Revalida – ambas as fases (2011-2016)

Edição	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Participantes	536	782	1.595	1.999	3.993	6.162
Aprovados nas duas etapas – nº (%)	65 (12,1)	77 (9,8)	109 (6,8)	652 (32,6)	1.683 (42,1)	1.531 (24,8)

O Revalida no contexto de 2017

Foi ressaltada a característica de exame em grande escala que passou a caracterizar o Revalida a partir de 2014, pois até então este era um exame “quase artesanal”. A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013⁵², determinou que, através de processo progressivo, todos os estudantes de medicina deveriam ser avaliados ao final do 2º, 4º e 6º anos, sendo que, neste último, deveria haver também uma avaliação prática. Estava previsto que um novo modelo avaliativo deveria ser analisado para possibilitar a aplicação de provas de habilidades e atitudes da prática médica, no modelo Revalida, já que a previsão era de haver 20 mil concluintes em 2020.

Faz-se então necessário analisar as vantagens e desvantagens da avaliação prática. Entre as primeiras, estão aspectos importantes: a seleção do tipo de habilidade a ser avaliada, do nível de complexidade exigido e da circunstância da avaliação conferem validade ao exame, enquanto a atuação do avaliador e do paciente simulado é objetiva e uniforme, conferindo fidedignidade ao exame. Como desvantagens, são citados os seguintes pontos: o tempo gasto na elaboração e na execução do exame, o grande esforço operacional e os custos do processo.

Foram apresentados exemplos de como é realizada a análise psicométrica do exame, abordando os índices de facilidade e de discriminação de cada item, e também foram trazidas reflexões acerca da variação comparativa quantitativa das aprovações no decorrer dos anos em que o exame fora aplicado.

É importante ressaltar que o Revalida tem trazido avanços para a educação médica em nosso país em vários aspectos, como a capacitação docente para a elaboração de melhores avaliações e o estímulo à avaliação sistemática de resultados, levando à maior procura por cursos de especialização e profissionalização

docente em educação em medicina e saúde. Dessa forma, o exame impacta na melhoria dos projetos pedagógicos dos cursos e na qualificação da infraestrutura das escolas. O Revalida tem influenciado, também, a elaboração de políticas públicas, como as novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina.

Nesse sentido, o Revalida precisa ser reconhecido como a única forma de revalidar diplomas médicos obtidos no exterior, a fim de garantir a padronização do processo e a responsabilidade no registro desses diplomas e na possibilidade de inserir seus portadores no mercado de trabalho nacional.

Entretanto, como foi visto, um número considerável de candidatos que tentam aprovação no Revalida não têm êxito. Cabe, então, verificar o que ocorre com esses candidatos portadores de diplomas não revalidados. Serão submetidos a processos de revalidação por escolas, no formato antigo? Estão atuando no país de forma ilegal? Tal fiscalização é motivo de preocupação dos Conselhos de Medicina.

EXPERIÊNCIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ACRE

Virgílio Prado, presidente do Conselho Regional de Medicina do Acre (CRM-AC), contextualizou a situação ocorrida em seu estado para, em seguida, discorrer sobre o processo de revalidação de diplomas obtidos no exterior que tem ocorrido em seu estado.

Iniciou sua apresentação informando que a forma de revalidação de diplomas que ocorre no Acre tem respaldo legal, sendo prevista em dispositivos normativos, citando:

1. a Constituição Federal em seu artigo 207⁵³, que trata da autonomia universitária;

2. a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996²²;

3. a Resolução do Conselho Nacional de Educação e do Conselho Nacional de Saúde nº 1/2002⁴⁶ que, em seu artigo 7º, § 3º, estabelece que os estudos complementares aos quais se refere a LDB devem ser realizados “na própria universidade ou em outra instituição que ministre curso correspondente”;

4. o Termo de Ajustamento de Conduta nº 1/2014⁵⁴, entre a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e o Ministério Público Federal (MPF), que considera, entre outros itens, que:

a postura da UFMT no sentido [de] impedir que os estudos complementares sejam realizados em outras universidades, reconhecendo somente aqueles realizados na própria instituição, nada obstante ofereça pouquíssimas oportunidades de complementação, impede o acesso ao mercado de trabalho de grande contingente

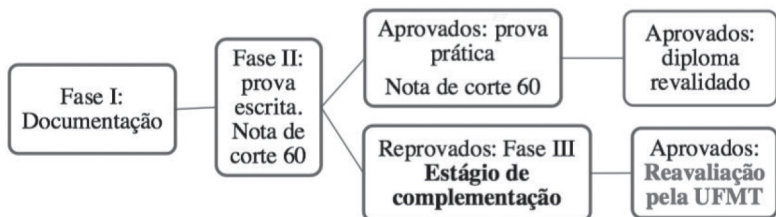
de interessados em afronta aos atos normativos regentes, com cerceamento indevido de direitos constitucionais;

E determina, em sua cláusula segunda, que a UFMT se comprometa “a consignar nos futuros editais destinados ao Processo de Revalidação de Graduados no Exterior a seguinte redação”⁵⁴:

os candidatos que não obtiverem, na II Etapa das Provas de Revalidação de Diploma, nota suficiente para a equivalência curricular e não obtiverem êxito na classificação dentro do número de vagas disponibilizadas pela UFMT para o Estágio Regulamentar de Revalidação de Diploma (Etapa III – Opcional) poderão, por responsabilidade própria, realizar estudos complementares em qualquer instituição que ministre curso correspondente reconhecido pelo MEC, submetendo-se posteriormente a novo processo de revalidação de diploma estrangeiro.

A seguir, apresenta-se a sequência de fases que constituem o processo em foco, conforme pode ser visto na Figura 4.

Figura 4. Fases do processo de revalidação de diplomas pela Universidade Federal de Mato Grosso



Os candidatos reprovados nas fases II ou III realizam um estágio complementar, que constitui a fase III. Ao final desse estágio de complementação, a UFMT encarrega-se de reavaliá-los.

O estágio de complementação é realizado em hospitais conveniados, através de faculdades privadas, que acolhem quase que a totalidade dos chamados “complementandos”, já que a Universidade Federal do Acre (Ufac) dispõe apenas de cinco vagas para esse processo. O estágio tem duração de um ano, integralizando 2.250 horas divididas entre as áreas previstas pela UFMT. Há avaliações periódicas feitas por tutores, sendo possível a reprovação – embora não tenha sido reportada nenhuma reprovação até aquele momento, segundo Virgílio, que ressalta a importância dessas avaliações para mostrar um progresso no conhecimento dos complementandos. Ele relata que há complementandos que acertam pouquíssimas questões e, poucos meses depois, durante o estágio complementar, demonstram que o aprendizado foi efetivo, com notas elevadas.

O conselheiro lembra que a UFMT deve reavaliar os candidatos após o período de estágio, já que, pela legislação, o complementando não pode utilizar as notas do estágio para revalidar o seu diploma. E, como tal reavaliação não tem ocorrido, esse tem sido o ponto que leva a controvérsias e questionamentos pelos Conselhos e à judicialização da questão.

Tendo conhecimento de que haveria tais estágios em Rio Branco, o presidente do CRM-AC prontificou-se a participar de uma reunião com a Unicastelo (universidade privada encarregada de prover os estágios), representantes da Santa Casa e da Prefeitura de Rio Branco (que dispõem dos campos de estágio) e com um deputado federal. A Unicastelo daria uma contrapartida de R\$ 400.000,00 à Prefeitura e à Santa Casa de Rio Branco, anualmente. O deputado tinha um grande interesse no ganho político pelo número de acreanos estudando medicina na Bolívia, que é estimado entre 3.000 e 4.000. Virgílio relatou ainda que, em

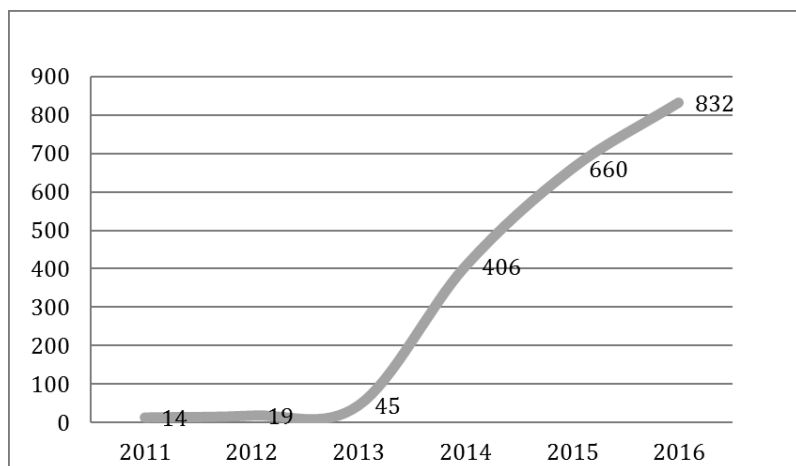
reunião no CFM, o coordenador do curso de medicina da UFMT informou que o interesse principal de sua instituição na realização desse processo é financeiro, pois, nas três fases, a UFMT arrecada R\$ 2.000,00 por aluno inscrito. No que se refere aos estágios nas instituições privadas, cada aluno dispense em média R\$ 70.000,00.

O CRM-AC solicitou toda a documentação pertinente a esse tipo de estágio e os documentos relativos ao convênio específico, tendo realizado uma reunião na sede do Conselho com a área de saúde do Ministério Público e a Defesa do Consumidor, contando também com a Consultoria Jurídica do CFM.

Foi também realizada uma reunião com o coordenador do curso de medicina da Ufac para que processo de revalidação semelhante não ocorresse naquela universidade. A situação foi então apresentada em reunião de presidentes no CFM, resultando em ações em nível nacional, com análise de cada processo de revalidação e com um trabalho com a Justiça Federal para esclarecimento sobre as liminares existentes, além da liminar do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e do CFM.

É importante ressaltar que ocorreu um crescimento exponencial do número de complementandos no Acre desde 2011, quando houve 14 pessoas inscritas para o estágio, até 2016, quando houve 832 inscritos (Gráfico 4).

Gráfico 4. Quantitativo de médicos, diplomados no exterior, em estágio complementar no Acre (2011-2016)



As perspectivas incluem novas ações na esfera judicial, já que a legislação atual é dúbia, pois permite duas formas diferentes de revalidação de diplomas médicos. Ressalta-se que há uma resolução e uma portaria do Ministério da Educação, emitidas com intervalo de seis meses, que se contrapõem, o que configura um problema. Tem-se investido no convencimento das universidades a aderir ao Revalida, citando o Projeto de Lei nº 4.067/2015⁵⁵, que tornaria esse exame oficialmente o único processo legal no Brasil para revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior.

ASPECTOS LEGAIS DO PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS OBTIDOS NO EXTERIOR REALIZADO PELA UFMT

Turíbio Campos, assessor da Coordenação Jurídica do CFM, apresentou as normas que estabelecem os processos de revalidação de diplomas obtidos no exterior, destacando alguns pontos importantes que têm sido apontados pelo Conselho, utilizando a situação nacionalmente conhecida que envolve a UFMT.

Em 2015, foi encaminhado ao CFM o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) nº 1/2014⁵⁴, entre a UFMT e o MPF. Em 2014, a UFMT inscreveu um grande número de candidatos em seu processo de revalidação de diplomas, e foram reprovados em torno de 400 candidatos. Como a UFMT dispunha apenas de cinco vagas para o estágio complementar (denominado de “estudos complementares”), os demais candidatos buscaram o MPF, resultando no TAC citado, que vigorou até 2016, quando foi emitida a Resolução CNE/CES nº 3, de 22 de junho de 2016⁵⁶, que trata da revalidação de diplomas em geral, conforme será visto adiante.

Para contextualizar a situação da revalidação de diplomas, é importante conhecer o que já existia, especificamente com relação a cursos de medicina. Em 17 de março de 2011, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 278⁵⁷ instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, o Revalida, com a finalidade de subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas, nos termos do artigo 48, § 2º, da Lei nº 9.394, de 1996²², com base na matriz de correspondência curricular, que fora publicada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 865, de 15 de setembro de 2009⁴⁷ (e republicada como anexo da Portaria MEC/MS nº 278/2011⁵⁷). Essa matriz foi elaborada pela Subcomissão Temática de Revalidação

de Diplomas, instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 383/2009⁵⁸.

O artigo 2º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 278/2011⁵⁷ apresenta o objetivo do Revalida como sendo “verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil”.

O artigo 3º determina que o Revalida será implementado pelo Inep, com a colaboração das universidades públicas participantes, e contará com a colaboração da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos, também instituída pela mesma portaria, com a finalidade de elaborar a metodologia de avaliação, supervisionar e acompanhar a aplicação do exame⁵⁷.

Também determina que o exame será elaborado em duas etapas de avaliação, em conformidade com a matriz de correspondência curricular, disposta no anexo da mesma Portaria, e seu detalhamento constará em edital a ser publicado⁵⁷.

O artigo 4º estabelece que as universidades públicas interessadas em participar do exame deverão firmar termo de adesão com o MEC, enquanto o artigo 5º refere que a essas universidades caberá, após a divulgação do resultado do exame, adotar as providências necessárias à revalidação dos diplomas dos candidatos aprovados. O artigo 6º define que poderão candidatar-se à realização do exame em foco os portadores de diplomas de medicina expedidos no exterior, em curso devidamente reconhecido pelo ministério da educação ou órgão correspondente no país de conclusão⁵⁷.

No entanto, após todo o detalhamento acerca do Revalida, a Portaria, em seu artigo 7º, determina que “o processo regulado por esta Portaria não exclui a prerrogativa conferida às

universidades públicas para proceder à revalidação de diplomas em conformidade com a Resolução CNE/CES nº 04/2001⁵⁷.

A Resolução nº 3/2016⁵⁶, emitida pelo MEC através do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Ensino Superior, dispõe sobre normas referentes à revalidação de diplomas de cursos de graduação e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Essa Resolução diz que:

quando os resultados da análise documental, bem como os de exames e provas, demonstrarem o preenchimento parcial das condições exigidas para revalidação, poderá o(a) requerente, por indicação da universidade pública revalidadora, realizar estudos complementares sob a forma de matrícula regular em disciplinas do curso a ser revalidado; [...]

os estudos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser realizados sob a responsabilidade da universidade pública revalidadora, que deverá se ater, nesse caso, ao aproveitamento das disciplinas a serem cursadas, registrando-as adequadamente na documentação do(a) requerente. [...]

A universidade pública revalidadora deverá eleger cursos próprios; e, em qualquer caso, para o cumprimento do disposto [...], os cursos de graduação deverão estar em funcionamento regular, no âmbito da legislação educacional brasileira, e demonstrar desempenho positivo nas avaliações realizadas pelo Ministério da Educação e pelos respectivos sistemas estaduais de ensino.⁵⁶

A Portaria Normativa nº 22, de 13 de dezembro de 2016⁵⁹, emitida seis meses após a publicação da Resolução nº 3/2016, se contrapõe a esta, facilitando a revalidação e permitindo os chamados “estágios complementares”. Essa Portaria nº 22/2016 encerrou o TAC e:

Dispõe sobre normas e procedimentos gerais de tramitação de processos de solicitação de revalidação de diplomas de graduação estrangeiros e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. [...]

Art. 24 – Quando os resultados da análise documental, bem como de exames e provas, demonstrarem o preenchimento parcial das condições exigidas para revalidação, o requerente poderá, por indicação da instituição revalidadora, realizar estudos ou atividades complementares sob a forma de matrícula regular em disciplinas do curso a ser revalidado.

§ 1º – Para o cumprimento do disposto no *caput*, a instituição revalidadora deverá eleger cursos próprios, ficando obrigada a ofertar vaga para matrícula regular do requerente nas disciplinas.

§ 2º – O requerente poderá cursar as disciplinas complementares em outra instituição mediante matrícula regular, desde que previamente autorizado pela instituição revalidadora.

§ 3º – Em qualquer caso, para o cumprimento do disposto no parágrafo anterior, os cursos de graduação deverão apresentar credenciamento válido no âmbito da legislação que regula a oferta de ensino superior no Brasil.

§ 4º – Concluídos os estudos ou as atividades complementares com desempenho satisfatório, o requerente deverá apresentar à instituição revalidadora o respectivo documento de comprovação, que integrará a instrução do processo.

§ 5º – Satisfeita a exigência de complementação de estudos, o processo seguirá para decisão quanto ao apostilamento e à revalidação.

Turíbio trouxe informações sobre as três fases do processo de revalidação de diplomas na UFMT:

- 1ª fase – análise de compatibilidade curricular;
- 2ª fase – provas de conhecimentos escrita e prática para os aprovados na primeira fase;
- 3ª fase – estudos complementares. Havendo apenas cinco vagas no próprio curso da UFMT, a viabilização dessa terceira fase ocorre através de:
 - convênio com instituição de ensino particular;
 - estágio em hospitais não universitários (santas casas), com a mesma carga horária (2.250 horas) para todos os candidatos;
 - avaliação pela instituição de ensino particular;
 - homologação pela UFMT dos estudos complementares, sem realizar prova prática.

Por identificar falhas no processo, medidas judiciais têm sido tomadas, como duas ações civis públicas, propostas pelo CFM e pelo Cremesp, tendo sido deferida liminar parcial para determinar nova avaliação dos candidatos, pela UFMT, após os “estudos complementares” realizados nas instituições de ensino superior particulares. Como resultado, tem ocorrido o indeferimento de inscrições após a liminar. Com isso, existiam,

em setembro de 2017, mais de 60 mandados de segurança contra os Conselhos de Medicina.

Em fiscalizações realizadas, verificou-se que os preceptores dos hospitais onde ocorrem os estágios complementares não são docentes nem ligados às instituições de ensino, de modo que o CFM entende que não há legalidade no acompanhamento feito pela universidade responsável pela revalidação dos diplomas. Um agravante é que a avaliação dos candidatos fica a cargo desses hospitais e não há avaliação de habilidades pela UFMT, que simplesmente homologa a avaliação dos hospitais.

Enfim, o CFM entende que todo o processo de revalidação deve ser realizado pela universidade pública, e o que ocorre com esses estágios complementares em outras instituições é uma delegação para outra escola, de caráter particular. Assim, o CFM entrou com ação judicial contra a UFMT e contra a União, por permitir esse desvio, enquanto o Cremesp entrou com uma ação especificamente contra o último edital da UFMT e as normas que regiam os estudos complementares. Embora o juiz não possa interferir na autonomia da universidade, pode determinar que haja nova avaliação pela UFMT, após a conclusão dos estudos complementares.

Foi determinado pelo CFM que novas fiscalizações sejam realizadas pelos CRM nos hospitais que recebem esses candidatos, como já é realizado em alguns estados, a fim de identificar situações semelhantes. Também foi definido, em reuniões com todos os presidentes de Conselhos Regionais, que seriam indeferidos todos os processos de diplomas que foram revalidados pela UFMT em época anterior à nova pactuação.

IV

POSIÇÃO DO CFM

O presidente Carlos Vital apresentou a visão do CFM sobre a realidade atual da avaliação da formação médica no Brasil, ressaltando as seguintes considerações:

1. A abertura de vagas em cursos de medicina e de novas escolas médicas tem sido conduzida de forma abusiva, com sérios prejuízos à formação dos profissionais e impacto negativo na qualidade do atendimento oferecido à população.
2. Os Ministérios da Educação e da Saúde, assim como o Congresso Nacional, têm sido instados pelos Conselhos de Medicina a rever essa decisão.
3. A avaliação do sistema formador em medicina deve ser conduzida de forma criteriosa, com a participação de todos os atores desse processo.
4. As avaliações deverão ser idealmente periódicas, regulares e abrangentes, buscando avaliar todos os protagonistas do processo (alunos, docentes, cursos e instituições).
5. O formato da Anasem precisa ser revisto, assegurando publicização dos resultados e responsabilização das instituições de ensino com resultados deficitários, sendo necessário que haja a exigência de adequação ao nível de ensino proposto, sob pena de redução da oferta de vagas e, caso não se adequem, chegando à suspensão de suas atividades, com transferência dos discentes para outro curso da mesma esfera administrativa.
6. É necessário que haja oferta, pelas escolas, de um programa de recuperação de conteúdo aos estudantes que lograrem resultado deficiente (*programa de remediação*).
7. Diplomas de conclusão de curso médico são atestados de capacidade, devendo ser outorgados somente aos

graduandos que alcancem índices de suficiência nas avaliações realizadas.

8. Não são pertinentes os exames realizados apenas ao final do curso, como modelo de avaliação do futuro egresso de cursos de medicina, pois:
 - a. Um único exame ao final do curso não permite uma consistente avaliação de resultados com recuperação das deficiências.
 - b. Esse modelo incentivaria os discentes a frequentar cursos preparatórios paralelos, privados, nos modelos já existentes para o preparo de candidatos para os programas de residência médica, cujo foco exclusivo é preparar o candidato para responder a provas.
 - c. O teste de suficiência para obter o registro de médico deve seguir o modelo da Anasem, concluindo ao final do sexto ano de curso, com a realização de teste no modelo Revalida.
9. A Resolução CFM nº 2.130, de 23 de outubro de 2015¹¹, proíbe a implementação de exames de proficiência para a avaliação de egressos em caráter obrigatório e coercitivo, como exigência para registro ou inscrição do profissional médico.
10. É preciso que o Revalida seja estabelecido como única forma de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior.

V

**ATENDENDO ÀS NECESSIDADES DA SAÚDE,
PREPARANDO A FUTURA FORÇA DE
TRABALHO: PROGRAMA FAIMER BRASIL**

O professor Henry Campos proferiu uma conferência sobre o Instituto Faimer Brasil, vinculado à Foundation for Advancement of International Medical Education and Research. A Faimer é uma fundação sem fins lucrativos que, nas palavras de John Norcini, seu presidente, tem o objetivo de “*melhorar a saúde das populações*”, através da melhoria da educação dos profissionais de saúde, por meio de três focos: o desenvolvimento docente; o apoio à melhoria da qualidade das estratégias educacionais; e informando acerca das políticas de saúde, incrementando as práticas a elas correspondentes.

O modelo Faimer de desenvolvimento docente envolve a seleção e qualificação de docentes identificados como agentes de mudança, os quais, ao se inscrever, apresentam um projeto de intervenção que vise melhorar o processo de ensino-aprendizagem em sua instituição. Dessa forma, incrementa-se a educação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, promove-se melhorias na saúde da população de seu território.

Os concluintes do programa constituem uma massa crítica de educadores que propõe, apoia e estimula melhorias, e está conectada através de uma “*listserv*”, havendo troca de ideias, informações e material. Essa rede não é somente virtual, pois diversos encontros ocorrem, em eventos ou em atividades restritas, aumentando a interatividade entre seus membros.

Além da sede, nos Estados Unidos da América, vários países possuem Institutos Regionais Faimer, notadamente na África, Ásia e América Latina. No Brasil, a instituição âncora é a Universidade Federal do Ceará (UFC), que titula os concluintes com certificado de especialização. Trata-se de uma iniciativa para a profissionalização da docência na saúde que surgiu no Brasil na época em que havia uma determinação interministerial para a reorientação da formação em saúde para o SUS e, ao longo do tempo, foi exercendo influência nas outras iniciativas de mesma finalidade.

O programa é integralizado no período de dois anos, havendo, inicialmente, uma sessão presencial com duração de 13 dias, seguida de um período a distância, de 11 meses, quando ocorrem atividades mensais via internet, realizadas pelos alunos de primeiro e segundo anos, com orientação de tutores. A terceira sessão é presencial e ocorre um ano após a primeira; dura 11 dias, seguida de 11 meses de atividades a distância, que correspondem à quarta sessão. Há ainda a quinta sessão, que corresponde à chamada “carreira Faimer”, quando alguns dos alunos que concluem o programa passam a participar como facilitadores.

Quando da sua criação, o programa era destinado apenas a médicos, sendo estendido, atualmente, para docentes das profissões de saúde. Contudo, 57% das vagas são ocupadas por médicos.

O professor Henry apresentou como exemplo da estrutura a programação da primeira e da terceira sessões ocorridas em 2017. A primeira sessão presencial (S1) foi destinada aos docentes e alunos que iniciaram o programa (no caso, a Turma 2017) e a terceira sessão (S3) correspondeu ao retorno da Turma 2016. O professor discorreu sobre o período de interseção, no qual ambas as turmas coabitam o espaço e trocam suas experiências, integrando os novos alunos aos da turma anterior, como um elo na corrente que se forma e da qual cada docente passa a fazer parte. Nesse período de interseção há um dia em que convidados são recebidos para participar do “Dia Nacional da Educação nas Profissões da Saúde”.

O programa difere de outras iniciativas de capacitação docente porque visa “[a]o desenvolvimento pessoal e docente/acadêmico, implementando um plano de desenvolvimento profissional”. Tem como foco, além de métodos e estratégias de ensino-aprendizagem e tópicos de gestão acadêmica (como gerenciamento de currículo, por exemplo), liderança e questões relativas ao sistema de saúde, com treinamento em práticas de educação a distância e outros temas educacionais.

A finalização ocorre com a conclusão do trabalho oriundo do projeto proposto inicialmente, o qual deve ser apresentado em congresso e/ou publicado. Cumpridas todas as etapas, o certificado é emitido.

O trabalho de docentes e alunos no programa é um processo sistematizado, no qual ocorre o aperfeiçoamento de habilidades de ensino e de planejamento educacional, tornando-os líderes em seus espaços e destacando-os em funções de gestão educacional. A estrutura curricular é baseada em projetos, com apoio institucional; é diversificada, dinâmica, reiterativa e interativa. Durante as sessões presenciais há minipalestras seguidas de oficinas dinâmicas. Os facilitadores atentam para os estilos de cada aluno, considerando as inteligências múltiplas dos participantes. A dinamicidade das técnicas utilizadas envolve o uso de metáforas, o que ajuda as pessoas a se sentirem muito à vontade para errar e ter apoio para corrigir os erros, conferindo segurança ao espaço do programa. Além de seguro, o ambiente criado é agradável, prazeroso e muito produtivo. Enfim, o programa é contínuo e transformador.

O que move o Programa Faimer é a compreensão basilar de que há, em todo o mundo, a necessidade de melhorar a qualidade da assistência à saúde das populações. E como *“isso só será possível se as escolas da área assumirem o compromisso de atender a essa necessidade da sociedade contemporânea”*, tal percepção configura duas premissas importantes: responsabilidade social e responsividade social, que devem ser sempre consideradas nas ações desenvolvidas pelos fairerianos.

Para formar um profissional que atenda aos desafios dos sistemas de saúde, que evoluíram com transições epidemiológicas, inovações tecnológicas e novas demandas da população, são necessários modelos de formação mais abrangentes, flexíveis e integradores. Assim, o professor Henry aponta como *“Caminhos para a Educação nas Profissões da Saúde”*:

- redesenho curricular de cursos;
- flexibilização:
- interdisciplinaridade;
- interprofissionalidade;
- aprendizagens múltiplas a partir de experiências em diferentes cenários.

Diante dos desafios atuais, apresenta, então, as competências do século XXI, que incluem flexibilidade, inovação, reflexão, perseverança, capacidade de autoavaliação, ética, criatividade, iniciativa e produtividade. O novo perfil de profissional requer características como liderança, pensamento crítico, responsabilidade, conhecimentos de tecnologia da informação e capacidade de raciocínio/argumentação, de solução de problemas, de aprendizagem adaptativa, de tomada de decisão, de comunicação, de influência social e de colaboração no trabalho em equipe.

O Programa Faimer promove a aprendizagem baseada no trabalho e em comunidades de prática, de forma que esta ocorra a partir do próprio trabalho e se insira em sua dinâmica. Aprende-se fazendo e refletindo sobre a experiência, em formatos diversos de prática, com pares e com estudantes, além da relação com “mentores”. Outro aspecto importante, que é também foco do programa de desenvolvimento docente Faimer, é a construção e gerenciamento do conhecimento. Assim, algumas premissas precisam ser consideradas: ter acesso à informação é diferente de obter informação significativa; criatividade pessoal deve ser expandida e interpretada; e “conhecimento” vem da experiência e é sempre ligado a um contexto, para que não seja uma simples informação.

A avaliação no Faimer envolve os dados sobre os programas dos institutos regionais, a avaliação da participação geral no *listserv*, a avaliação pelos participantes/alunos sobre as atividades do dia, e os momentos pré e pós-testes nas sessões presenciais e avaliações por meio do “Questionário de *follow-up*”, em que são consideradas publicações, promoções e mérito acadêmico.

Entre os indicadores de impacto do programa, estão: quantidade de trabalhos apresentados em congressos nacionais e internacionais, publicações em periódicos educacionais, cargos e funções de gestão e indicadores de saúde regionais.

A profissionalização da educação na saúde, o trabalho em equipes interprofissionais, a busca pela excelência e a exigência de responsabilidade social são determinantes de mudanças que impactam em melhoria na assistência à saúde.

Diante do desafio reconhecidamente necessário de qualificar docentes para atuação competente nos cursos de medicina e da área de saúde, o Programa Faimer tem se destacado, inclusive, pela efetividade e amplitude da replicação de programas específicos em diversas instituições de ensino em todo o país, lideradas e executadas por docentes especialistas formados pelo programa.

Qualificar docentes para a tarefa de facilitar a aprendizagem é um objetivo nobre, que foi cumprido com responsabilidade e excelência pelo Instituto Faimer Brasil em seu 11º ano, em 2017. O quantitativo de pessoal formado e facilitadores envolvidos no Programa é apresentado na Tabela 7.

Tabela 7. Número de participantes e facilitadores do Programa Faimer Brasil nas sessões presenciais, a cada ano (2007-2017)

Ano	Participantes	Facilitadores Nacionais	Facilitadores Estrangeiros
2007	25	10	4
2008	26	13	6
2009	27	13	6
2010	25	21	10
2011	26	32	10
2012	28	26	9
2013	27	32	8
2014	36	41	8
2015	40	44	3
2016	40	41	7
2017	41	42	2
Total	341	-	-

Fonte: Instituto Faimer Brasil – UFC

O desafio de ensinar e a habilidade de ensinar bem não são a mesma coisa. Com raras exceções, é preciso aprender como se tornar um bom professor, da mesma forma que é preciso aprender como se tornar um bom cientista ou artista.

Herbert Kohl

REFERÊNCIAS

1. Nassif ACN. Escolas médicas do Brasil [Internet]. Curitiba: Escolas Médicas; [c2014?] [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2v1LMnY>
2. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Diário Oficial da União [Internet]. 2018 abr 6 [citado em 2018 jul 24];66(1):114. Disponível em: <https://bit.ly/2Lk5whu>
3. Conselho Federal de Medicina. Avaliação das instituições de ensino médico e do estudante de medicina: relatório do VII Fórum Nacional de Ensino Médico. Brasília, DF: CFM, 2017. (Cadernos de Educação Médica; v. 1; n. 1).
4. Conselho Federal de Medicina. Percepção dos brasileiros sobre a confiança e credibilidade em instituições [Internet]. 2017 [citado em 2018 ago 6]. Disponível em: <https://bit.ly/2vmuDGq>
5. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9):S63-7.
6. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 168, de 1º de abril de 2016. Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – Anasem. Diário Oficial da União [Internet]. 2018 abr 4 [citado em 2018 jul 24];63(1):64. Disponível em: <https://bit.ly/2v3JeWn>
7. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016. Revoga a Portaria MEC nº 369, de 5 de maio de 2016, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet].

2016 ago 26 [citado em 2018 jul 24];165(1):16. Disponível em: <https://bit.ly/2LO6Jd0>

8. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ministério da Educação. Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina: documento básico [Internet]. Brasília, DF: Inep; 2016 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2v7F6EE>

9. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina. Diário Oficial da União [Internet]. 2014 jun 23 [citado em 2018 jul 24];117(1):8-11. Disponível em: <https://bit.ly/2LNvvu2>

10. Conselho Federal de Medicina. População defende testes para medir preparo dos alunos de medicina durante graduação, diz estudo CFM/Datafolha [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2016 out 6 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2JQCXTh>

11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.130, de 23 de outubro de 2015. Proíbe a realização de exames de egressos dos cursos de medicina, com caráter cogente, pelos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 dez 15 [citado em 2018 jul 24];239(1):248. Disponível em: <https://bit.ly/2uZ0HiE>

12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58.

13. Gribofski CF. As DCN e a avaliação seriada para cursos de medicina. Cadernos Abem. 2015;11:61-7.

14. Cancian N. Matéria sobre levantamento do quantitativo de leitos públicos no Brasil, divulgado pelo Conselho Federal de

Medicina. Folha de S.Paulo. 2016 maio 15 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2LiEfvQ>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2015 ago 5 [citado em 2018 jul 24];148(1):193-96. Disponível em: <https://bit.ly/2uIDHoP>

16. Vitória (Espírito Santo). Prefeitura Municipal de Vitória. Manual de orientação das práticas de integração ensino-serviço no município de Vitória – ES. Vitória, ES: Prefeitura Municipal de Vitória; 2013 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2uOfQnF>

17. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 306, de 26 de março de 2015. Institui no âmbito da Secretaria de Educação Superior – SESu, a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas – CAMEM, com a finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em Medicina nas Instituições de Educação Superior – IES. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 mar 27 [citado em 2018 jul 24];59(1):39. Disponível em: <https://bit.ly/2v0OeuJ>

18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1957 out 10 [citado em 2018 jul 24];1:23013. Disponível em: <https://bit.ly/2eyyx3>

19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-consulta Cremesp nº 60.960. Trata da definição do Médico Generalista. Cremef [Internet]. 2010 out 23 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2uKeHO4>

20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.149, de 3 de agosto de 2016. Aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médica aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 ago 3 [citado em 2018 ago 6];(1):99. Disponível em: <https://bit.ly/2hphrg3>

21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.116, de 23 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União [Internet]. 2015 fev 4 [citado em 2018 jul 24];24(1):55. Disponível em: <https://bit.ly/2mLOGcR>

22. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União [Internet]. 1996 dez 23 [citado em 2018 jul 24];248(1):27833-41. Disponível em: <https://bit.ly/1d40CY4>

23. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1977 set 6 [citado em 2018 jul 24];1:11787. Disponível em: <https://bit.ly/2LIRimA>

24. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1981 jul 9 [citado em 2018 jul 24];1:12789. Disponível em: <https://bit.ly/2mHEEZS>

25. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. Diário Oficial da União [Internet]. 2007 jun 8 [citado em 2018 jul 24];1:9. Disponível em: <https://bit.ly/1coo4zB>

26. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de 25 de setembro de 2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para oferta de cursos de especialização. Diário Oficial da União [Internet]. 2008 set 26 [citado em 2018 jul 24];1:14. Disponível em: <https://bit.ly/2A48YaR>
27. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 2017. Regulamenta cursos de pós-graduação lato sensu, presenciais. Diário Oficial da União. 2007.
28. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artmed; 2000.
29. Afonso DH, Pimenta DT, Silveira LMC, Oliveira LR, Araújo MFM. Fórum permanente de residência processo coletivo de (re)construção da preceptoria: relato de experiência. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012 [citado em 2018 mar 10];11(Supl. 1):87-96. Disponível em: <https://bit.ly/2ObUOaN>
30. Afonso DH, Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012 [citado em 2018 mar 10];11(Supl. 1):82-6. Disponível em: <https://bit.ly/2mFS4FM>
31. Knowles W. The modern practice of adult education: Andragogy versus Pedagogy. New York: Association Press; 1970.
32. Dewey J. Experiência e educação. São Paulo: Cia Editora Nacional; 1976.
33. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
34. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

35. Kirkpatrick D. Evaluation of training. In: Craig RL, Bittel LR, editors. Training and development handbook. New York: McGraw-Hill; 1967. p. 87-112.

36. Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1977 set 6 [citado em 2018 jul 24];1:11787. Disponível em: <https://bit.ly/2ObvDVL>

37. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 4/78. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica. Diário Oficial da União [Internet]. 1978 nov 9 [citado em 2018 jul 24];1:3 p.]. Disponível em: <https://bit.ly/2LADGgk>

38. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1/81. Estabelece especialidades médicas credenciáveis como Programa de Residência Médica e dá providências adicionais. Diário Oficial da União [Internet]. 1981 fev 23 [citado em 2018 jul 24];1:2 p.]. Disponível em: <https://bit.ly/2JW5Ey3>

39. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 4/83. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos programas de Residência Médica das especialidades médicas e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1983 dez 30 [citado em 2018 jul 24];1:11 p.]. Disponível em: <https://bit.ly/2LAXujH>

40. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 2/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 maio 19 [citado em 2018 jul 24];95(1):23-36. Disponível em: <https://bit.ly/2v81b5Y>

41. Intercollegiate Surgical Curriculum Programme. Guidance for using the Clinical Evaluation Exercise (CEX) [Internet]. [c2010]. Disponível em: <https://bit.ly/2LZDGaA>
42. Norcini JJ, Blank LL, Duffy DF, Fortna GS. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Medicine*. 2003;138(6):476-83.
43. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Medical Teacher*. 2013 [citado em 2018 jul 24];35(9):e1437-e1446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2013.818634>
44. Troncon LEA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (objective structured clinical examination) in a traditional Brazilian medical school. *Sao Paulo Med J*. 2004;122(1):12-7.
45. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
46. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Resolução CNE/CNS nº 1, de 28 de janeiro de 2002. Estabelece normas para a revalidação de diplomas de graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2002 fev 13 [citado em 2018 jul 24];1:11. Disponível em: <https://bit.ly/2uPXBye>
47. Brasil. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 865, de 15 de setembro de 2009. Aprova o projeto piloto de revalidação de diploma de médico expedido por universidades estrangeiras e disponibilizar exame de avaliação com base em matriz referencial de correspondência curricular, com a finalidade de subsidiar os procedimentos de revalidação conduzidos por universidades públicas. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2009 set 16 [citado em 2018 jul 24];177(1):13. Disponível em: <https://bit.ly/2LjYb1v>

48. Brasil. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. 2001 nov 9 [citado em 2018 jul 24];1:38. Disponível em: <https://bit.ly/1Oz2lIE>

49. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo. Porto Alegre: Globo; 1974.

50. Wayne State University. S.M.A.R.T. Objectives [Internet]. [c2017] [citado em 2018 ago 6]. Disponível em: <https://bit.ly/2MjTxgi>

51. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 444, de 15 de maio de 2009. Dispõe sobre a aferição de correspondência curricular nos processos de revalidação de diplomas de medicina expedidos por universidades estrangeiras. Diário Oficial da União [Internet]. 2009 maio 18 [citado em 2018 jul 24];1:18-24. Disponível em: <https://bit.ly/2NPVxgu>

52. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 out 23 [citado em 2018 jul 24];206(1):1. Disponível em: <https://bit.ly/2JJV1OZ>

53. Brasil. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. 1988 out 5 [citado em 2018 jul 24];191-A(1):1-32. Disponível em: <https://bit.ly/1bYIGL>

54. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Mato Grosso. Termo de Ajustamento de Conduta nº 1/2014, entre o MPF e a UFMT. Cuiabá: MPF; 2014 jan 29 [citado em 2018 jul 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2NML1XI>

55. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.067/2015 [Internet]. 2015 [citado em 2018 ago 6]. Disponível em: <https://bit.ly/2F9jJ9c>

56. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 22 de junho de 2016. Dispõe sobre normas referentes à revalidação de diplomas de cursos de graduação e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 jun 23 [citado em 2018 jul 24];1:9-10. Disponível em: <https://bit.ly/2uPgNw9>

57. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17 de março de 2011. Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, com a finalidade de subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 mar 18 [citado em 2018 jul 24];53(1):12-18. Disponível em: <https://bit.ly/2mJA5P4>

58. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 383, de 19 de fevereiro de 2009. Institui a Subcomissão de Revalidação de Diplomas para aprimorar o processo de revalidação de diplomas expedidos por instituições de ensino estrangeiras, especificamente do curso de medicina. Diário Oficial da União [Internet]. 2009 fev 25 [citado em 2018 jul 24];1:40. Disponível em: <https://bit.ly/2Oew4yu>

59. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 22, de 13 de dezembro de 2016. Dispõe sobre normas e procedimentos gerais de tramitação de processos de solicitação de revalidação de diplomas de graduação estrangeiros e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 dez 14 [citado em 2018 jul 24];239(1):9. Disponível em: <https://bit.ly/2mEWOvs>

ANEXO

Programação do VIII Fórum Nacional de
Ensino Médico do CFM
2017

VIII Fórum Nacional de Ensino Médico do CFM

Datas: 5 e 6 de setembro de 2017

Local: Auditório do CFM – Brasília (DF)

Organização: Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina

PROGRAMA

Dia 05/09/2017 (terça-feira)

08h00 – 08h30 – Credenciamento

08h30 – 09h00 – Abertura

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima – Presidente do CFM

José Mendonça Bezerra Filho – Ministro da Educação

Rosana Leite de Melo – Comissão Nacional de Residência Médica

Florentino de Araújo Cardoso Filho – Presidente da AMB

Sigisfredo Luís Brenelli – Presidente da Abem

Lúcio Flávio Gonzaga Silva – Coordenador da Comissão de Ensino Médico

09h00 – 09h40 – Conferência: Evolução do número de escolas médicas: tendências e desafios

Presidente: Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

Secretária: Valéria Goes Ferreira Pinheiro

Conferencista: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

09h40 – 12h00 – 1ª mesa-redonda: Evolução do número de escolas médicas: tendências e desafios

Presidente: Henrique Batista e Silva

Secretária: Maria da Conceição Ribeiro Simões

09h40 – 09h55 – Cenários de prática diante das diretrizes curriculares vigentes

Palestrante: Rosana Alves

09h55 – 10h10 – Hospitais de ensino × EBSERH

Palestrante: Mônica Almeida

10h10 – 10h25 – Situação atual dos novos cursos de medicina

Palestrante: Bruna Borges Castro Moura

10h25 – 10h40 – Acreditação de escolas médicas: Saeme

Palestrante: Milton de Arruda

10h40 – 12h00 – Debate

12h00 – 14h00 – Intervalo

14h00 – 14h40 – Conferência: Residência × especializações médicas

Presidente: Dalvélio Madruga

Secretário: Nelson Grisard

Conferencista: Rosana Leite de Melo

14h40 – 17h00 – 2ª mesa-redonda: Residência × especializações médicas

Presidente: Jorge Carlos Machado Curi

Secretário: José Roberto de Souza Baratella

14h40 – 14h55 – Importância da matriz de competência dos programas de residência médica

Palestrante: Sigisfredo Luís Brenelli

14h55 – 15h10 – Formação pedagógica da preceptoria de residência médica

Palestrante: Lia Márcia Cruz da Silveira

15h10 – 15h25 – Avaliação da residência médica

Palestrante: Adnan Naser – Coreme

15h25 – 17h00 – Debate

Dia 06/09/2017 (quarta-feira)

09h00 – 09h40 – Conferência: Processo de revalidação de diplomas médicos no Brasil

Presidente: Lúcio Flávio Gonzaga Silva

Secretário: José Odair Ferrari

Conferencista: Henry Campos

09h40 – 12h00 – 3ª mesa-redonda: Revalida e outras revalidações

Presidente: Sidnei Ferreira

Secretária: Márcia Sakai

09h40 – 09h55 – Revalida

Palestrante: Gerson Alves Pereira Junior

09h55 – 10h10 – Experiência do Conselho Regional de Medicina do Acre

Palestrante: Virgílio Batista do Prado – Presidente do CRM-AC

10h10 – 10h25 – Aspectos legais de outros processos de revalidação

Palestrante: José Alejandro Bullon

10h25 – 10h40 – Posição do CFM

Palestrante: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

10h40 – 12h00 – Debate

12h00 – 12h40 – Conferência: Faimer Brasil

Presidente: Itagiba de Castro Filho

Palestrante: Eliana Amaral

12h40 – Encerramento

Lúcio Flávio Gonzaga Silva – Coordenador da Comissão de Ensino Médico

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima – Presidente do CFM

Relatoria:

Hermila Tavares Vilar Guedes (coordenação)

Ricardo Maria Sidou

Carlos Tadeu de Oliveira



Polo JK - Trecho 01 Conjunto 03 Lote 06 - Parte
Santa Maria - Brasília - DF - CEP: 72.549-515
Tel.: 61 3552-4111 - quality@qualityeditora.com.br

Impresso no papel Offset 90 gr/m² (miolo)
Papel Supremo 250 gr/m² (capa)
Composto Myriad Pro 11 (texto)
Brasília-DF



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

ISBN 978-85-87077-59-2



9 788587 077592