APRESENTAÇÃO

O conjunto de relatórios e artigos que está sendo entregue neste Caderno Abem aborda temas centrais relativos à educação médica brasileira.

Estágio curricular obrigatório – internato, Atenção Básica e formação médica, Avaliação da aprendizagem e do estudante de Medicina, e Formação médica – desde a questão do acesso até a formação especializada/residência e a educação permanente) – constituem grupos de atividades que, sob a forma de projetos, foram financiados pela SGTES/MS, tendo sido elaborados para atender as necessidades e expectativas de associados e entidades oficiais preocupados com aquelas temáticas.

As propostas de mudanças e transformações em curso no País, impulsionadas, também, em função das Diretrizes Curriculares, têm dinamizado as agendas dos educadores, das escolas e cursos de Medicina e da própria Abem, expressando-se nos Cobems, fóruns e seminários. A busca de respostas àqueles objetivos nos conduziu a articulações e infraestrutura para fortalecer e aumentar a produção, principalmente nos Cobems de Uberlândia e Salvador e em eventos específicos, sempre em ambientes democráticos. Nesses eventos, em sessões conduzidas por grupos de trabalho da Abem, dezenas de professores, estudantes e profissionais, provenientes de diferentes instituições de todo o País, discutiram questões ligadas à gestão educacional médica. Às coordenações dos GTs – a quem agradecemos os esforços e a dedicação – cabia estabelecer estratégias de trabalho e conduzir os estudos, copilar as contribuições e redigir os relatórios parciais que consubstanciaram, em sua versão atual, esses documentos.

Este caderno também contém outros artigos correlatos, oriundos tanto de educadores quanto do gestor federal (SGTES). Seu conteúdo expressa, portanto, opiniões de atores sociais e coletivos, que apresentam seus resultados para todos os que fazem a educação médica de nosso país – docentes, estudantes e gestores mobilizados pela melhoria da educação médica brasileira.

Mourad Ibrahim Belaciano
Presidente Associação Brasileira de Educação Médica.

SUMÁRIO

ARTIGOS

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde 6
Ana Estela Haddad; Francisco Eduardo de Campos; Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas; Sigisfredo Luís Brenelli; Teresa Maria Passarella; Thais Campos Valadares Ribeiro

Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina (SBMFC e Abem) 15
Gustavo Gusso; João José Neves Marins; Marcelo Marcos Piva Demarzo; Mourad Ibrahim Belaciano; Rodrigo Cariri C. de Almeida; Airton Tetelbom Stein; Fabiano Gonçalves Guimarães; Felipe Proenço de Oliveira; Fernanda Plesmann de Carvalho; Flavio Dias Silva; Francisco Arsego de Oliveira; Gustavo Tenório Carlos; Jaciara Bezerra Marques; Leika Aparecida Ishigama Geniole; Lia Márcia Cruz da Silveira; Maria Eugênia B. Pinto; Maria Inez Padula Anderson; Nayra Almeida da Silva; Rodrigo Cechelero Bagatelli; Sandro R. Rodrigues Batista;Tânia de Araújo Barboza; Thiago Dias Sarti; Vitor Barreto

Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde 24
Derly Silva Streit; Dione Maciel; Maurício Zanolli

Avaliação do estudante de Medicina 34
Angélica Maria Bicudo Zeferino; Luiz Ernesto de Almeida Troncon; Pedro Tadao Hamamoto Filho; Giovana Tucille Comes; Sawllus Coelho; Rafaela Growchesc

A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais 39
Fernando Antonio Menezes

Avaliação institucional nos cursos de graduação da área da saúde: avaliar o quê e para quê? 47
Jadete Barbosa Lam

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE

Ana Estela Haddad[I]; Francisco Eduardo de Campos[II]; Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas[III]; Sigisfredo Luís Brenelli[IV]; Teresa Maria Passarella[V]; Thais Campos Valadares Ribeiro[VI]

INTRODUÇÃO

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008[1], instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação, tendo como base legal as Leis nº 11.129/2005[2] e nº 11.180/2005[3].

Como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento da atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa tem como pressuposto a **educação pelo trabalho** e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde[1], sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, em implementação no País desde 2005[4,5].

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (Sesu), do Ministério da Educação. Estas parcerias, estabelecidas na formulação, implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde, envolvem o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS); o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); o Datasus/SE/MS; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários Federais e Residências de Saúde/Sesu/MEC.

O objetivo geral do programa é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino[1].

O PET-Saúde está previsto no *Programa Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011,* Eixo 4 – Força de Trabalho em Saúde – medida 4.3: "Qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de equipes de Saúde da Família selecionadas, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde, através da concessão de bolsas para que Equipes de Saúde da Família assumam papel destacado no ensino".

PARTICIPANTES DOS PROJETOS PET-SAÚDE

Podem participar do programa Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do País, selecionadas por meio de editais publicados anualmente pelo Ministério da Saúde[1].

Desta forma, em 4 de setembro de 2008, foi publicado, no Diário Oficial da União, o Edital nº 12/2008[6], convidando as Instituições de Educação Superior, em conjunto com as Secretarias de Saúde, a apresentarem propostas com vistas à participação no PET-Saúde. Conforme o Edital nº 15/2008[7], os projetos poderiam ser encaminhados ao Ministério da Saúde até 15 de dezembro de 2008. Estes editais contemplaram projetos para desenvolvimento no ano letivo de 2009, permitindo a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes dos 14 cursos de graduação da área da saúde, conforme a Resolução CNS nº 297/1998[8].

A Portaria Conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 20099, e a Portaria Conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009/10, homologaram o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao programa.

Para o ano letivo de 2009, foram selecionados 84 projetos de 66 Instituições de Educação Superior e 71 Secretarias de Saúde de todas as regiões do Brasil 9,10, conforme demonstrado no Mapa 1 e Gráficos 1 e 2.

O Gráfico 3 apresenta as instituições de ensino selecionadas para participação no PET-Saúde 2009, de acordo com a categoria administrativa[9,10].

Os 84 projetos PET-Saúde aprovados abrangem o curso de Medicina (Gráfico 4). Considerando todas as graduações em saúde, 345 cursos no País participam do programa em 2009.

O PET-SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DAS MUDANÇAS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Como uma das estratégias do Pró-Saúde, relacionada mais especificamente ao eixo *cenários de práticas*, o PET-Saúde busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população. Ou seja: induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde[4].

Mapa 1. Distribuição dos projetos PET – Saúde no Brasil – ano letivo 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

Neste contexto, aproximadamente 820 Unidades Básicas de Saúde participam do PET-Saúde no ano letivo de 2009.

O Gráfico 5 demonstra que a maioria das instituições de ensino selecionadas para o PET-Saúde (85%) já era participante do Pró-Saúde.

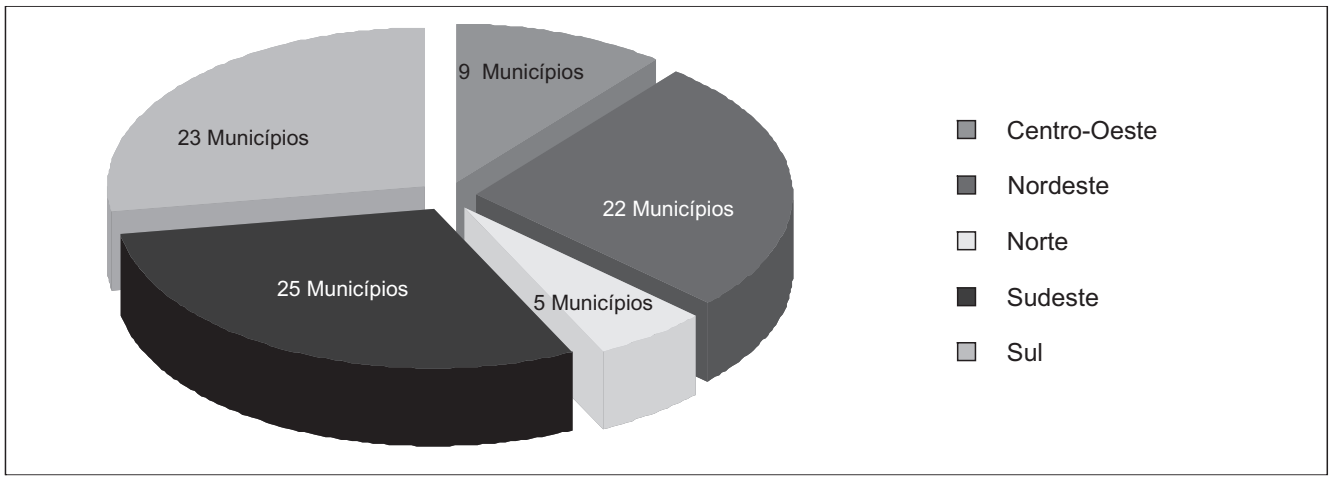


Gráfico 1. Distribuição dos projetos PET-Saúde aprovados por região do País – ano letivo de 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

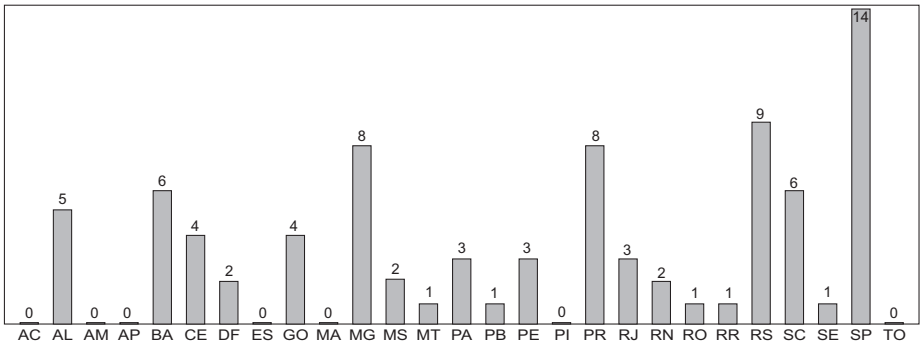


Gráfico 2. Distribuição dos projetos PET-Saúde aprovados por Unidade da Federação – ano letivo de 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

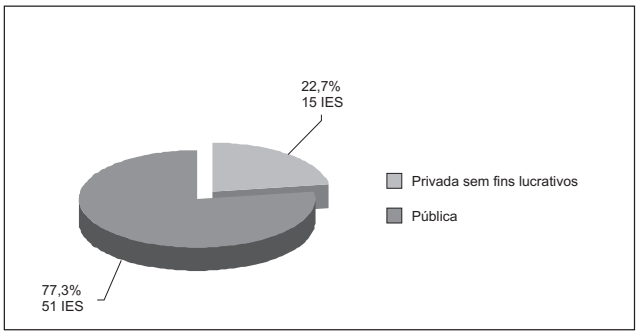


Gráfico 3. Número de IES selecionadas por categoria administrativa – PET-Saúde– ano letivo de 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

GRUPOS E BOLSAS PET-SAÚDE

Cada grupo PET-Saúde é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes – sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas – e seis preceptores.

São 306 Grupos PET-Saúde desenvolvendo atividades em 2009. Isto representa 5.814 bolsas/mês, além da participação de 5.508 estudantes não bolsistas, totalizando 11.322 participantes/mês (Gráfico 6).

As bolsas PET-Saúde têm como referência valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, o valor das bolsas de tutores acadêmicos e de preceptores é de R$ 1.045,89, e o da bolsa incentivo para os estudantes é de R$ 300,00, correspondendo ao valor da bolsa de iniciação científica[1,6].

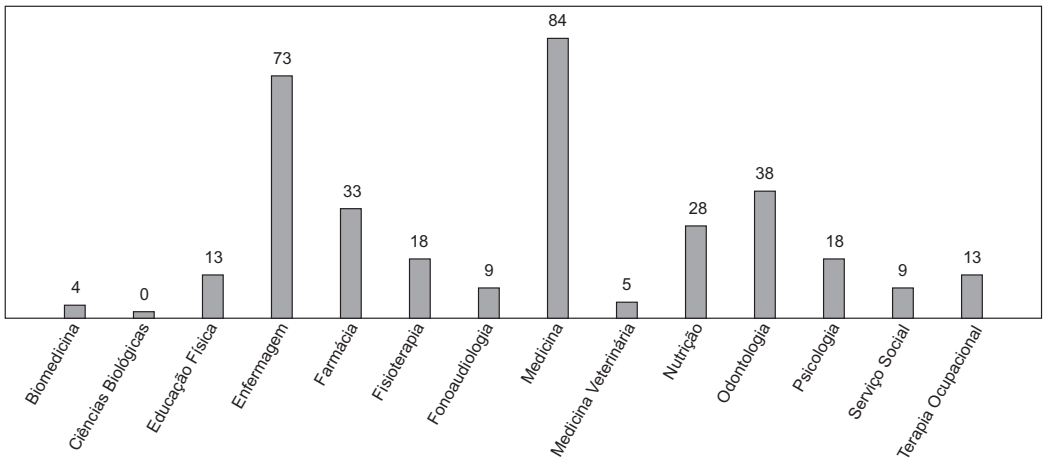


Gráfico 4. Número de cursos selecionados – projetos PET-Saúde – ano letivo de 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

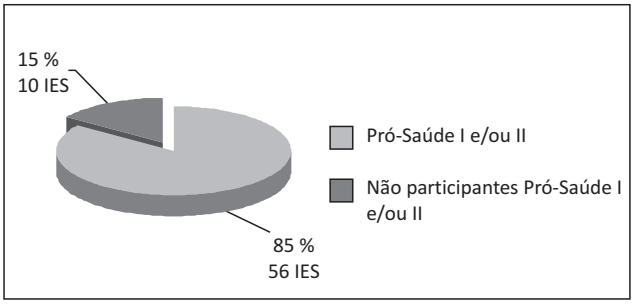


Gráfico 5. Número de IES participantes e não participantes do Pró-Saúde – 2009.

abre perspectivas também com relação a mudanças no processo de financiamento de outras ações, como no caso da residência médica e multiprofissional.

O gerenciamento do programa e a operacionalização dos pagamentos ocorrem por meio do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (SIG-PET-Saúde)[11,12]. O Sistema viabiliza a inserção dos dados cadastrais dos participantes, as autorizações mensais de pagamento das bolsas e os registros da execução técnica de atividades desenvolvidas.

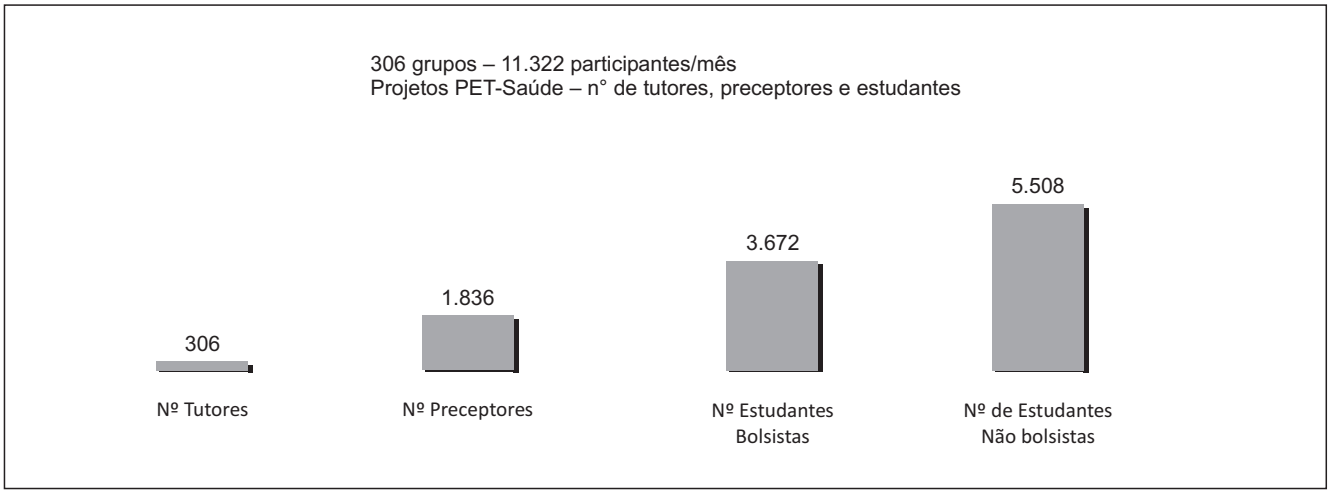


Gráfico 6. Número de participantes PET-Saúde, por modalidade – ano letivo de 2009.
Fonte: Deges/SGTES/MS.

Os repasses financeiros são operacionalizados pelo Fundo Nacional de Saúde, em parceria com o Banco do Brasil, por meio de depósitos efetuados diretamente na conta dos beneficiários[11,12]. Até o momento, foram pagas 22.733 bolsas PET-Saúde relativas às atividades desenvolvidas de abril a julho de 2009.

No que se refere ao planejamento financeiro, o início do pagamento das bolsas PET-Saúde, em 2009, representou para o Ministério da Saúde uma inovação. É a primeira vez que o Ministério da Saúde estabelece um mecanismo para pagamento direto de bolsas. Até então, os instrumentos disponíveis para repasse de recursos eram restritos a convênios, descentralização de recursos entre órgãos federais ou repasse fundo a fundo para os fundos estaduais ou municipais, vinculados às Secretarias de Saúde. A capacidade de induzir políticas, e ao mesmo tempo, monitorar e avaliar o desempenho das ações implementadas se aperfeiçoa a partir dessa nova possibilidade e

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Os 84 projetos PET-Saúde em implementação no País desenvolvem *Planos de Pesquisa para Qualificação da Atenção Básica em Saúde*. O Gráfico 7 apresenta um levantamento dos temas de pesquisa propostos pelos projetos selecionados para participação no programa, conforme pesquisado e sistematizado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Em conformidade com a legislação vigente do programa, o monitoramento e a avaliação dos grupos PET-Saúde são fundamentados nas seguintes diretrizes[11,12]:

1. Relatório técnico semestral e final das atividades dos grupos PET-Saúde;

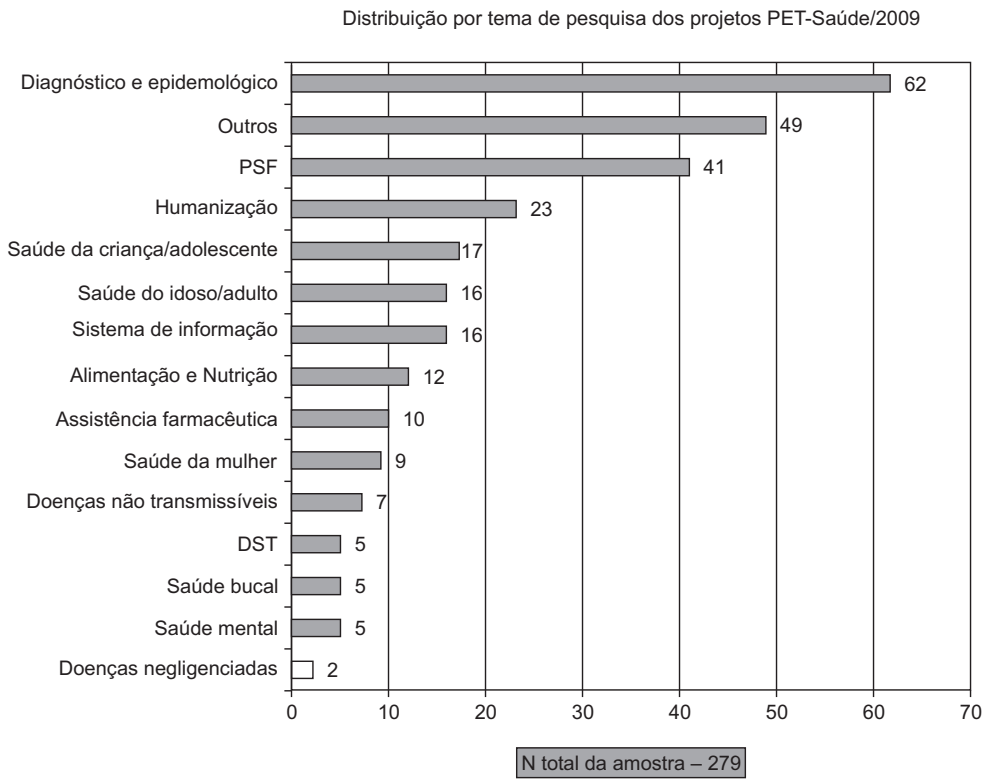


Gráfico 7. Distribuição dos projetos PET-Saúde por tema de pesquisa proposto.
Fonte: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS e Deges/SGTES/MS.

II. Participação dos alunos dos grupos em atividades, projetos e programas de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito do PET-Saúde;

III. Desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas, contribuindo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;

IV. Produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família;

V. Planos de pesquisa em consonância com as áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde[13];

VI. Projetos que contemplem a interdisciplinaridade, a atuação multiprofissional e a integração ensino-serviço;

VII. Projetos que contemplem a interação com a comunidade;

VIII. Alinhamento das atividades dos grupos PET-Saúde a políticas públicas e de desenvolvimento na sua área de atuação (Pró-Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Programa Telessaúde Brasil, UNA-SUS, entre outras);

IX. Publicações e participações em eventos acadêmicos dos professores tutores, preceptores e estudantes;

X. Instituição e desenvolvimento de atividades no âmbito dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica;

XI. Relatórios de autoavaliação de estudantes, preceptores e tutores;

XII. Resultados dos processos avaliativos do Ministério da Educação, considerando o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)[14];

XIII. Inserção de informações atualizadas no Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (SIG-PET-Saúde) pelos coordenadores dos projetos.

TUTORES E PRECEPTORES PET-SAÚDE

Recente levantamento realizado pela equipe técnica do Deges/SGTES/MS relacionou, por categoria profissional, os 308 tutores acadêmicos e 1.816 preceptores participantes do programa que se encontravam cadastrados no SIG-PET-Saúde em agosto de 2009. Os resultados, demonstrados nos Gráficos 8 e 9, indicam que a maioria dos tutores (71,8%) faz parte das equipes básicas de Saúde da

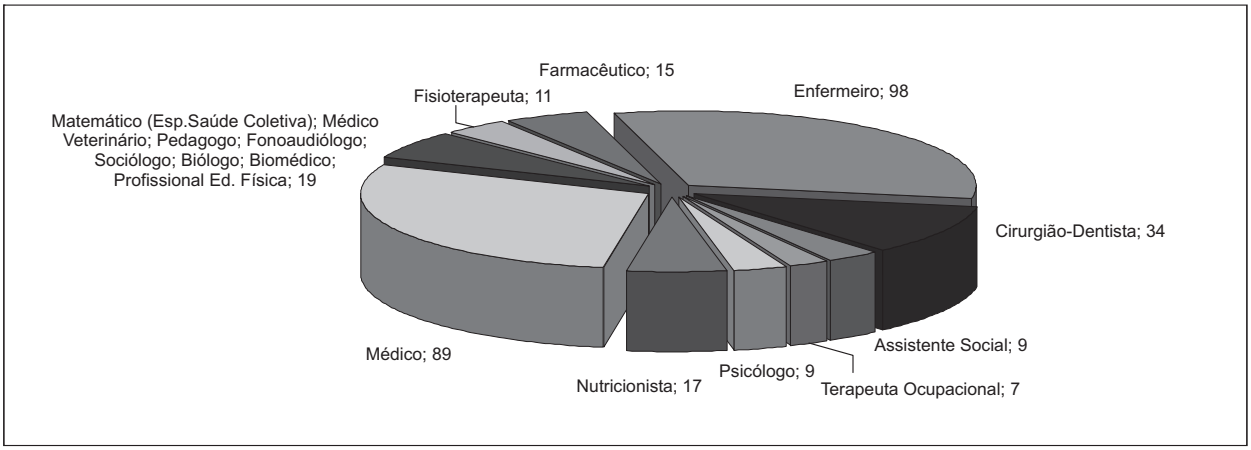


Gráfico 8. Número de tutores PET-Saúde por categoria profissional.
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais (SIG-PET-Saúde) – Deges/SGTES/MS, agosto de 2009.

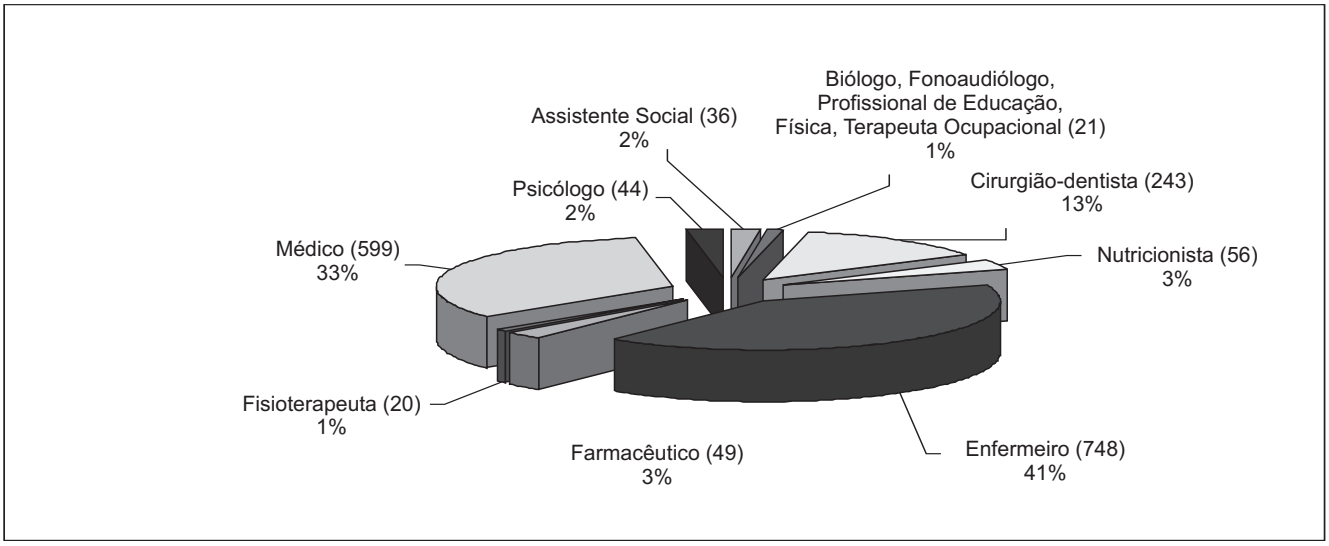


Gráfico 9. Número de preceptores PET-Saúde por categoria profissional.
Fonte: CNESNet/SAS e SIG-PET-Saúde – Deges/SGTES/MS, agosto de 2009.

Família e Saúde Bucal (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), bem como a maioria dos preceptores (87,5%). A participação proporcionalmente menor das demais categorias profissionais reflete o número ainda pouco expressivo no País dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) cadastrados no Ministério da Saúde, que, segundo dados do DAB/SAS/MS de junho de 2009, totalizavam 589.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a educação como uma ferramenta de gestão, um instrumento de transformação de práticas de atenção em saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, cumprindo seu papel de ordenador da formação de profissionais na área da saúde, espera que investimentos no planejamento e na gestão da educação na saúde repercutam positivamente na construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população.

Neste contexto, entre os resultados esperados com o apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento do PET-Saúde, destacam-se o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política

Nacional de Atenção Básica em Saúde[13], a constituição de Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica e a adoção de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2008.
2. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Brasília; 2005.
3. Brasil. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Programa de Educação Tutorial – PET e dá outras providências. Brasília; 2005.
4. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília; 2007.
5. Brasil. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília; 2007.
6. Brasil. Edital SGTES nº 12, de 3 de setembro de 2008. Brasília; 2008.
7. Brasil. Edital SGTES nº 15, de 12 de novembro de 2008. Brasília; 2008.
8. Brasil. Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 1998.
9. Brasil. Portaria Conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2009.
10. Brasil. Portaria Conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2009.
11. Brasil. Portaria Interministerial nº 917, de 6 de maio de 2009. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2009.
12. Brasil. Portaria nº 3, de 7 de maio de 2009. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2009.
13. Brasil. Portaria MS nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
14. Brasil. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília; 2004.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Esplanada dos Ministérios,
Bloco G – Edifício Sede – sala 725
CEP. 70058-900 – Brasília – DF
E-mail: petsaude@saude.gov.br

[I] Cirurgiã-Dentista, Professora Doutora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Universidade de São Paulo (USP). Assessora do Ministro da Educação (2003-2005). Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

[II] Médico, Doutor em Saúde Pública. Pós-doutorado pela OMS. Professor Adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

[III] Bióloga, Mestre em Educação, Técnica Especializada do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

[IV] Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

[V] Nutricionista, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica da Saúde, Assessora Técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

VI Cirurgiã-Dentista, Especialista em Saúde Pública, Consultora Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS.

DIRETRIZES PARA O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA (SBMFC E ABEM)

Gustavo Gusso[I]; João José Neves Marins[II]; Marcelo Marcos Piva Demarzo[III]; Mourad Ibrahim Belaciano[II]; Rodrigo Cariri C. de Almeida[II]; Airton Tetelbom Stein[IV]; Fabiano Gonçalves Guimarães[IV]; Felipe Proenço de Oliveira[V]; Fernanda Plesmann de Carvalho[VI]; Flavio Dias Silva[IV]; Francisco Arsego de Oliveira[VII]; Gustavo Tenório Carlos[VIII]; Jaciara Bezerra Marques[IX]; Leika Aparecida Ishigama Geniole[IV]; Lia Márcia Cruz da Silveira[X]; Maria Eugênia B. Pinto[IV]; Maria Inez Padula Anderson[X]; Nayra Almeida da Silva[IV]; Rodrigo Cechelero Bagatelli[V]; Sandro R. Rodrigues Batista[IV];Tânia de Araújo Barboza[IV]; Thiago Dias Sarti[XI]; Vitor Barreto[IV]

INTRODUÇÃO

A graduação em Medicina no Brasil tem mudado progressivamente desde o movimento deflagrado na década de 1990, que teve como marco a Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo em 1988. Um marco reconhecido na política educacional brasileira é a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que apoiam a transformação dos currículos mínimos ainda inadequados. Estas diretrizes flexibilizam as organizações curriculares, possibilitando a construção de projetos político-pedagógicos mais condizentes com o pensamento contemporâneo.

A política de saúde no Brasil também experimenta um marco em sua história recente com a Constituição de 1988, que instituiu em todo o território nacional um sistema universal de saúde, o SUS. Dentre inúmeras proposições contundentes, a Constituição Federal dispõe que a ordenação da formação de recursos humanos também é competência do SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS) é ponto de convergência entre estas duas políticas, na medida em que as DCN apontam para uma integração com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da Medicina dos hospitais para toda a rede de saúde e tendo apostando na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar a atenção à saúde no País.

A partir destas disposições legais, as escolas médicas em todo o País vêm empreendendo inúmeros esforços para atender a estas diretrizes. O SUS, por sua vez, também vem desenvolvendo mecanismos de apoio determinantes no processo de mudança, seja por intermédio dos programas do Ministério da Saúde (Promed, Pró-Saúde, PET), seja nas iniciativas dos governos estaduais e municipais.

Neste contexto, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vêm se destacando pelo caráter público de suas ações (Quadro 1) e pelo comprometimento com esta agenda de estado. Assim, desde 2005, estas duas entidades vêm empreendendo esforços conjuntos de produção técnica e pedagógica para apoiar as escolas em seu processo de mudança (documentos disponíveis nos portais das entidades na internet: http://www.sbmfc.org.bre http://www.abem-educamed.org.br.

Em seu congresso nacional de 2007, a Abem mudou a organização do Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), com a instituição de fóruns de aprofundamento em temáticas que concentram grande mobilização e demanda das escolas. Estes fóruns perpassam a programação do congresso inteiro e continuam suas atividades permanentemente. O Fórum de Atenção Básica da Abem vem consolidando a produção de uma Proposta de Contratos de Cogestão de Território de Aprendizagem e um diagnóstico *on-line* para escolas, profissionais e estudantes sobre o ensino da atenção básica ou primária ainda em curso, além de servir como espaço permanente de troca de experiências de ensino em serviços, no âmbito da atenção primária.

A SBMFC criou em 2005 uma Diretoria de Graduação, que vem se encarregando de coordenar e incentivar a discussão da inserção da MFC e da APS na graduação em Medicina por meio de fóruns e documentos trabalhados coletivamente com seus sócios e entidades afins, como a Abem. Desde 2006, apoia as atividades da Associação Nacional de

Quadro 1.
Exemplos de fóruns de discussão da SBMFC e da Abem

I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade – I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na Graduação – setembro de 2005
44º Congresso Brasileiro de Educação Médica – II Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na Graduação – I Encontro de Ligas Acadêmicas de MFC e Saúde da Família – setembro de 2006
45º Congresso Brasileiro de Educação Médica – Oficina "Desafios do ensino e da aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na graduação e pós-graduação em Medicina" – outubro de 2007 Instalação do Fórum de Atenção Básica da Abem
IX Congresso Brasileiro de MFC, em Fortaleza (CE) – maio de 2008 – I Fórum de Formação em APS e MFC

Ligas Acadêmicas de MFC e Saúde da Família (Alasf). Em seu último congresso, em Fortaleza, em 2008, garantiu um espaço permanente de discussão da educação médica, os Fóruns de Formação em MFC e APS, dando grande ênfase à graduação.

A produção destes fóruns – sistematizada em relatórios disponíveis também nas revistas das duas entidades (disponíveis nos portais das entidades na internet: www.sbmfc.org.br e www.abem-educamed.org.br) – foi o ponto de partida fundamental para esta produção, assim como ajudou processualmente a pensar a sua necessidade e pertinência.

Para a produção destas Diretrizes, os proponentes partiram do exame desses documentos (Quadro 2), de publicações de pesquisadores nacionais das áreas de Saúde Coletiva e de Educação Médica, além de resoluções internacionais para o ensino na Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica com foco privilegiado na APS.

A partir do exame desses documentos, da produção dos fóruns e das discussões nos congressos da Abem e da SBMFC, identificamos a necessidade de apontar Diretrizes Operacionais para o Ensino em Atenção Primária à Saúde para os cursos de Medicina. Pensamos, com isso, olhar ainda mais atentamente para as escolas e oferecer caminhos para a consolidação das DCN no cotidiano dos processos de ensino-aprendizagem.

METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES

Realização de uma oficina de três dias (24 a 26 de julho de 2009) com professores e preceptores com atuação na APS e MFC, com a construção de um documento preliminar que deve seguir em consulta pública nos sítios das duas entidades e novamente discutido no próximo Cobem e no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), garantindo participação ampla, coletiva e democrática de professores, preceptores, estudantes, gestores e pessoas da comunidade.

Dinâmica da oficina

- 1º dia – troca de experiências e eleição de eixos para a discussão em grupos;
- 2º dia – discussão sobre os documentos de referência (Quadro 2) e debate sobre conceitos-chave para a oficina. Construção de Diretrizes Operacionais sobre os objetos de ensino-aprendizagem, as metodologias sugeridas, os momentos e o espaço formativos, e os principais atores envolvidos;
- 3º dia – síntese do documento.

Conceitos adotados

Diante da heterogeneidade de conceitos que dispõem sobre o tema da educação médica e da Atenção Primária à Saúde, optou-se por discutir e obter consenso, entre os proponentes e participantes da oficina, sobre os conceitos a adotar. Assim, para efeito destas diretrizes, adotaram-se os seguintes conceitos:

- **Atenção Primária à Saúde ou Atenção Primária ou Atenção Básica** – entendido como primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais, e estratégia política e princípios para (re)organização dos serviços e sistemas de saúde. Para isto, ne-

Quadro 2.
Documentos de referência

A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades – Documento SBMFC
Papel da rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica – Diretrizes – Documento Abem
Perfil del medico de familia – Definición Iberoamericana
Agenda educativa do European Academy of Teachers in General Practice (Euract)
Produção do Seminário Internacional – Os desafios do ensino da Atenção Básica – Graduação em Medicina – Organizado pelo Ministério da Saúde em julho de 2007
Diretrizes da Society of Teachers of Family Medicine, publicadas em janeiro de 2009
La formación médica en el pregrado – I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar – Documento de trabalho

cessita de práticas profissionais específicas e construídas de modo complexo, integral e sistêmico de pensar e entender o processo saúde e adoecimento. Admite-se que no Brasil se adota para esse conceito o nome de "Atenção Básica" em algumas situações, com a mesma conotação, e que sua expressão atual na política de saúde é a Estratégia de Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (PNAB). Para essas Diretrizes, o consenso foi a adoção do nome "Atenção Primária à Saúde" (APS), de conotação internacional e geral, seguindo o conceito acima explicitado e em consonância com a PNAB (2006).

- **Medicina de Família e Comunidade** – especialidade médica internacionalmente valorizada e reconhecida, com foco privilegiado em APS e com papel fundamental na consolidação do ensino médico na atenção primária, tanto na graduação, como na pós-graduação. Segue os mesmos princípios da APS, com acesso ilimitado às pessoas de qualquer idade e suas condições de saúde e doença, contextualizadas em suas famílias e comunidades, segundo um território com especificidades epidemiológicas conhecidas, incluindo incidência e prevalência singulares para o cuidado clínico e preventivo. Presta e coordena os cuidados médicos de forma contínua, longitudinal e integral, e de forma integrada com os outros profissionais de saúde da APS, devendo ter formação específica, com alto domínio e autonomia na prática e manejo dessas situações e princípios.
- **Saúde Coletiva** – área do conhecimento genuinamente brasileira, referenciada também em fundamentos epistemológicos da APS e MFC, surgida no movimento de redemocratização no Brasil no seio do movimento da reforma sanitária. Herdeira da antiga Saúde Pública, alberga as grandes áreas da epidemiologia, ciências sociais e da gestão. Reconhece-se a heterogeneidade de pensamento e posições na área, identificando-se nesse documento os que se dedicam a pensar a importância das práticas de saúde, assim como a gestão ou a economia do sistema.
- **Diretrizes e Competências Educacionais** – também há grande variedade de conceitos sobre como organizar e apresentar objetivos educacionais. Optou-se por seguir o movimento instalado no Brasil de garantir e respeitar a autonomia das escolas e oferecer diretrizes para o ensino de Medicina, na Atenção Primária à Saúde. Estas diretrizes devem estar orientadas pelo conceito de competências educacionais que sintetizem conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos médicos em formação. Estas diretrizes compõem, junto com outras, as competências para a formação do profissional médico.

RESULTADOS PRELIMINARES

Os resultados apresentados estão organizados como Contribuições da Atenção Primária para a Graduação em Medicina, Objetos de Aprendizado, Metodologias e Estratégias Didáticas sugeridas, Momentos e Espaços Formativos, e os principais atores envolvidos (docentes e preceptores). Na construção destas diretrizes foram utilizados documentos de referência (Quadro 2), como, por exemplo, o da Euract (2005) para o especialista em Medicina de Família e Comunidade, sobretudo na definição dos objetos formativos.

Em algumas situações, não houve consenso entre os participantes desta oficina e acredita-se que esse fato, nesse momento, pode contribuir para a ampliação do debate acadêmico e profícuo, até o fechamento do documento final, previsto para ocorrer no início de 2010.

1 – "Por quê?" – Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em Medicina

- Favorece o estudante a lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, em sua complexidade clínica e cultural, contextualizando os indivíduos em seu território vivo;
- Possibilita ao estudante atuar em relação ao indivíduo e ao coletivo de maneira integral, longitudinal e contextualizada com a realidade local e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- Constitui cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento (ciências básicas, especialidades médicas e saúde coletiva);
- Contribui para que o estudante tenha uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde;
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade;
- Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde de forma contínua e longitudinal;
- Contribui para a conceituação de saúde e adoecimento, respeitando o saber do outro e da comunidade local;
- Contribui para a concepção de conhecimento dinâmico e em construção, que articule outros conhecimentos e realidades;
- Favorece o desenvolvimento de competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.

2 – "O quê?" – Objetos de ensino-aprendizagem

As experiências compartilhadas nesta oficina, e na experiência da Abem e SBMFC, demonstram que há diferentes formas de organizar o saber em APS. Para efeitos didáticos, optou-se pela forma apresentada na Figura 1. Durante a oficina, observou-se que há diversidade entre os cursos de Medicina quanto à abordagem cronológica de inserção dos objetos de EA no ensino da APS. Alguns partem da abordagem individual para progressivamente construir abordagens coletivas (familiares e comunitárias), e vice-versa. Na opinião dos participantes da oficina, esta ordem cronológica não interfere no desenvolvimento da competência final em APS, desde que as três abordagens constituam eixos estruturantes da formação médica e sejam suficientemente desenvolvidas ao longo dos seis anos do curso.

Ao final do sexto ano, o estudante de Medicina deve ter competência nas três dimensões seguintes, de forma integrada.

Na *abordagem individual* deve:

- Conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa, integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutiva, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte, porém singularizando o processo;
- Gerir o primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não selecionados;
- Desenvolver e aplicar a consulta do médico de família e comunidade para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia deste;
- Relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade;
- Reunir e interpretar seletivamente a informação recolhida na anamnese, no exame objetivo e nos exames complementares, e aplicá-la a um plano de ação adequado, em colaboração com o paciente;
- Gerir as situações que se apresentem precocemente e de forma indiferenciada;

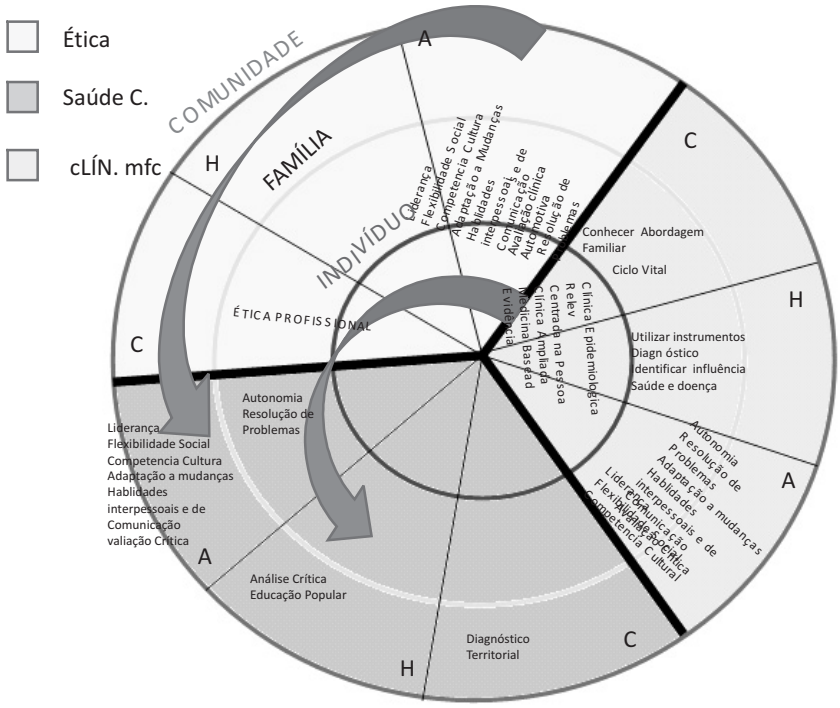


Figura 1. Complexidade do saber em APS.

- Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, tanto problemas de saúde agudos como crônicos do indivíduo;
- Promover a saúde e o bem-estar, aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis;
- Realizar a semiologia da pessoa no contexto da APS;
- Lidar com a incerteza e com os instrumentos de decisão clínica e terapêutica no contexto da APS.

Na *abordagem familiar* deve:

- Conhecer e lidar com as distintas fases do ciclo vital da família;
- Conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o genograma e o ecomapa, na abordagem familiar
- Identificar a influência das relações intrafamiliares no processo saúde-adoecimento.

[Não consensual: até que nível de intervenção da abordagem familiar deve ser desenvolvido na formação do médico geral?]

Na *abordagem comunitária* deve:

- Conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico epidemiológico e sociodemográfico e correlacioná-los com sua prática clínica;
- Analisar criticamente a organização da sociedade, os modos de produção presentes nela e os determinantes do processo saúde-adoecimento, e desenvolver competências para intervir no processo saúde-doença;
- Desenvolver competências culturais contextualizadas;
- Compreender o que é "território vivo";
- Participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular;
- Intervir nas necessidades de saúde do território, acessando os diversos setores relacionados;
- Desenvolver noções de vigilância em saúde.

3 – "Quando?" – Momentos formativos

A troca de experiências entre os participantes da oficina confirmou a visão geral de que a distribuição atual das ati-

vidades na APS durante a graduação é diversificada nas instituições de ensino. Na maioria das escolas, o ensino se dá no início do curso com atividades de diagnóstico e estudos sobre os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento e depois no internato. Há uma sensação de hiato na atuação em APS que compromete os princípios desta e diminui suas potencialidades em contribuir para o perfil de profissional desejado.

Assim, impõe-se destacar para o ensino em APS as seguintes diretrizes quanto aos tempos de inserção nas diversas grades curriculares de Medicina:

- Deve ser uma inserção desde o início do curso e com continuidade ao longo de todo o curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e de preferência com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso;
- Deve incluir, desde o primeiro ano, as atividades que envolvem as abordagens do indivíduo, família e comunidade, de forma integrada;
- Deve introduzir módulos, disciplinas ou unidades educacionais de Medicina de Família e Comunidade e de estágio centrado na clínica de Medicina de Família e Comunidade nos ciclos e anos intermediários (3º e 4º anos e períodos correspondentes);
- As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo dos anos na APS, incluindo os estágios práticos, devem ser sedimentadas durante o internato (5º e 6º anos), em estágios de treinamento clínico em serviços de APS, sob supervisão.

4 – "Como?" – Diretrizes metodológicas e estratégias didáticas

Como diretrizes metodológicas e didáticas são propostas:

- Metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem como referência das práticas nas Unidades de Saúde, integrando prática e teoria, problematizando a realidade e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos de forma espiral (progressiva) e com diversidade de cenários e atividades;
- Favorecer ambiente multi e interdisciplinar, e atuação conjunta com estudantes e profissionais de outras áreas;
- Inserção significativa (objetivos claros de ensino e cronograma de trabalho, evitando estágios de observação apenas); estratégias que impliquem o aluno na corresponsabilização do cuidado/contribuição para o serviço em que ocorre a prática, construindo projetos terapêuticos com a equipe de saúde dentro de cada unidade;
- Inserido no contexto do desenvolvimento das habilidades clinicas, com foco no seguimento de pessoas e famílias desde o início da graduação;
- Integrado com outras disciplinas no curso de Medicina, possibilitando espaços de troca, tanto ao longo do curso como num semestre específico;
- Promover a construção e a utilização de condutas baseadas em evidências científicas, estimulando e aproximando o aluno da investigação e da produção científica, ao mesmo tempo não se esquecendo de singularizar o processo de produção do cuidado;
- O que fazer na comunidade deve ser pactuado com a equipe, com a gestão do sistema e com a comunidade. O preceptor deve ter agenda compatível com as atividades de ensino e assistência;
- Utilizar estratégias de ensino a distância e telessaúde;
- Buscar integração com pesquisa e extensão;
- Utilizar também métodos avaliativos formativos, além dos somativos, contextualizados e adequados ao desenvolvimento de competência em APS.

5 – "Onde?" – Espaços formativos

Embora o espaço formativo seja um dos definidores do objeto desta oficina, os participantes resolveram detalhar e qualificar o que se entende como cenários ou equipamentos de APS adequados como espaço formativo para a graduação em Medicina, conforme as seguintes diretrizes:

- Unidades e equipamentos de saúde próprios de APS, incluindo o sistema suplementar, desde que possibilitem o desenvolvimento das competências definidas acima, dentro da lógica definida *neste momento* pela PNAB (2006) e com estrutura mínima para receber atividades de ensino. Essa estrutura mínima deve ser pactuada entre ensino-serviço-gestão e comunidade;
- Preferencialmente Unidades de Saúde da Família ou similares, integradas à rede municipal, como estímulo para que a universidade ou instituições de ensino participem e contribuam no desenvolvimento dessa rede;
- Preferencialmente concentrar as atividades em determinado território ou distrito, a fim de permitir melhor

acompanhamento e contextualização do desenvolvimento das atividades, integrando os diversos níveis do sistema de saúde (rede);

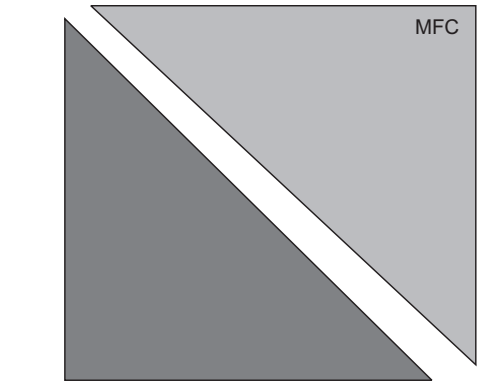
- Preferencialmente Unidades de Saúde que tenham Programas de Residência em MFC;
- Utilizar equipamentos comunitários como espaço de formação.

6 – "Quem?" – Docentes e preceptores

Esta foi, sem dúvida, a questão mais discutida. Tentou-se aqui encontrar um consenso sobre a participação do especialista em Medicina de Família e Comunidade, considerando as evidências, os benefícios e o acúmulo internacional sobre a participação deste especialista no ensino da APS na graduação em Medicina, respeitando as necessidades e a autonomia de cada escola na organização de seu corpo docente. Sendo assim, propõe-se que:

- É fundamental a participação do médico especialista em MFC (com residência médica ou título de especialista em MFC) no quadro de docentes. Recomenda-se ter uma representatividade da MFC entre os docentes universitários, para se adequar ao modelo pedagógico, às necessidades de saúde da população e à Política Nacional de Saúde vigente. Devem-se criar vagas docentes e espaços na estrutura universitária que garantam a presença do médico especialista em MFC e dos demais profissionais da APS;
- O ensino de Medicina na APS deve ser sempre realizado pelo médico especialista em MFC na abordagem individual e predominantemente na abordagem familiar, em especial nos anos intermediários do curso e no internato. Caso não exista este especialista, a universidade deve pactuar com os gestores universitários e do sistema de saúde a especialização deste profissional médico. Deve-se desenvolver um programa de educação permanente para a docência e para os médicos dos serviços (preceptores) pela IES, devendo seguir uma construção conjunta desses dois atores;
- Deve haver a presença do professor na equipe de saúde, para acompanhar, supervisionar e avaliar o processo de ensino-aprendizagem, e não apenas na pactuação;
- Deve-se desenvolver uma relação ótima entre o número de preceptores e o de estudantes, como a definida pelo PET-Saúde, pensando na qualidade da preceptoria.

Por fim, chegou-se a propor uma representação gráfica que sugere a referência docente para o estudante ao longo do curso:



OBSERVAÇÕES FINAIS

Este é um documento preliminar, que visa desencadear as discussões sobre estas diretrizes. Trata-se, sobretudo, de um documento construído com a intenção de apoiar as escolas médicas de forma objetiva e prática na elaboração de seus projetos pedagógicos. Por isso, propõe-se como um documento a partir do contexto atual e das dificuldades encontradas neste momento da educação médica brasileira. Das diretrizes apontadas cabe sublinhar que, desde o momento inicial de diagnóstico, algumas questões se destacaram no debate e posteriormente na síntese das propostas.

As reformas curriculares em curso e mesmo os cursos mais novos que já surgiram no ambiente de reforma da graduação ainda estão distantes dos objetivos apontados pelas DCN. O núcleo do saber e do agir médico encontra-se no aprendizado da clínica, mais especificamente do raciocínio clínico e semiológico. Neste ponto as reformas ainda tangenciam os enfrentamentos mais nodais e necessários. Quanto às potencialidades da APS para o ensino da Medicina na graduação e a todas as iniciativas de fomento governamental, estas ainda persistem subaproveitadas e em posições marginais na formação do pensamento clínico.

Por isso, destaca-se a imperiosidade de que o ensino em atenção primária esteja presente ao longo de todo o curso, de preferência com inserções significativas (de aprendizado real e a partir do trabalho), e que, sobretudo, faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico.

A experiência acumulada pelos especialistas em Medicina de Família e Comunidade em todo o mundo e os resultados que podemos acompanhar a partir da inserção destes nos corpos docentes das instituições de ensino chegam, em algumas situações, a fazer parte de indicadores de avaliação de qualidade de sistemas e serviços de saúde e, em nossa opinião, precisam ser considerados no processo brasileiro.

A qualificação dos serviços que acompanha o amadurecimento da política nacional de Atenção Básica, em especial com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, é outro fator determinante para a efetivação dessa nova maneira de pensar, agir, ensinar e aprender em saúde, e jamais deve ser negligenciada.

Encerramos este documento preliminar apontando a necessidade atual de outros processos institucionais e da política de Estado da saúde. É necessária, portanto, uma agenda que discuta estratégias de ampliação e renovação do quadro de docentes das instituições de ensino superior, assim como a qualificação dos serviços de APS, expressos em contratos claros de compartilhamento de objetos de gestão e ensino.

Rio de Janeiro, julho de 2009

I Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

II Associação Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

III Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

IV Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

V Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

VI Programa Saúde da Família Santa Marcelina, São Paulo, Brasil.

VII Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

VIII Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

IX Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

X Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

XI Centro Universitário de Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SOCIEDADE: INTERAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE ARTICULAÇÃO ENSINO, SERVIÇO, SOCIEDADE IMPLEMENTADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Derly Silva Streit[I]; Dione Tavares Maciel[II]; Maurício Braz Zanolli[III]

INTRODUÇÃO

A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) congrega instituições, dirigentes, professores e estudantes de Medicina, visando contribuir para o aperfeiçoamento da formação na área médica e a consequente melhoria na atenção à saúde em nosso país. Desenvolve ações, na maioria das vezes, de forma conjunta com as representações de diversas áreas profissionais e estudantis, e com os órgãos governamentais, sem, todavia, perder a autonomia referendada por nossos ideais institucionais. Participante, com outras entidades, na construção das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina e, de forma integrada, à Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), à Rede Unida e a outros movimentos, defende uma escola médica com relevância social e comprometida com a construção do Sistema Único de Saúde.

Decorridos oito anos da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), foi percebida nos vários Congressos Brasileiros de Educação Médica a necessidade de rever os aspectos mais importantes para a formação do médico que o País precisa ter. Esses aspectos se apresentam como entraves, com várias facetas, dificultando a implementação das DCN, quando deveria estar ocorrendo a revisão destas. Tentando avançar na tentativa de soluções para estes aspectos, a Abem elaborou dois grandes projetos: o da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), que já avançou bastante e hoje já está se expandindo para outros cursos da área da saúde, e o de Contribuição para a Formação de Médicos de acordo com as Necessidades da Sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde.

O objetivo geral do projeto é: desenvolver ações para incentivar e colaborar para as escolas médicas brasileiras formarem médicos de acordo com as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina de acordo com as necessidades da sociedade brasileira e contribuir para a mobilização de docentes, estudantes, gestores, usuários e profissionais de saúde para criar condições favoráveis às mudanças curriculares nos cursos de Medicina, voltados a atenderem às necessidades sociais. Este projeto compreende quatro subprojetos: Atenção Básica, Formação Geral do Médico, Avaliação do Estudante e Internato.

SUBPROJETO INTERNATO

Tem como objetivo elaborar uma proposta de Diretrizes Curriculares para o Internato (estágio curricular do estudante de Medicina nos dois últimos anos do curso médico) que esteja de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA LEGISLAÇÃO SOBRE O INTERNATO

O internato, ou estágio curricular obrigatório no curso médico, tem sua primeira regulamentação em 1969, quando o Conselho Federal de Educação (CFE) editou a Resolução CFE nº 08/1969[1], que criava a obrigatoriedade do estágio profissional (internato). Na XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), foi

estabelecida a construção de um projeto para o conhecimento de como era o internato nas escolas médicas brasileiras. Assim, em 1981, a Abem apresentou o resultado do estudo das escolas médicas do Rio de Janeiro e da Região Sul, que fundamentou a parceria com o MEC para a realização de um projeto cujo objetivo era diagnosticar as características do internato nas 75 escolas médicas da época, mediante visitas dos membros da Abem a todas. Os resultados desse estudo foram analisados pelo MEC, o que foi determinante para uma mudança na forma como esses estágios eram feitos nos cursos médicos.

Por conseguinte, em maio de 1983, o Conselho Federal de Educação do MEC publicou a Resolução nº 09[2], que conceituava o internato como o último ciclo do curso médico, livre de disciplinas acadêmicas, com treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente em instituição de saúde vinculada ou não a uma IES. Formula como um dos objetivos principais a formação de um médico geral, que tenha resolutividade. Atenta que, nessa fase do aprendizado, o estudante deve ampliar, integrar e aplicar conhecimentos adquiridos nos ciclos anteriores com o objetivo de se adestrar em técnicas e habilidades indispensáveis ao exercício dos atos médicos básicos. O próprio MEC àquela época já estimulava a interação multiprofissional e o aproveitamento das experiências estudantis em atividades resultantes da interação entre a escola médica e a comunidade em trabalhos extra-hospitalares ou de campo.

Essa resolução também prevê o estímulo ao interesse pela promoção e preservação da saúde e pela prevenção das doenças, o desenvolvimento da consciência das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a comunidade, bem como a necessidade de aperfeiçoamento profissional continuado.

A organização do internato também foi regulamentada por essa mesma resolução, que resultou em um Manual do Internato do MEC. Este já previa como áreas de estágio a pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, e cirurgia, devendo se estender por dois a quatro semestres, sendo as férias eliminadas no internato de dois semestres, ou serem mínimas, mas condizentes com o descanso do estudante, e devendo atender aos serviços com a confecção de uma escala de férias. O manual determinava que a carga horária total do estágio curricular obrigatório não deveria ser inferior a 1.800 horas. Também havia uma preocupação com a avaliação do interno, pois estabelecia que deveriam ser avaliados conhecimentos, habilidades e atitudes, e a frequência integral era obrigatória.

A Resolução nº 09[2] do CFE/MEC também indicava a obrigatoriedade de convênio entre a IES e a unidade de saúde. Ainda estabelecia que o cenário de aprendizagem deveria ter pessoal médico capacitado, que a relação orientador/interno não ultrapassasse 1/10, que era mandatório criar uma Comissão de Internato com representantes das escolas e dos cenários de aprendizagem, e que a escola aplicasse uma prova final.

Até 2001, quando foi publicada a Resolução CNE/CES nº 04[3], o internato tinha como orientação apenas a Resolução nº 09[2] do CFE/MEC de maio de 1983, a Diretriz Curricular Nacional para o curso médico. Assim, o estágio curricular obrigatório para o curso médico deixa de ter uma orientação nacional detalhada e passa a constar em apenas um artigo e um parágrafo na Resolução CNE/CES nº 04 de 2001[3].

A carga horária mínima de um curso médico é de 7.200 horas, devendo então o internato ou estágio curricular obrigatório ter no mínimo 2.520 horas e cumprir o determinado no artigo 7º da Resolução CNE/CES nº 04 de 2001[3].

A Lei 11.788[4] de setembro de 2008 regulamenta os estágios curriculares de todas as áreas do conhecimento, legislando, assim, sobre o internato, antes que este fosse regulado por uma diretriz nacional específica, que era o caso da Resolução CFE/MEC nº 09[2] de maio de 1983.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O internato é a parte da formação médica de graduação que teve um tratamento mais superficial nas Diretrizes Curriculares. Foi chamado de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, tendo sido apenas definidos elementos de estrutura mínima:

> A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Pare-

cer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.[3]

O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.[3]

O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.[3]

Existem muitos docentes de escolas médicas com grande experiência na organização do internato, na definição das competências a serem adquiridas em cada estágio, na capacitação dos supervisores do internato e na avaliação do estudante. Entretanto, ao contrário da atenção básica, em relação ao internato há relativamente pouca pesquisa. Existem poucos estudos sistemáticos e pesquisas feitas na área. Há necessidade de reunir as experiências existentes e sistematizá-las, e a proposta da Abem é produzir um texto com propostas de diretrizes gerais sobre o internato, de acordo com as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e no sentido de propor uma formação do médico adequada ao seu exercício profissional futuro. Essas diretrizes deverão incluir os seguintes pontos:

- Abordar os aspectos fundamentais da formação do médico, incluindo as competências e habilidades gerais previstas pelas Diretrizes Curriculares: "A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente";
- Estabelecer princípios para a definição dos conhecimentos, habilidades e atitudes a serem adquiridos durante o internato;
- A estrutura do internato separada do restante do curso médico deve ser repensada e evitada. A prática é o grande motivador da aprendizagem de adultos e, em especial, da formação de profissionais de saúde. Ao se integrar a teoria com a prática, os limites entre os primeiros anos e o internato devem se tornar menos precisos. O contato com a prática médica deve começar no primeiro dia de aula, e a formação básica deve ir até o último;
- A forma de avaliação dos internos deve ser repensada, no sentido de estabelecer uma avaliação formativa da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes;
- A capacitação pedagógica, a avaliação do docente/preceptor do internato, também é um aspecto fundamental;
- É preciso diversificar os cenários de prática, aumentando substancialmente o treinamento em ambulatórios e em especial em unidades básicas de saúde;
- Introduzir estágios junto à comunidade, a exemplo das experiências de internato rural;
- Introduzir conteúdos e treinamento em prevenção e promoção da saúde e reabilitação;
- Ter uma formação sistemática em medicina baseada em evidências;
- Discutir os princípios de incorporação da tecnologia na prática médica, tendo em vista os interesses da sociedade;
- Aprofundar o conceito de saúde e de atenção à saúde;
- Oferecer oportunidades de atuação em equipe multiprofissional;
- Oferecer sólida formação nos aspectos psicológicos, familiares, sociais, relativos ao trabalho e ambientais do adoecer;
- Discutir permanentemente os aspectos éticos da prática médica.

AÇÕES PROPOSTAS

- Constituição de um grupo de especialistas em educação médica;
- Levantamento da situação atual do internato e de experiências e propostas inovadoras de estágios curriculares nos cursos de Medicina;

- Realização de duas oficinas nacionais para discussão do tema;
- Elaboração de um documento-base para uma proposta de Diretrizes Curriculares para o Internato (estágio curricular do estudante de Medicina nos dois últimos anos do curso médico) que esteja de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina.

AÇÕES REALIZADAS

- Três Fóruns Nacionais realizados nos Cobems de 2006, 2007 e 2008, e diversos Fóruns Regionais, nos quais foi debatida a situação atual do internato, priorizando os modelos pedagógicos utilizados, os cenários de aprendizagem, a supervisão dos internos e a avaliação dos estudantes e dos programas. Também se discutiu que atividades deveriam ser desenvolvidas para atingir as competências gerais e específicas determinadas nas DCN, as quais deverão ser validadas;
- Elaboração de um questionário eletrônico a ser aplicado em todas as atuais 175 escolas médicas do País, a fim de conhecer a realidade do internato praticado, uma vez que isto foi realizado pela última vez em 1982, numa colaboração Abem-MEC, que resultou na resolução CFE, nº 09 de 25 de maio de 1983 para o internato em Medicina. Como em 1982, a aplicação deste questionário deve ter a parceria do MEC e do MS.

REPENSANDO O INTERNATO NA PERSPECTIVA DAS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO E AS CONTRIBUIÇÕES DO PRÓ-SAÚDE

FÓRUM DO INTERNATO (44º COBEM – GRAMADO 2006)

Coordenador: João José N. Marins (UFF/Abem)

Palestrantes: Maurício Zanolli (Famema), Dione Tavares Maciel (UPE), Derly Streit (FM Petrópolis), Geraldo Cury (UFMG/MS), Andréia Pinho (UFC/Denem).

Relatores dos grupos de trabalho: Geraldo Cury (Deges/SGTES/MS), Daividson Pires de Lima (UFMG), Sigisfredo Luiz Brenelli (Únicamp), Eliana Amaral (Unicamp), Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC), Tarcísio Machado (Famema), Igor Tavares (UFSC), Rozangela Fernandes Wyszomirska (Uncisal)

1. Metodologias de Ensinagem e Cenários de Prática

Prof. Mauricio Braz Zanolli (Famema)

O internato ideal constitui a fase da formação médica em que o estudante deverá completar o desenvolvimento dos atributos necessários para atingir as competências esperadas, previamente definidas de acordo com as diretrizes curriculares e com o perfil do profissional que a escola quer formar, sempre sob supervisão docente e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Na realidade, no internato o estudante aprende com a experiência, atendendo os clientes, aplicando os conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, procurando e incorporando novos conhecimentos necessários e desenvolvendo as habilidades e atitudes esperadas dele. Portanto, o estudante deverá aperfeiçoar suas habilidades profissionais, aprimorar hábitos e atitudes éticas e humanas, aprender tudo o que ainda não sabe e necessita saber, sempre com um processo de aprendizagem centrado no paciente e não na doença.

Como as competências – entendidas como conhecimentos, habilidades e atitudes – não são transmitidas de uma pessoa à outra, elas precisam ser construídas considerando os saberes já conhecidos das pessoas, bem como suas culturas. Para a construção de competências por meio de um processo ativo de ensino-aprendizagem (ensinagem clínica), é necessário: partir de experiências reais, baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, construídas/vividas pelos estudantes; apresentar tais experiências na realidade ou sistematizadas em problemas de papel ou em pacientes simulados; utilizar metodologias ativas de ensinagem, para compreensão da situação e proposição de soluções, caracterizando, assim, um processo de aprendizagem significativa.

Para desenvolverem competências de acordo com essas premissas, os professores precisam ser modelos (exemplos); devem iniciar com os conhecimentos prévios dos estudantes e a identificação de suas necessidades, para alcançar as competências desejadas; os estudantes devem ser treinados inicialmente em laboratórios de simulação, com modelos, entre os estudantes e com pacientes simulados, para depois terem um treinamento com os pacientes de maneira integrada e contínua nos diferentes cenários reais de aprendizagem. A avaliação deve ser constantemente formativa, sempre com *feedback,* e somativa apenas para a evolução do estudante no curso.

Portanto, a melhor metodologia de ensinagem é aquela integrada ao currículo, ativa, humanizadora, crítico-reflexiva, voltada para a integralidade e as necessidades de

saúde da população. Os maiores obstáculos encontrados para implementar esta metodologia são: desvinculação das exigências do exame de residência em relação aos objetivos da formação da graduação; estrutura do internato voltada ao "adestramento do residente", relegando a ensinagem a segundo plano; supervisão dos internos por profissionais não necessariamente comprometidos com os objetivos da formação, além do impacto do mercado de trabalho na expectativa dos formandos.

Então, onde realmente aprender no internato de maneira ideal de acordo com os pressupostos acima? Em qualquer ambiente em que haja alguém disposto a aprender e alguém disposto a facilitar a aprendizagem, e em que ambos estejam perfeitamente integrados com o ambiente, constituindo-se, assim, um verdadeiro cenário de ensinagem, entendido como o espaço real de trabalho, dinâmico, de relações e de responsabilização entre os diversos sujeitos do processo de aprendizagem e de assistência. Neste sentido, os estudantes contribuem para a transformação das práticas de saúde. Este cenário deve ser visto como um espaço de construção política e social de cidadania. Assim, os estudantes são percebidos pelos profissionais de saúde e pela comunidade como colaboradores, e não como meros espectadores.

Os recursos educacionais que podem ser utilizados no internato médico para a aprendizagem clínica são: atendimento de pacientes ambulatoriais, visitas aos pacientes internados/domiciliares, pesquisa (principalmente clínica), seminários, discussões e reuniões clínicas, de óbitos, de alta, reuniões de artigos, tutorias (estudantes e/ou tutores), busca de informações, sempre com preservação de tempo pró-estudante e laboratórios. Estes devem sempre estimular a prática profissional por meio de uma avaliação inicial do que o estudante já sabe, utilizando pacientes simulados/reais e manequins, e uma avaliação do que o estudante ainda não sabe e precisa melhorar, oferecendo *feedback* e uma prescrição para superar os hiatos de conhecimentos, habilidades e atitudes; permitir tempo para a autoaprendizagem; oferecer apoio; realizar reavaliação, *feedback* e prescrição quantas vezes for necessário até o estudante se tornar competente.

2. Supervisão no Internato

Profª. Drª. Derly Streit, FM Petrópolis

O papel da supervisão é prover o bom monitoramento, o modelo de profissionalismo, o retorno sobre o desempenho do interno no contexto da prática médica. A supervisão deve ter um objetivo formador e não regulador. Deve ser sempre disponível.

O supervisor deve ser o grande articulador entre o modelo de internato e o modelo de assistência. Deve conhecer o projeto do internato, as características do cenário e a área específica de atuação clínica, bem como incorporar a filosofia e a prática da educação permanente. O supervisor e o preceptor devem possuir o mesmo perfil e a mesma importância.

Eis os grandes desafios para a supervisão: Por que é tão difícil ter uma supervisão adequada? O que é uma supervisão adequada? Que supervisão temos? Que supervisão queremos?

3. Avaliação no Internato

Profª. Drª. Dione Maciel, UPE

As grandes dificuldades encontradas são: assincronia entre o SUS e as IES, múltiplos cenários com múltiplos atores, programas desiguais, desconstrução da avaliação tradicional. Para implantar mudanças na avaliação do interno é necessário: incluir docentes para a tutoria no internato; definir o papel dos preceptores da rede SUS em todo esse processo; avaliar os serviços utilizados; que os serviços deem o *feedback* de como o estudante chega da IES para realizar o seu estágio obrigatório.

É preciso ressignificar a avaliação no processo educacional como um eixo estruturante do desenvolvimento curricular, tornando-a inerente ao processo educacional – contínua e sistematizada, estratégica e avaliando competências. É necessário verificar se existe coerência entre as avaliações de processo (formativas) e as que definem a progressão dos alunos (somativas), e entre a avaliação e o PPP do curso.

4. Visão do Deges/SGETS/MS

Prof. Dr. Geraldo Cury, Ministério da Saúde

Ao iniciar o internato, o acadêmico já está eticamente formado ou deformado.

A problematização é o único método efetivo de formar um bom médico.

Deve-se valorizar a especificidade de áreas como a saúde coletiva e a saúde mental.

O objetivo básico do programa é incentivar o contato da academia com o serviço público de saúde (o que sempre ocorreu).

5. Visão dos Estudantes

Acad. Andréia Pinho, UFC, Denem

A finalidade do internato é dar ao acadêmico uma autonomia em serviços.

A reação discente contrária à saída do ambiente universitário se deve ao fato de que os novos cenários não estão preparados para recebê-los ou à insegurança do acadêmico em se desvincular do ambiente universitário.

O interno merece ter acompanhamento contínuo e a possibilidade de superar suas eventuais deficiências (deve ser estimulado a se avaliar). Os critérios de avaliação dos preceptores devem ser de conhecimento prévio do interno e pactuados com ele.

Existem dificuldades que tiram o foco do internato, como a necessidade de estudar para o exame de residência médica, a saída para os cursinhos preparatórios, os plantões ilegais remunerados e até mesmo os estágios extracurriculares com bolsas em algumas instituições.

A participação dos residentes na avaliação dos internos necessita ser reavaliada.

Foram sugeridos os seguintes encaminhamentos:

- Promover continuamente o diálogo qualificado entre docentes e discentes, comunidade e rede de assistência;
- Sugestão de proposta de avaliação: 70% avaliação tradicional, 15% portfólio e 15% avaliação cognitiva;
- Portfólio: tutores de pequenos grupos, consultores, com encontros presenciais ou à distância, *feedback* e possibilidade de recuperação de conteúdos. Inclui relatos de prática realizados semanalmente pelo interno, com posterior discussão. O melhor caso clínico de cada interno é encaminhado para publicação.

Síntese da Relatoria dos Grupos de Trabalho

1. GT Modelos Pedagógicos e Cenários de Prática

1.1. Situação atual

- A maioria das escolas almeja ou possui um internato de dois anos;
- O modelo vigente ocorre geralmente nos três níveis de atenção, porém com variação importante em sua estruturação nas diversas escolas médicas e com pouca presença de hospitais secundários;
- Falta compreensão conceitual por parte dos docentes de metodologias de ensino-aprendizagem (principalmente ativas) no internato, bem como de cenários de ensino-aprendizagem de assistência;
- Sobreposição de atividades das séries (5ª e 6ª) e períodos (9º/10º e 11º/12º);
- Dificuldades na parceria com gestores públicos para utilização de diferentes cenários;
- Dificuldades com a supervisão à distância nos cenários, principalmente no internato rural;
- Dificuldade em assegurar que não ocorra carga teórica acima dos 20%;
- Diferentes modelos de avaliação, desde tradicional até portfólio;
- Estágios fora da instituição são permitidos com garantia de avaliação do estudante;
- Dificuldades em garantir a permanência dos estudantes em suas atividades de internato devido a provas seletivas de residência médica, eminentemente teóricas;
- Demanda por estágios para estudantes de outras instituições brasileiras e estrangeiras;
- Problemas estruturais nas UBS e em alguns outros cenários de ensinagem, como espaço físico inadequado, falta de materiais e supervisão inadequada;
- Tempo excessivo no nível terciário, prejudicando o ensino em outros níveis de atenção;
- Resistência por parte de discentes e docentes com relação aos estágios na atenção primária;
- Hospitais de ensino muito especializados, com prejuízo da ensinagem;
- Modelo pedagógico prejudicado por problemas com a avaliação discente nos estágios, sem possibilidade de reprovação por falta de tempo para reposição e possível superlotação do estágio;
- Supervisão inadequada, algumas vezes com número exagerado de atendimentos;
- Cenários de prática utilizados por mais de uma IES;
- Dificuldade no ensino da referência e contrarreferência;
- Falta de integração entre as áreas de conhecimento;
- Existência de poucos profissionais qualificados para atuar na preceptoria de MFC;

- Inadequação do nome Estágio em Saúde Coletiva/Pública.

1.2. Avanços

- Estágio em gestão do sistema público;
- Metodologias ativas utilizando identificação de lacunas de conhecimento, habilidades e atitudes, além de prescrição de plano de suplantação;
- Estágios em hospitais privados (ANS), porém praticamente apenas em Unidades de Terapia Intensiva;
- Presença de eletivos/optativos;
- Parceria regulamentada por lei municipal.

1.3. Encaminhamentos

- Indicativo para que os Coremes realizem a prova prática ou tenham parte prática consistente em seus processos seletivos da RM;
- Sugestão de que a Abem encaminhe ações que possam promover a valorização do ensino na graduação médica;
- Incentivar/buscar formas de investimentos que possam estimular a pesquisa sobre e no ensino da graduação médica;
- Incentivar momentos no decorrer da supervisão para a garantia de reflexão sobre a prática médica durante os estágios;
- Incentivar a instituição de serviços de apoio psicopedagógico;
- Encaminhamento da Abem solicitando que o MEC estabeleça uma política efetiva de contratação de docentes e técnicos administrativos em número e qualidade adequados, bem como de valorização da graduação;
- Estabelecer limite de carga horária semanal não excessiva;
- Estabelecer áreas verdes e tempo para estudo;
- Envolver conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, bem como Conas e Conasems nas parcerias com gestores;
- Tentar transformar parcerias com gestores em leis.

2. GT Supervisão

2.1. Relatos de experiência

- Contratos como preceptor pela escola (privada ou pública);
- Serviço de saúde aceita papel docente na carga horária contratada;
- Gestão de hospitais de ensino pela universidade, selecionando seu quadro funcional com perfil, mas não contrato, docente;
- Pagamento diferenciado (menor) das atividades de supervisão de práticas em relação à função docente.

2.2. Níveis de atuação docente e suas atribuições

2.2.1. Definição dos níveis de atuação docente e suas atribuições

- Nível I (preceptor): profissional com função de supervisão docente nas atividades de ensino em serviço, independentemente de seu contrato (docente ou não); aquele que pega na mão do interno;
- Nível II (supervisor de área): docente que gerencia a aprendizagem em serviço num módulo ou submódulo;
- Nível III (coordenador de internato): docente que coordena as atividades de aprendizagem em serviço no módulo de ensino;
- Nível IV (coordenador de curso): docente que coordena as atividades do ciclo de internato ou a graduação (1º ao 6º ano).

2.2.2. Pré-requisitos para supervisão docente

- Qualificado na atuação clínica;
- Capacitado para a supervisão docente;
- Compromissado com a aprendizagem do estudante;
- Compromissado com o PPP da escola;
- Atualizado com as etapas de aquisição de habilidades, atitudes e competências ao longo do curso;
- Praticante e estimulador da educação continuada**.**

2.2.3. Atribuições do preceptor do ensino em serviço (nível I)

- Facilitar a aprendizagem em serviço (ensinar, orientar, demonstrar, corrigir);
- Avaliar o desempenho do estudante continuamente, com caráter formativo, e participar da avaliação somativa;
- Articular o projeto pedagógico de internato da escola com as atividades rotineiras em seu setor de atuação;
- Retroalimentar ou fornecer subsídios ao supervisor de área (nível II) acerca de condições de desenvolvimento da aprendizagem em seu cenário de atuação docente;
- Colaborar com o nível II no planejamento do módulo de ensino;
- Gerenciar o cuidado do caso com equipes envolvidas no processo.

2.2.4. Atribuições do supervisor de área (nível II)

- Monitorar as atividades do preceptor (nível I);
- Organizar a agenda e o processo de avaliação discente;
- Facilitar a atuação e execução das atividades do preceptor;
- Verificar as condições do cenário;
- Articular as atividades de aprendizagem na área com a proposta de internato, junto ao coordenador (nível III);
- Planejar as atividades docentes com o supervisor e o coordenador (nível I e nível III);
- Fomentar as decisões baseadas em informações (indicadores) ou a produção de conhecimento em ensino.

2.2.5. Atribuições do coordenador de internato (nível III)

- Orientar o supervisor e os preceptores sobre o perfil do estudante que chega ao internato, frente ao projeto pedagógico;
- Planejar com o supervisor (nível II) as atividades de aprendizado em serviço;
- Articular com o supervisor (nível II) o provimento de condições necessárias para cumprir o projeto pedagógico;
- Avaliar o desenvolvimento do processo pedagógico do módulo de ensino e do ciclo de internato;
- Fomentar a produção de conhecimento em educação médica.

3. GT Avaliação

Foi realizada a identificação do formato do internato e das avaliações, e levantadas as seguintes questões: quem avalia, quando avaliar, o que se quer avaliar e como avaliar.

Atualmente, não existe uniformidade na avaliação no internato nas diferentes escolas médicas. A grande maioria faz uma avaliação somativa e subjetiva, utilizando fichas de avaliação (atitudes, disponibilidade, frequência, critérios subjetivos, etc.). Poucas escolas fazem avaliações práticas e formativas dos estudantes e de processo (docentes e estágios).

- 3.2. Quem avalia? Quem está envolvido no processo de ensinagem? Todos os atores dos cenários de prática: discentes (autoavaliação e entre pares), docentes, preceptores, pacientes, outros profissionais envolvidos.
- 3.3. Quando avaliar? A avaliação deve ser contínua, diária, com *feedback* (importância da supervisão presencial).
- 3.4. O que se quer avaliar? Para a definição do que se quer avaliar, é necessário identificar o perfil desejado do egresso (o que é importante saber ao término do curso?), as necessidades de aprendizagem em cada área e o que cada ator tem a oferecer na formação (atitude, relacionamento, aprendizagem, etc.). A avaliação deve ser de: docentes, discentes, instituição, estágios e serviços. Não deve se restringir aos discentes;
- 3.5. Como avaliar? A avaliação deve ser preestabelecida, uniforme, estruturada, coerente e de todas as áreas. Deve-se utilizar um modelo com múltiplos métodos: discussão de casos (mini-CEX), avaliação com pacientes ou simulação, portfólio, avaliação formativa, *long case*, cognitiva, *checklist,* avaliação 360º, etc. Necessita da participação dos diversos atores do processo ensino-aprendizagem (gestores, docentes, discentes, preceptores, outros profissionais).

II FÓRUM DO INTERNATO – 45º COBEM – UBERLÂNDIA – 2007

Coordenação : Derly Streit, FM Petrópolis; Maurício Zanolli, Famema; Dione Maciel, UPE
Facilitadores: Claudia Vasconcellos, Evelin Muraguchi, Gerson Pereira Junior, Vardeli Moraes, Elisa Toffoli, Leandro Machado, Luciana de Paula, Nilton Pereira Junior

Objetivos

Identificar/estabelecer as competências mínimas a serem adquiridas pelo interno nos diversos cenários de aprendizagem, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN).

O II Fórum de internato teve como princípio a realização de atividades que possibilitaram a participação ativa na construção coletiva das competências que irão contribuir na elaboração das diretrizes curriculares para o internato, tendo como referencial os seguintes pressupostos:

Pressupostos

- **Competência**: capacidade de entender e realizar uma atividade de forma correta, segundo critérios ou padrões aceitáveis.
- **Cenário de aprendizagem**: diz respeito não apenas ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nela envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz. Inclui aspectos pedagógicos, morais e éticos, contribuindo para a transformação das políticas de saúde e de formação.

Em seus quatro dias, o fórum contou com 155 participantes e a média de 90 participantes por dia. Destes, 41 participaram dos quatro dias de atividades. Os 155 participantes eram provenientes de 49 cursos de Medicina e compostos por 62 docentes e 93 estudantes.

III FÓRUM DO INTERNATO – 46º COBEM – SALVADOR – 2008

Coordenação: Maurício Zanolli, Famema; Dione Maciel, UPE

Facilitadores: Evelin Muraguchi, Karine Borges Medeiros e Daniel Silva de Azevedo

Este fórum manteve o termo de referência e o formato do fórum de Uberlândia. Em seus dois dias, contou, com 77 participantes, provenientes de 43 cursos de Medicina.

Os fóruns nacionais realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica de 2007 e 2008 produziram farto material para a discussão sobre as competências que o internato deve promover ao final de cada estágio em cada uma das áreas discriminadas nas DCN. O objetivo nesses fóruns era estabelecer as competências esperadas no egresso do curso médico, os cenários de aprendizagem que facilitariam a construção dessas competências e como o interno deveria ser avaliado para que houvesse uma certificação de que ele era um médico competente. A discussão ocorrida foi muito rica e gerou a determinação das competências mínimas que o interno deve apresentar ao final de cada área do internato.

Por área, foi construído um quadro com o consenso entre os fóruns de 2007 e 2008, com as atividades e procedimentos que o interno deverá dominar ao final do curso.

É necessário validar as competências desenhadas para o perfil do egresso das DCN nº 04[3] de 2001, para que ocorra a construção da Diretriz Curricular Nacional para o Internato. Esta validação deverá acontecer com a utilização de uma técnica Delphi, com a participação de professores das cinco grandes áreas envolvidas provenientes de todas as regionais da Abem, de representantes das sociedades de especialidades médicas envolvidas e também de Medicina de Família e Comunidade, e Saúde Mental. Deverão também participar representantes dos estudantes, do MEC e do MS.

Vale salientar que esse projeto futuro deve englobar a forma como se deve exercer a preceptoria desses estudantes e como avaliá-los.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 08/1969. Torna obrigatório o ensino da deontologia nas escolas médicas e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 134, 15/7/2002, Seção 1, p. 18
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução nº. 9, de 24 de maio de 1983. Regulamenta o internato dos cursos de medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mai. 1983. Seção 1, p. 9.152. .
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Eduação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 04, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.
4. Brasil. Lei 11.788, 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, nº 187, Seção I, p. 3, 26.09.2008.

I Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil.

II Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

III Faculdade de Medicina de Marília, Marília, São Paulo, Brasil.

AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA*

Angélica Maria Bicudo Zeferino[I]; Luiz Ernesto de Almeida Troncon[II]; Pedro Tadao Hamamoto Filho[III];Giovana Tucille Comes[III]; Sawllus Coelho[IV]; Rafaela Growchesc[V]

INTRODUÇÃO

Este documento constitui o resultado dos trabalhos desenvolvidos durante cerca de 20 meses em torno de dois fóruns sobre o tema, realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica de 2007 (Uberlândia, MG) e de 2008 (Salvador, BA).

Trata-se de uma produção coletiva, cujos autores principais foram os participantes voluntários destes fóruns. Foram dezenas de professores, estudantes e profissionais envolvidos na gestão de cursos de Medicina, provenientes de diferentes instituições de todo o País. À equipe de coordenação coube estabelecer uma estratégia de trabalho, conduzir as atividades, compilar as diferentes contribuições e redigir este documento.

Além da descrição da estratégia adotada, são apresentadas as conclusões dos fóruns, cujo conteúdo expressa opiniões sobre diferentes aspectos da avaliação do estudante. Estas opiniões, em sua maioria, foram firmadas por consenso entre os participantes.

Pontos julgados merecedores de discussão ulterior, bem como aqueles de maior destaque são apresentados nos dois últimos tópicos das conclusões.

ESTRATÉGIA

A estratégia estabelecida para realizar os dois fóruns consistiu em inicialmente elaborar, com base em revisão da literatura pertinente, um conjunto de pressupostos, composto por oito afirmativas sobre diferentes aspectos do tema. Foram também preparadas questões norteadoras para a discussão dos vários pressupostos.

Durante os dois fóruns, na maior parte das discussões foi empregado um método ativo, com os participantes distribuídos em grupos com número semelhante de docentes e estudantes. A fim de motivar a discussão e enfatizar aspectos específicos considerados pela coordenação como de especial relevância, no início das discussões foram feitas apresentações breves com utilização de recursos visuais de apoio. As apresentações dos relatores dos grupos de discussão, bem como as contribuições individuais dadas durante as discussões plenárias que se seguiram foram compiladas e organizadas, de modo a servir de base à redação do presente documento. Para facilitar sua leitura, as conclusões foram divididas em tópicos específicos.

CONCLUSÕES DOS FÓRUNS

Considerações iniciais

O cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de habilidades, competências e atitudes favoráveis à prática da profissão.

Significado da avaliação

A avaliação do estudante é parte essencial de sua formação e desenvolvimento pessoal e profissional, e deve merecer não menos atenção do que o planejamento e o oferecimento das atividades curriculares formais. A avaliação é importante também para atender melhor os usuários de atenção à saúde que participam do processo formativo do estudante; deve ser aceita pela instituição, que deve se preocupar em alocar tempo e infraestrutura, e disponibilizar pessoal, sobretudo docentes, para essa atividade.

A avaliação do estudante em cada escola deve ser objeto de educação permanente, capacitação e pesquisa, bem como de interação entre as instituições. Deve constar com destaque do projeto pedagógico do curso e ser consistente com ele. Seus resultados devem ser divulgados e discutidos com todos os participantes do processo educativo.

* Conclusões dos fóruns sobre o tema realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica em Uberlândia, MG, 2007, e Salvador, BA, 2008.

Abrangência

A avaliação do estudante deve ser abrangente, incidindo sobre toda a variedade de atributos que compõem a sua formação pessoal e profissional. Os atributos que devem ser priorizados na avaliação são as habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, bem como as competências clínicas, de gerenciamento e de tomada de decisões. A avaliação das competências clínicas, em especial, deve ser cuidadosamente planejada e executada, uma vez que envolve os usuários da atenção à saúde que participam do processo formativo do estudante. Devem também ser avaliadas as capacidades de se relacionar com o outro, de exercer a autoavaliação de forma crítica e reflexiva, e de se educar permanentemente ("aprender a aprender").

Métodos

A variedade de atributos que devem ser avaliados demanda o emprego de métodos diversos, que devem ser adequadamente selecionados e empregados, tendo em vista a qualidade das informações que fornecem. Não se deve perder de vista que as informações obtidas na avaliação do estudante vão também refletir a eficácia do processo educativo e o próprio desempenho do professor. A utilização de diversos métodos fornece informações diferentes que, conjuntamente, permitem melhor visualização situacional do processo educativo.

A escolha dos métodos diversos deve levar em conta os atributos a serem avaliados, os objetivos educacionais, os cenários de atuação do aprendizado e o melhor momento de aplicação, bem como a qualidade intrínseca dos instrumentos, em termos de validade e fidedignidade.

Recomenda-se que, na avaliação dos aspectos cognitivos, se tenha o cuidado de utilizar, na elaboração das questões, situações-problema ou casos clínicos que contextualizem a aplicação do conteúdo a ser avaliado, garantindo maior significação aos conhecimentos adquiridos.

Momento

A avaliação do estudante deve ser organizada e administrada de forma orgânica e coerente ao longo de todo o seu percurso escolar.

A avaliação pode ser realizada em vários momentos do processo, dependendo dos objetivos a serem atingidos. Pode ser feita no início de cada processo educativo (avaliação diagnóstica) e/ou durante o processo e de forma contínua (enfoque formativo, correção de desvios) e/ou no final do processo (enfoque somativo).

Protagonistas

Dada a abrangência e a diversidade dos objetos envolvidos, a avaliação do estudante deve envolver olhares variados de múltiplos observadores, embora isto implique maior dificuldade em sua aplicação. Protagonistas essenciais do processo são o próprio estudante e o corpo docente. Para que se consiga uma avaliação com qualidade, é preciso sensibilizar o corpo docente, conscientizando-o para as necessidades de mudança. Em especial, é necessário capacitar os responsáveis pela elaboração e aplicação das avaliações. Assim, serão capazes de utilizar métodos validados, fidedignos e exequíveis de avaliação, bem como promover a reflexão contínua sobre os diferentes aspectos envolvidos.

A avaliação do estudante deve ser planejada e realizada prioritariamente por docentes, em particular os que foram capacitados para isso e os que atuam diretamente com o estudante. Deve envolver o próprio estudante (autoavaliação), o colega que com ele participa das atividades de aprendizagem (avaliação por pares) e o usuário que foi atendido pelo estudante e pela equipe que convive com os estudantes nas atividades que envolvem a atenção à saúde (estágios).

É, portanto, premente a necessidade de capacitação docente para a avaliação, para o que devem as escolas oferecer atividades específicas. Além disso, o próprio docente precisa se permitir aprender durante a sua prática, tendo, para isto, que sair da acomodação que aflige muitos professores.

Recomenda-se que as escolas criem comissões de avaliação, necessárias para criar cultura positiva de avaliação, bem como para planejar, executar e analisar adequadamente as informações obtidas. Estas devem ser devolvidas não só ao estudante, como também ao docente que acompanhou o estudante no processo formativo.

A avaliação e o estudante

É importante que o estudante tenha conhecimento dos métodos de avaliação utilizados em sua escola, bem como das finalidades da sua aplicação, e, ao longo da sua formação, seja gradualmente preparado para exercer a autoavaliação. Desta maneira, deveria, também, adquirir consciência de quais atributos pessoais e profissionais deve possuir, uma vez que seriam eles o objeto da avaliação.

Como parte integrante da formação do estudante, os resultados da sua avaliação devem ser com ele compartilhados, uma vez que o próprio estudante deve ter também responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem.

Para garantir que os resultados da avaliação sejam compartilhados com os estudantes, de modo a aperfeiçoar o seu desenvolvimento, a devolutiva deve ser oficializada, institucionalizada e normatizada. Deve ser, também, obrigatória, gratuita e incluída na programação acadêmica.

O envolvimento das diferentes instituições

Um papel central na avaliação do estudante deve ser dado à escola médica responsável por sua formação. Assim, deve-se garantir que os resultados da avaliação contribuam não só para melhorar o processo formativo, como para aperfeiçoar as condições de funcionamento da escola. Para tanto, a avaliação deve ser adequadamente planejada, estruturada e realizada – de forma processual e contínua por avaliadores bem preparados. Deve haver devolutiva aos estudantes, para análise de erros e acertos, fornecendo resultados para a revisão de conceitos pelo próprio aluno. As informações devem ser também divulgadas ao docente responsável pelas atividades formativas.

A escola médica deve também se responsabilizar pela inclusão dos aspectos relativos à avaliação do estudante no projeto pedagógico do curso, bem como pela criação e manutenção de comissão central ou núcleo de avaliação. Deve, também, implementar definição formal das competências mínimas a serem adquiridas por todos os estudantes.

Experiências bem-sucedidas de associação ou consórcio entre escolas devem ser incentivadas, de modo que os procedimentos de avaliação possam ser compartilhados e, quando executados, prover componente externo; devem ser objeto de reflexão pelas escolas e, eventualmente, de implementação em nível regional.

A avaliação do estudante, além de envolver a própria escola, deve, também, envolver outras instâncias nos níveis regional e nacional. Uma dessas instâncias deve ser a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), que poderia criar espaços de discussão para troca de ideias e experiências entre diferentes instituições. A Abem poderia também ter um papel estratégico na criação destes espaços e na formulação de diretrizes a serem divulgadas para as instituições e na disseminação de informações entre os avaliadores.

Os conselhos regionais de Medicina e as entidades e associações profissionais deveriam interagir mais ativamente com as instituições formadoras e com a Abem, de modo que suas iniciativas não tragam impacto negativo na formação e na avaliação do estudante.

As instâncias governamentais, sobretudo a federal, deveriam criar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos relacionados à avaliação do estudante, provendo o financiamento adequado.

Aspectos que requerem mais discussão

A avaliação do estudante pode ser entendida de forma mais abrangente, de modo a incluir aspectos de suas características pessoais, como, por exemplo, a criatividade ou a integridade. Esta visão ampliada inclui também a saúde pessoal e mental dos estudantes, que, obviamente, se relaciona com o aprendizado e o desenvolvimento das competências necessárias. Embora no primeiro fórum tenha havido consenso sobre a recomendação de que também se deve avaliar periodicamente a saúde do estudante, inclusive a mental, e levar em conta suas características pessoais, como honestidade, responsabilidade, integridade e criatividade, no segundo fórum este consenso não foi obtido. Tendo em vista que esta área apresenta, também, dificuldades conceituais e metodológicas consideráveis, o presente documento assinala a necessidade de continuar a discussão sobre este tópico. De qualquer modo, reconheceu-se a importância de que as instâncias de avaliação mantenham interação com os grupos de apoio psicopedagógico ao estudante, assim como de que as comissões ou núcleos de avaliação das escolas incluam profissionais desta área.

Outro tópico em que as posições firmadas no primeiro fórum foram objeto de debate no segundo fórum foi a compatibilização entre as características peculiares das escolas e dos projetos pedagógicos dos cursos e as diretrizes gerais para a avaliação do estudante. Neste sentido, prevaleceu a tendência de considerar que a avaliação deve ser individualizada de acordo com as características da instituição e do seu currículo, incluindo a possibilidade do uso de métodos diversos. Salientou-se, porém, a necessidade de existir um componente curricular comum a todas as escolas médicas brasileiras, o que permitiria, também, avaliações mais uniformes.

Na discussão das conclusões do primeiro fórum com os participantes do segundo, alertou-se para o fato de se estar recomendando conduzir a avaliação do estudante com supervalorização da avaliação formativa e depreciação da avaliação somativa. Assim, merece mais discussão o risco dos inconvenientes que podem surgir ao se implementarem ações que não contemplem todos os aspectos e implicações da avaliação do estudante.

As dificuldades para realizar as mudanças necessárias à avaliação do estudante na escola médica foram também consideradas merecedoras de maior discussão.

Foram citados fatores de natureza bastante diversificada, como os custos, o reduzido número de docentes em muitas das escolas e, sobretudo, a falta de tradição na prática de algumas modalidades, como a avaliação por pares, a autoavaliação e a avaliação externa, com envolvimento de outras escolas ou instâncias. A avaliação externa, em particular, foi enfatizada como uma modalidade desejável para se conseguir maior transparência na avaliação do estudante.

Ainda que tenha havido consenso sobre a necessidade de as escolas criarem núcleos de avaliação, o papel específico destes núcleos demanda esclarecimentos. Em especial, as discussões apontaram dois papéis distintos, ainda que complementares: capacitação e desenvolvimento docente para a avaliação educacional, de um lado, e planejamento, organização e execução de ações voltadas para a avaliação do estudante, de outro. Tendo em vista as dimensões e a complexidade destas tarefas, torna-se necessária uma definição mais precisa do papel destes núcleos de avaliação.

Pontos a serem enfatizados

Dentre todos os tópicos discutidos, alguns, que mereceram ênfase especial, são aqui destacados. O primeiro deles refere-se à proposição de que, para enfrentar e transformar a cultura avaliativa predominante no cenário brasileiro da educação médica, seria essencial implantar, em cada escola, núcleos de avaliação, que teriam o papel de promover discussões, sensibilizar docentes, promover ações de sintonia entre o corpo docente, a coordenação de curso e a direção da instituição, e organizar a educação permanente e o desenvolvimento docente, bem como executar ações de pesquisa em avaliação.

Foi também enfatizado que, no atual momento da educação médica brasileira, é urgente discutir que providências devem ser tomadas para neutralizar o impacto negativo de processos seletivos, como os concursos para residência médica, sobre a formação do estudante. Reconhece-se que o modo atual de desenvolvimento destes concursos, exclusivamente voltado ao domínio de conteúdos e extremamente competitivo, desestimula a participação do estudante dos últimos anos do curso em atividades de maior valor formativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente documento, cujo corpo principal é constituído pelas conclusões dos fóruns, contém uma análise da situação atual da avaliação do estudante nas escolas médicas brasileiras, bem como propostas de mudança visando a seu aperfeiçoamento.

Por se tratar de produto genérico de criação coletiva de um grupo bastante heterogêneo de participantes, elaborado, em grande parte, com base nas experiências prévias e nas opiniões das pessoas, não pode ser considerado definitivo. No entanto, tendo em vista que os pressupostos que deram início ao trabalho, que estão bem fundamentados na literatura, foram, em sua maioria, acatados nas discussões e que muitas das recomendações são lógicas e têm exemplos variados de eficácia em muitas instituições, o trabalho desenvolvido nos fóruns pode ser considerado uma base válida para o trabalho futuro.

Fevereiro de 2009.

I Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, Brasil.

II Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

III Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, São Paulo, Brasil.

IV Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

V Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

A AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES: ENTRE A INDUÇÃO DA APRENDIZAGEM E A AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

Fernando Antonio Menezes[I]

A avaliação afeta a vida das pessoas. O futuro e a carreira do estudante dependem dela[1].
O cenário atual da educação médica, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, as características pessoais dos estudantes, bem como o seu progresso no domínio de habilidades, competências e de atitudes favoráveis à prática da profissão raramente são abordados[1].

RESPONDENDO AS INQUIETUDES

Há mais de 40 anos, mudanças abrangentes vêm ocorrendo na educação médica, mas a percepção destas mudanças não é uniforme. Além disso, perceber a qualidade da mudança também é controverso, pois uma mesma situação pode ser entendida como positiva ou negativa, dependendo de quem a observa.

Apesar dos entendimentos diversos, é inegável a inquietação que os temas relacionados à melhoria da qualidade da educação e do processo de avaliação vêm causando à academia. Um número crescente de artigos científicos no campo da educação médica se propõem a avaliar as intervenções educacionais.

A partir da necessidade de responder aos desafios educacionais atuais, duas ações iniciais se impõem: o desenvolvimento docente na área educacional e a apropriação do currículo proposto pelo projeto do curso. As duas ações devem ser trabalhadas de forma integrada: abranger o "como as pessoas aprendem" e o "como avaliar o que elas sabem", segundo o entendimento do próprio currículo ou do currículo que se pretende.

Uma primeira reflexão/questionamento diz respeito ao momento atual de cada escola médica: estamos nos apropriando de evidências educacionais no repensar da educação médica? Entendemos o currículo que "seguimos"? Avaliamos de modo coerente com as perspectivas teóricas deste currículo? Desejamos mudar?

Neste processo reflexivo, começaremos a avaliar os elementos educacionais contidos em nosso currículo e suas perspectivas teóricas. É importante salientar que a natureza complexa do processo educacional exige, para sua descrição e aferição, uma apropriação conceitual das perspectivas teóricas contidas em sua formulação. Isto significa também entender como se fará a avaliação do currículo em todos os seus aspectos[3].

Partindo de cada proposta curricular, devemos trazer propostas próprias de avaliação e de meta-avaliação. Devemos responder, individualmente, a cada escola com o entendimento da sua proposta curricular, o "significado e a abrangência" da avaliação do estudante. Vamos além. É importante questionar: utilizamos a avaliação para induzir aprendizagem? O que significa isto em termos de conhecimento, habilidades ou capacidades, atitudes e comportamentos que serão trabalhados e avaliados nesta fase da formação? Está escrito em nossos currículos?

Entenda-se como fase de formação a graduação com caráter de "terminalidade" ou "um processo contínuo". Neste último caso, para alguns significa uma preparação para os anos da pós-graduação e para a vida profissional, em um "continuum educacional" para toda a vida.

Este artigo considera as conclusões construídas coletivamente nos fóruns da Abem sobre a avaliação do estudante de Medicina, realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica em Uberlândia (MG), em 2007, e em Salvador (BA), em 2008 como ponto de partida para o debate e para ampliar a reflexão sobre os processos de avaliação como parte inseparável da aprendizagem do estudante e a proposição de integrá-la à avaliação dos impactos das intervenções educacionais.

> O entendimento sobre como as pessoas aprendem, permite uma abordagem menos especulativa e mais científica do processo de aprendizagem. A aquisição dos objetivos educacionais por meio da acumulação de fatos (conhecimento factual) deve dar lugar ao conhecimento que faz sentido (entendimento). O conhecimento factual é importante para desenvolver o pensamento e a habilidade de resolver problemas, todavia o conhecimento útil ou utilizável (organizado para permitir recuperação, transferência e aplicabilidade) não é uma mera lista de fatos desconectados[4].

AVALIAÇÃO E APRENDIZAGEM

Nas escolas médicas, predominou em grande parte do século passado a concepção de ensino-aprendizagem comportamentalista, com foco no ensino de fatos e habilidades específicos em uma sequência hierárquica. A avaliação seguiu o mesmo caminho.

Por outro lado e ao longo do tempo, estas ideias foram continuadamente desafiadas por uma visão construtivista da aprendizagem, na qual o processo cognitivo se conforma e se reforma pelo conhecimento prévio, perspectivas culturais e qualidade da interação com professores e pares.

Embora as mudanças hoje realizadas apontem maior participação do aluno no processo e maior utilização de metodologias ativas, e apesar do avanço das ciências cognitivas, pouco mudou na maneira de avaliar o estudante.

Ao analisarmos as práticas avaliativas mais frequentes, poderemos identificar as práticas de avaliação em nossa escola.

As práticas avaliativas mais frequentes têm as seguintes características:

- são centradas no professor, um processo solitário, entregue nas mãos do responsável pela disciplina;
- conteúdos delimitados;
- são baseadas na recuperação de conhecimento factual (memorização);
- limitam-se ao domínio cognitivo e taxonomias de baixa complexidade;
- utilizam um instrumento único para avaliar competências diferentes;
- não são planejadas com o currículo;
- não se conhece a psicometria dos testes;
- seus resultados não são analisados e interpretados no contexto do processo educacional.

Tradicionalmente, a avaliação direciona o estudante para a "aquisição" do que será solicitado nos exames. O tipo de exame, por sua vez, determina o que se espera do estudante: em grande parte, memorização de fatos ou repetição de procedimentos técnicos. Está é a versão simplificada do processo de aprendizagem. Ao mesmo tempo, os docentes são direcionados, individualmente, a examinar o que consideram (mais) importante.

Nesta visão, exames e testes são geralmente considerados sinônimos de avaliação e têm por objetivo aferir competências segmentadas e conhecimento do currículo da escola, discriminar os estudantes em grupos (graus/notas) e decidir a respeito do futuro deles. Um contrassenso, já que a escola médica deveria atender as necessidades de aprendizagem dos estudantes considerando suas características individuais e o fato de que são adultos jovens, com a consciência de construção do próprio conhecimento.

O foco passou do ensinar para o aprender. Como, então, vislumbrar estes processos em renovação permanente em nossa escola? Quanto aos novos princípios educacionais sugeridos para o aprendizado de adultos, quais estão sendo aplicados e qual o nosso entendimento a respeito dos enumerados a seguir?

- ensino centrado no aluno;
- ensino centrado no conhecimento do processo de aprendizagem;
- ensino centrado no desenvolvimento do conhecimento utilizável;
- avaliação como fundamental e integradora do aprendizado;
- ensino centrado na comunidade;
- continuar o processo de aprendizado por toda a vida.

Para responder a neste novo cenário educacional, é proposta a criação de ambientes de aprendizagem integrados ao processo de avaliação. Esta tendência está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1.
Ambientes de aprendizagem integrados ao processo de avaliação

O ato isolado	O ambiente	A integração
1. Visão aditiva e sequencial de incremento do processo de aprendizagem	Criação de ambientes de aprendizagem integrando aprendizagem, instrução e avaliação	1. Visão processual da aprendizagem a qualquer momento; começa a aprender quando percebe que não sabe
2. Geralmente, a resposta ao item testado admite estar correta ou errada		2. A resposta vem da análise do conjunto de itens
3. Processo estático e orientado ao produto		3. Processo dinâmico e orientado ao processo
4. Poder de diagnóstico educacional baixo		4. Poder diagnóstico educacional alto
5. De natureza puramente quantitativa		5. Incorpora a avaliação qualitativa
6. Falha em prover informação relevante para as necessidades individuais do aprendiz		6. Permite a educação direcionada às necessidades individuais

Estes ambientes de aprendizagem são caracterizados por um bom balanço entre:

- a aprendizagem de descoberta e a investigação pessoal;
- instrução sistemática e direcionada.

Também levam em consideração:

- as diferenças individuais dos estudantes em suas habilidades e competências, necessidades e motivação;
- a natureza construtivista da aprendizagem, embasada em contextos ricos em fontes e materiais de aprendizagem;
- a necessidade de ancorar a aprendizagem a situações e contextos da vida real que ofereçam amplas possibilidades de interação social, representativas dos tipos de tarefa e problemas aos quais os aprendizes aplicarão seus conhecimentos e competências no futuro.

AS DIVERSAS FORMAS DE AVALIAR

Neste ponto, vale a pena fazer uma distinção entre monitorar, avaliar o programa educacional e avaliar o estudante. A avaliação do estudante se refere às medidas de verificação de qualidade usadas para determinar o desempenho individual. A monitoração é a reunião e o registro de dados sobre cursos, professores ou estudantes e é regularmente executada em nível institucional. A avaliação do impacto educacional utiliza os dados coletados na monitoração e os processa para atribuir um valor a uma atividade. Segundo Edwards[5], a avaliação busca "descrever e explicar as experiências de estudantes e professores, fazer juízos e interpretar sua eficácia".

Embora o termo avaliação seja equivalente a teste ou exame, preferimos neste texto utilizá-lo de modo mais abrangente. Vários métodos podem ser incorporados a uma avaliação para evidenciar o desempenho individual ou institucional. Desta maneira, provas de múltipla escolha, questões abertas para resposta escrita, verificação de competências e habilidades e questionários sobre condições de ensino constituem a essência da avaliação do estudante. Essência esta conhecida de todos nós, submetidos a diversos tipos de testes durante todo o período de instrução, em nível de graduação ou pós-graduação.

A maioria destes testes - denominados "avaliações internas" - é preparada e aplicada por membros do próprio curso. Em contraste, a "avaliação externa" é preparada por comissões designadas para esse fim, em nível regional ou nacional. Exemplo desta última é o Exame Nacional do Desempenho do Estudante (Enade) para os graduandos dos cursos de Medicina. É um exame nacional mandatório, planejado e conduzido pelo Ministério da Educação há cinco anos. Os resultados indicam a aquisição de conhecimentos durante a graduação. Utiliza-se um teste de múltipla escolha e questões abertas. Em adição, o perfil do futuro médico e sua opinião sobre as condições institucionais de ensino são aferidos por meio de um questionário.

Questão para o debate:

Como aproveitar os resultados das avaliações interna e externa para o aperfeiçoamento curricular?

ESTRATÉGIAS E PLANEJAMENTO NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO: A AVALIAÇÃO AUTÊNTICA

A formulação curricular deve esclarecer que concepções orientam o processo de avaliação. Uma concepção interessante é a da avaliação autêntica[7-11].Mais uma vez, necessitamos um olhar crítico sobre a maneira como estamos avaliando em nossas escolas, sobre que concepção estamos seguindo.

Por exemplo, ao estruturar as características essenciais da avaliação autêntica, considera-se:

1. o contexto da avaliação,
2. os fatores do estudante,
3. os fatores da tarefa;
4. dos indicadores[12].

A lista a seguir apresenta uma síntese da literatura recente e da pesquisa nesta área. Utilizando os enunciados da lista, podemos verificar nossa estratégia de avaliação e referenciá-la.

Contexto
• requer a fidelidade da tarefa às circunstâncias sob as quais o desempenho ocorreria normalmente[9,10,13]
• requer a conexão e a transferência ao mundo, além da sala de aula[7,14]
Fatores do estudante
• requerem habilidades de resolução de problemas e pensar de uma ordem mais elevada[7,11]
• requerem a produção do conhecimento ao invés da (mera) reprodução[14]
• requerem tempo e esforços significativos do estudante em colaboração com outros colegas[11,15]
• são caracterizados por conversação substantiva[7]
• requerem dos estudantes o uso eficaz do conhecimento adquirido, refinamento dos desempenhos ou dos produtos[8,9]
• promovem a profundidade do conhecimento[7]
Fatores da tarefa
• estimulam uma ampla escala de respostas ativas[11]
• envolvem o complexo, desafios pouco estruturados que requerem julgamento, etapas múltiplas e uma gama de tarefas[8,9,11,15,16]
• requerem que a avaliação seja integrada, sem interrupções com a atividade [10,17]
Indicadores
• fornecem indicadores múltiplos da aprendizagem [15,18]
• alcançam a validade e a confiabilidade com critérios apropriados para aferir diversos produtos[8,18,19]

Tais diretrizes permitem que os professores criem ambientes de aprendizagem usando contextos e cenários autênticos, que asseguram medidas verdadeiras de avaliação. Neles, os estudantes podem usar seu conhecimento de modo eficaz e realista, ao contrário da reprodução superficial do conhecimento que é esquecido rapidamente após um exame ou teste. Isto deve ser pensado para todo o currículo e não apenas para parte dele.

AVALIAÇÃO DE META-HABILIDADES

Tradicionalmente, a aprendizagem para alcançar os objetivos de uma disciplina ou curso tem como foco a aquisição de conteúdos e habilidades a serem aferidos pelos professores no final de determinado período. Gradua-se, então, a performance relacionada a esta aquisição, restando pouco espaço para outros instrumentos capazes de promover a reflexão e o autoentendimento necessários à aprendizagem de longa duração.

A avaliação dos domínios está sendo repensada para incluir as meta-habilidades, que complementam a pirâmide de Miller (Figura 1). Um exemplo disto é a utilização da autoavaliação pelo estudante, preconizada por muitos como essencial para o desenvolvimento das meta-habilidades, determinantes da performance acadêmica e profissional. A autoavaliação é, ao mesmo tempo, uma atividade promotora e uma meta-habilidade essencial também à formação do hábito de refletir e regular o aprender por toda a vida.

A promoção de habilidades relacionadas com a autoaprendizagem dos estudantes envolve estratégias cognitivas e metacognitivas (Quadro 2).

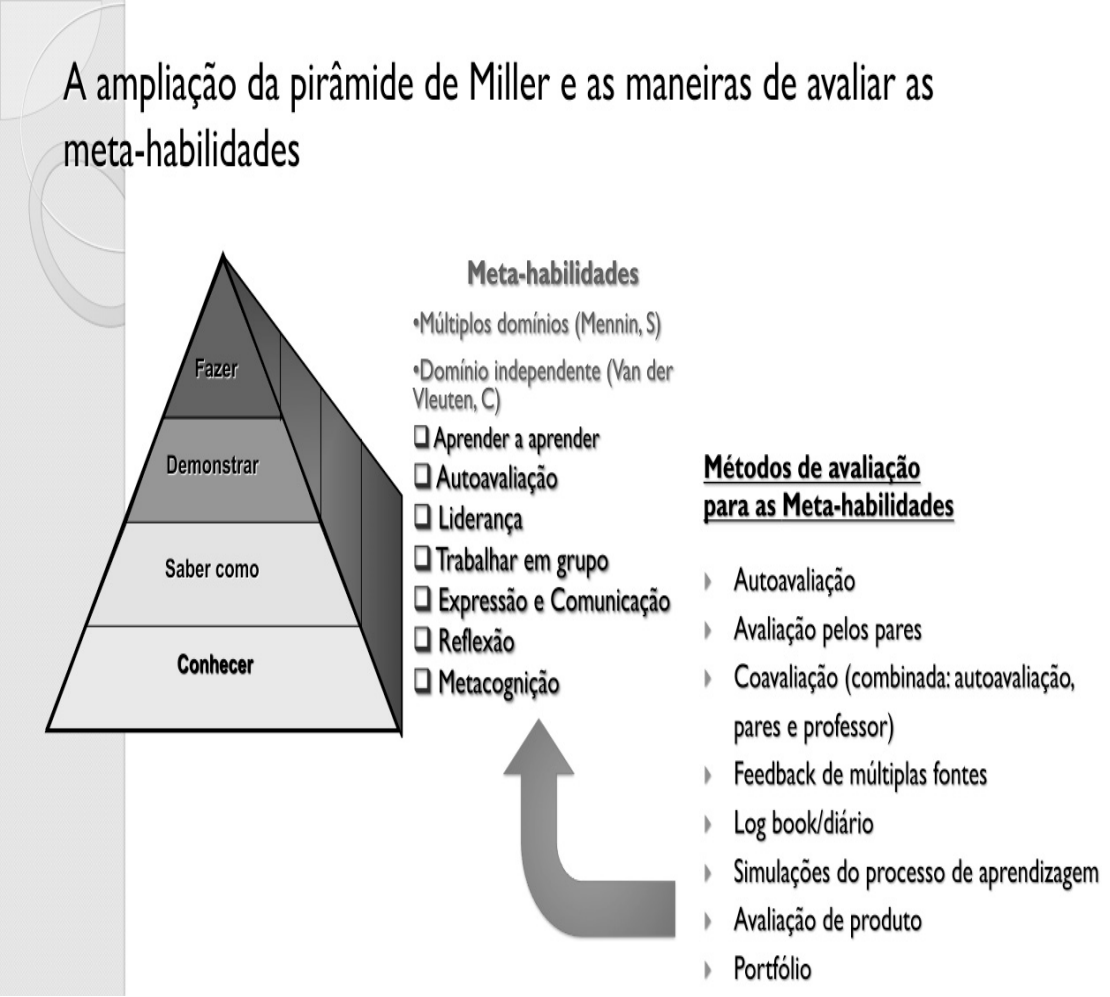


Figura 1. Ampliação da pirâmide de Miller e as maneiras de avaliar as meta-habilidades.
Fonte: refere-se a compilação de conversa com Cees van der Vleuten e posteriormente com Stewart Mennin este ano.

Quadro 2.
Estratégias e atividades para promoção da autoaprendizagem

Cognitivas	Metacognitivas
Ensaio	Estabelecer metas
Elaboração	Automonitorização
Organização	Autoavaliação

Somam-se a estas atividades: o gerenciamento das fontes de aprendizagem e atividades do domínio afetivo. No primeiro caso, inclui-se a procura de ajuda de outras pessoas para o tempo e o esforço envolvidos na busca de informação e na organização da própria aprendizagem. No domínio afetivo, a autoeficácia e a determinação na execução de tarefas devem ser estimuladas e avaliadas.

Portanto, as práticas de autoavaliação favorecem o estudante a desenvolver a autorregulação da aprendizagem e o aprender a aprender. No processo, o estudante deve adquirir as seguintes habilidades:

- criticar o próprio aprendizado;
- planejar e dirigir a própria aprendizagem;
- ser responsável pelo próprio aprendizado.

O foco dos processos educacionais e da avaliação é a aprendizagem. A escola médica é o local onde ocorre a instrução e, portanto, o local apropriado para ocorrer a correção e o aperfeiçoamento. Entretanto, quais são os resultados esperados do processo de aprendizagem, importantes para a avaliação, relacionados com a instrução? Qual conhecimento? Qual entendimento? Qual aplicabilidade? Quais habilidades necessárias para pensar? Quais habilidades de performance? Quais atitudes?

CONECTANDO INSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO

As metas e os objetivos da instrução desempenham papel fundamental no processo de aprendizagem e no processo de avaliação. Estes servem de guia para o ensino e o aprendizado, comunicam o propósito da instrução para os outros e propiciam a definição clara de linhas para a avaliação do aprendizado do aluno.

A eficácia da instrução e a eficácia da avaliação estão intimamente relacionadas20. O Quadro 3, derivado do mesmo autor, compara os dois processos, sugerindo o que se deve fazer para obter maior eficácia.

Quadro 3.
O que se deve fazer para obter instrução e avaliação eficazes

Instrução Eficaz	Avaliação Eficaz
Direcionar a um conjunto de resultados desejados	Planejar para avaliar um conjunto de resultados desejados
Os métodos e materiais de instrução devem ser consistentes com os resultados alcançados	A natureza e a função devem ser consistentes com os resultados a serem aferidos
Planejar de acordo com as características e as necessidades dos alunos	Planejar de acordo com as características relevantes dos estudantes e para ser justa com todos
As decisões instrucionais são baseadas em informação significativa, segura e relevante	Fornecer informação significativa, segura e relevante
Informar periodicamente os estudantes em relação ao progresso no aprendizado	Disponibilizar os resultados da avaliação sem demora
Disponibilizar recuperação para aqueles que não atingem o aprendizado desejado	Evidenciar as fraquezas específicas do aprendizado
A eficácia da instrução é periodicamente revisada, e os resultados desejados do aprendizado modificados, se necessário	Disponibilizar informações útil para avaliar a propriedade dos objetivos, dos métodos e dos materiais de aprendizado

CONSIDERAÇÃO FINAL

A maioria dos cursos de educação superior continua a empregar os métodos tradicionais de transmissão do conhecimento e a avaliar com medidas tradicionais11. Estamos numa fase de transição. Este artigo apresenta alguns elementos educacionais para discussão nas oficinas de trabalho da Abem, sugerindo como pano de fundo a análise critica do currículo e dos processos avaliativos em cada escola. A discussão a partir do texto também pretende ampliar e integrar a avaliação ao processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Boud D; Falchikov N. Rethinking assessment in higher education: Learning for the long term. London: Routledge; 2007.
2. Troncon LEA; Zeferino AMB; Hamamoto Filho PT; Comes, GT; Coelho S; Growchesc R. Avaliação do estudante de Medicina; 2009. (Documento sobre Conclusões dos fóruns sobre o tema realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica em Uberlândia, MG, 2007, e Salvador, BA, 2008, ABEM, 2009).
3. Posner GJ. Analyzing the Curriculum. 3rd. ed. New York: Mc Graw Hill; 2004.
4. Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos. Como as pessoas aprendem: cérebro, mente, experiência e escola. São Paulo: SENAC Ed.; 2007.
5. Edwards J. Evaluation in adult and further education. Liverpool: Wirral Education Authority; 1991.
6. Pellegrino JW; Chudowsky N; Glaser LR. Knowing what students know: The Science and Design of Educational Assessment. Washington DC: National Academy Press; 2001.
7. Newmann FM; Wehlage G. Five standards of authentic instruction. Educ Leadersh. 1993;50(7):8-12.
8. Wiggins G. The case for authentic assessment. Washington, DC: ERIC Clearinghouse; 1990.
9. Wiggins G. Assessing student performance. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
10. Reeves TC; Okey JR. Alternative assessment for constructivist learning environments. In: Wilson BG. Constructivist learning environments: case studies in instructional design. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications; 1996. p. 191-202.
11. Reeves TC. Alternative assessment approaches for online learning environments in higher education. Journal of Educational Computing Research. 2000;23(1): 101-111.
12. Herrington J; Herrington A. Authentic assessment and multimedia: How university students respond to a model of authentic assessment. Higher Education Research & Development. 1998;17(3):305-22.
13. Meyer, CA. What's the difference between authentic and performance assessment? Educ Leadersh. 1992;49(8):39-40.

14. Newmann FM; Archbald DA. The nature of authentic academic achievement. In: Berlak H; Newmann FM; Adams E; Archbald DA; Burgess T; Raven J; Romberg TA. Toward a new science of educational testing and assessment. Albany, NY: State University of New York Press; 1992. p. 71-84.

15. Linn RL; Baker EL; Dunbar SB. Complex, performance-based assessment. Educational Researcher. 1991;20(8):15-21.

16. Torrance H. Introduction. In: Torrance H. Evaluating authentic assessment: Problems and possibilities in new approaches to assessment Buckingham: Open University Press; 1995. p. 1-8.

17. Young, M.F. Assessment of situated learning using computer environments. Journal of Science Education and Technology. 1995.4(1):89-96.

18. Lajoie S. A framework for authentic assessment in mathematics. NCRMSE Research Review: The Teaching and Learning of Mathematics. 1991;1(1): 6-12.

19. Resnick LB; Resnick DP Assessing the thinking curriculum: New tools for educational reform. In: Gifford BR; O'Connor MC. Changing assessment: Alternative views of aptitude, achievement and instruction. Boston: Kluwer; 1992. p. 37-75.

20. Gronlund NE Assessment of Student Achievement. 7th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2003.

LEITURA RECOMENDADA

Driessen E; vanTartwijk J; van der Vleuten C; Wass V. Portfolios in medical education: why do they meet with mixed success? A systematic review. Med Educ, 2007; 41(12):1224-1233.

Driessen EW; Van der Vleuten CPM; Schuwirth LWT; Van Tartwijk J; Vermunt JD. The use of qualitative research criteria for portfolio assessment as an alternative to reliability evaluation: a case study. Med Educ. 2005;39(2):214-220.

Dijkstra J; Schuwirth L; Van der Vleuten. A model for designing assessment programmes. (In preparation)

Eva KW; Regehr G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. Acad Med. 2005;80(10 Suppl):S46-54.

Gorter S; Rethans JJ; Van der Heijde D; Scherpbier A; Houben H; Van der Vleuten C; et al. Reproducibility of clinical performance assessment in practice using incognito standardized patients. Med Educ. 2002;36(9):827-832.

Govaerts MJ; Van der Vleuten CP; Schuwirth LW; Muijtjens AM. Broadening Perspectives on Clinical Performance Assessment: Rethinking the Nature of In-training Assessment. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2007;12:239-260.

Hodges B. Medical education and the maintenance of incompetence. Med Teach. 2006;28(8):690-696.

Jozefowicz RF; Koeppen BM; Case SM; Galbraith R; Swanson DB; Glew RH. The quality of in-house medical school examinations. Acad. Med. 2002;77(2):156-161.

Meng C. Discipline-specific or academic ? Acquisition, role and value of higher education competencies. Maastricht; 2006. PhD [Dissertation] - Universiteit Maastricht,.

Norcini JJ; Swanson DB; Grosso LJ; Webster GD. Reliability, validity and efficiency of multiple choice question and patient management problem item formats in assessment of clinical competence. Med Educ. 1985;19(3):238-247.

Papadakis MA; Hodgson CS; Teherani A; Kohatsu ND. Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. Acad Med. 2004;79(3):244-249.

Papadakis MA; Teherani A; Banach MA; Knettler TR; Rattner SL; Stern DT; et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. N Engl J Med. 353(25): 2673-82.

Papadakis MA; Arnold GK; Blank LL; Holmboe ES; Lipner RS. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. Ann Intern Med. 2008;148(11):869-876.

Petrusa ER. Clinical performance assessments. In G. R. Norman, C. P. M. Van der Vleuten & D. I. Newble International Handbook for Research in Medical Education. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher; 2002. p. 673-709.

Ram P; Grol R; Rethans JJ; Schouten B; Van der Vleuten CPM; Kester A. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. Med Educ. 1999;33(6):447-454.

Stalenhoef- Halling BF; Van der Vleuten CPM; Jaspers TAM; Fiolet JBFM. A new approach to assessign clinical problem-solving skills by written examination: Conceptual basis and initial pilot test results. Paper presented at the Teaching and Assessing Clinical Competence, Groningen; 1990.

Swanson DB. A measurement framework for performance-based tests. In: Hart I; Harden R. Further developments in Assessing Clinical Competence. Montreal: Can-Heal publications; 1987. p. 13-45

Van der Vleuten CP; Schuwirth LW; Muijtjens AM; Thoben AJ; Cohen-Schotanus J; Van Boven CP. Cross institutional collaboration in assessment: a case on progress testing. Med Teach. 2004;26(8):719-725.

Van der Vleuten CPM; Swanson DD. Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients: State of the Art. Teach Learn Med. 1990;2(2), 58-76.

Van der Vleuten, C. P. M., & Newble, D. I. (1995). How can we test clinical reasoning? The Lancet, 345, 1032-1034.

Van der Vleuten, CPM; Norman GR; De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: Issues of reliability. Med Educ. 1991;25:110-118.

Van der Vleuten CPM; Schuwirth LWT. Assessment of professional competence: from methods to programmes. Med Educ. 2005;39:309-317.

Van der Vleuten CPM; Schuwirth LWT. On the value of (aggregate) human judgment. Med Educ. (Under editorial review).

Van Luijk SJ; Van der Vleuten CPM; Schelven RM. The relation between content and psychometric characteristics in performance-based testing. In: W. Bender RJ; Hiemstra AJJA; Scherp B; Zwierstra RP. Teaching and Assessing Clinical Competence. Groningen: Boekwerk Publications; 1990. p. 202-207.

Wass V; Jones R; Van der Vleuten C. Standardized or real patients to test clinical competence? The long case revisited. Med Educ. 2001;35:321-325.

Williams RG; Klamen DA; McGaghie WC. Cognitive, social and environmental sources of bias in clinical performance ratings. Teach Learn Med. 2003;15(4):270-292.

[1] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE: AVALIAR O QUÊ E PARA QUÊ?

Jadete Barbosa Lampert[I]

INTRODUÇÃO

Quando se pensa em avaliar algo ou alguma coisa, não se pode fugir de buscar dados e conhecer características do objeto de avaliação, que inclui a percepção de como este se institui na interação de seu contexto. Tratando-se de avaliação institucional dos cursos de graduação da área da saúde, temos que saber como estes justificam sua existência, a que se propõem, como se estruturam, que processos desenvolvem, que resultados buscam e como efetivamente os alcançam. A avaliação tem uma finalidade que extrapola o ato avaliativo, pois integra um processo de avaliação. Neste processo, a avaliação dá subsídios que geram discussões, análises e evidências de fragilidades e fortalezas na execução das ações, que, por sua vez, exigem revisar o planejamento e as metas institucionais, no realinhamento de estratégias para alcançar os objetivos propostos.

Nesta perspectiva, faremos um exercício simples, mas de abrangência complexa, de perceber certa lógica a partir da base, ou seja, do foco de atenção que justifica a existência da própria instituição, no caso, de um curso de graduação de profissionais da área de saúde.

Ao ir em direção à perspectiva de avaliar uma instituição que se propõe formar profissionais da área da saúde, o fio da meada se inicia na identificação das necessidades de saúde da sociedade, no caso brasileira, que são diversas, em diferentes regiões e Estados, e em distintas classes sociais, de norte a sul, de leste a oeste deste extenso país. A esta identificação, que não tem sido fácil, e é dinâmica, segue-se o passo seguinte: discutir que competências profissionais devem ser dominadas para dar atendimento integral e humanizado às necessidades e demandas de saúde da sociedade. Assim, se delineiam os perfis dos profissionais requeridos para atender as necessidades de saúde, com conhecimento, habilidade e atitudes e capacidade de atuar em equipe para atender o indivíduo em sua integralidade. Surge desta forma o momento de definir as características das instituições que, creditadas pelo Estado, ordenador e regulador, deverão dar conta de tais tarefas. Estas, em seu conjunto, devem conferir formação profissional aos ingressos ao longo do curso de graduação oferecido pela escola. Curso que, regulado e sustentado pelo Estado e pela sociedade, ao final, em ato público, celebra a colação de grau e libera o profissional formado para prestar serviços profissionais.

De imediato, estes recém-formados recebem registros dos conselhos regionais da corporação profissional respectiva para o exercício da profissão. Desta maneira, o novo profissional se lança no mercado de trabalho existente, para prestar assistência em saúde, sobreviver de forma honrosa e digna, e realizar-se profissionalmente, com o compromisso da educação permanente na interação do cotidiano das atividades assumidas.

Uma escola/instituição formadora de profissionais de saúde, além de ter em mente o perfil do profissional a ser formado, tem que ter, portanto, a percepção do mundo do trabalho, das carências de assistência em saúde, da base política e econômica da profissão, do mercado de trabalho com as diversas formas de prestação de serviços de saúde. Diante do quadro da realidade percebida e do perfil do profissional a ser formado é que a escola tem elementos para montar ou rever seu projeto político-pedagógico, dando-lhe mais consistência com vista a uma estrutura física, tecnológica e administrativa, e a um quadro de perfis de recursos humanos para dar conta das tarefas que a proposta de formação requer. Portanto, no projeto político-pedagógico, a escola justifica sua existência no contexto onde se insere, e se compromete, dentro do seu papel de relevância social e de excelência técnica, com a formação de um profissional que dê conta do que a sociedade precisa naquela área.

Ao traçar seu compromisso, a escola tem como referência a relação entre Estado e sociedade, e as políticas constituídas, tendo em vista suas possibilidades de interação no contexto em que se situa. Desta forma, se compromete com atividades de ensino, pesquisa e extensão, e carece de um sistema de avaliações com indicadores quantitativos e qualitativos que lhe permita identificar e acompanhar fragilidades e fortalezas ao focar estrutura, processos e resultados. Tais indicadores, levantados e usados de forma sistemática, permitem, ao se aproximar da realidade, analisar e fazer recomendações sobre o planejamento e as metas institucionais.

Na tentativa de dar certa coerência lógica, vamos fazer uma rápida passagem por alguns dos fatores relevantes na discussão do perfil profissional, dos modelos de assistência à saúde no mundo do trabalho e das percepções dos diversos tipos de assistência prestada.

NECESSIDADES DE SAÚDE (PROCESSO SAÚDE-DOENÇA)

Quando se atenta para as necessidades de saúde, ainda é predominante focar a doença, e logo vem à memória uma lista das patologias conhecidas, mais comuns (infecciosas, degenerativas, neoplásicas, urgências, etc.), que nos remetem a procedimentos diagnósticos e tratamentos, desde os tecnicamente mais simples aos mais sofisticados. A situação da pessoa doente, com achados semiológicos, nos leva a referir de imediato ao sistema de saúde disponível, com serviços públicos, privados e conveniados, e as possibilidades de acesso à prestação de serviços e com métodos de diagnóstico e de terapêutica.

O sofrimento causado pela doença e todos os custos decorrentes são crescentes, pois demandam tecnologias sofisticadas de alto custo para a solução de problemas, não suportado nem mesmo pelos países mais ricos.

A partir do Informe Lalonde (1974), indagações e discussões sobre o processo saúde-doença vêm estimulando estudos, pesquisas e a produção de novos conhecimentos, com identificação de fatores e agentes determinantes de enfermidades específicas e condicionantes da qualidade de vida. A OMS vem promovendo conferências sobre promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997), com recomendações substanciais para uma sociedade mais saudável.

O conceito de promoção da saúde, usado pela primeira vez em 1946 por Sugerist, tomou impulso no Canadá, com a divulgação do Informe Lalonde, em 1974. A princípio, foi usado para caracterizar um tipo de atenção dentro do modelo de história natural da doença, podendo aplicar medidas preventivas em todos os níveis de atenção, dependendo do grau de conhecimento da enfermidade[1] - prevenção primária (pré-patogênese), atenção voltada ao indivíduo -, estendendo-se, a partir dele, à família e ao grupo.

A Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS, 1986), definiu esse conceito como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Seus termos, portanto, se inscrevem num grupo de conceitos que reforçam a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade em relação à própria saúde, entendendo-a como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Propõe cinco campos de ação:

a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis[a] ;
b) criação de ambientes favoráveis à saúde;
c) reforço da ação comunitária;
d) desenvolvimento de habilidades pessoais; (e) reorientação do sistema de saúde. Além do provimento de serviços assistenciais, fica proposta claramente:

> [...] a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial de intervenção. Os resultados são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais (p. 171)[2].

A Conferência de Adelaide (OMS, 1988), II Conferência Internacional, ressalta a visão de intersetoriedade que tem marcado o discurso da promoção da saúde e a responsabilidade do setor público, seja pela formulação e im-

[a] Políticas públicas saudáveis envolvem um duplo compromisso: o político, de situar a saúde no topo da agenda pública, e o técnico, de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença, o que exige ação intersetorial.

plementação das políticas sociais, seja pelo papel das políticas econômicas e seu impacto sobre a situação e o sistema de saúde. Essa conferência reafirmou a visão da integralidade e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde.

Realizada em Sundsvall, na Suécia, a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS, 1991) focalizou pela primeira vez a interdependência entre saúde e ambiente, em todos os seus aspectos. Preparava-se, na época, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92) e ampliava-se a consciência internacional sobre os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente.

A Conferência de Jacarta (OMS, 1997), IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Indonésia, pretendeu atualizar a discussão sobre o reforço da ação comunitária. Foram definidas cinco prioridades para os próximos anos no campo da promoção da saúde:

1. promover a responsabilidade social com a saúde, por meio de políticas saudáveis e comprometimento do setor privado;
2. aumentar o investimento em saúde através do enfoque multissetorial, investindo também em educação, habitação e em outros setores sociais;
3. consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governo e da sociedade;
4. aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos;
5. definir cenários preferenciais para atuação (cidades, comunidades locais, escolas, ambientes de trabalho, outros).

A Declaração de Bogotá (Opas, 1992), documento que lançou a proposta de promoção da saúde na América Latina e reconheceu a relação da mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, estabelece cinco princípios ou premissas:

1. a superação das complexas e profundas desigualdades (econômica, ambiental, social, política e cultural) relativas a cobertura, acesso e qualidade dos serviços de saúde;
2. a necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública, orientadas a combater, ao mesmo tempo, doenças causadas pelo atraso e pela pobreza e as consideradas decorrentes da urbanização e industrialização;
3. a reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais;
4. a conquista da equidade, ao afirmar que o papel da promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também em atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e de seus dirigentes;
5. o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades.

Aponta três estratégias para a promoção da saúde na América Latina:

1. promover a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações;
2. transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção da saúde;
3. convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

Decorridos 24 anos da divulgação da Carta de Ottawa, o termo promoção da saúde está associado a um conjunto de valores, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Para a implementação de programas e atividades, Buss refere uma combinação de estratégias de ações:

1. do Estado, com políticas públicas saudáveis;
2. da comunidade, no reforço da ação comunitária;
3. do indivíduo, no desenvolvimento de habilidades pessoais;
4. do sistema de saúde, na reorientação do sistema de saúde;
5. de parcerias intersetoriais.

Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla, tanto pelos problemas como pelas soluções para eles propostas. "A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas" (p. 166)[2].

Por outro lado, ainda que se identifique que medidas preventivas e de promoção da saúde tenham sido, de forma clara, as razões fundamentais para os avanços na melhoria da qualidade e expectativa de vida[b] , observa-se que, para resolver os problemas de saúde, os países têm investido de forma crescente, preferencialmente na assistência médica curativa e individual. A péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambientais têm papel importante nas condições de saúde, particularmente no Brasil e em outros países da América Latina[3,4,5].

Por outro lado, desde o início do século 20, sociólogos e antropólogos, por meio de estudos empíricos, trouxeram grande contribuição ao demonstrarem que a doença, a saúde e a morte não se restringem a uma evidência orgânica, natural, objetiva. Estão relacionadas às características de cada sociedade, revelando que a doença é uma realidade construída, e o doente é um personagem social. Com base nas ciências sociais, pode-se dizer que existe uma ordem de significações culturais mais abrangentes, a qual informa o olhar lançado sobre o corpo que adoece e que morre. O indivíduo, no plano das representações, avalia seu estado e a dinâmica de "ficar doente" não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos, buscando no médico ou correspondente a legitimidade da definição de seu estado, do que retira atitudes e comportamentos que o tornam doente para o outro, para a sociedade[6]. Portanto, a linguagem da doença não é relativa apenas ao corpo, mas também à sociedade e às relações sociais.

No entanto, na relação médico-paciente, no exercício da profissão, entre o médico e a população se identifica uma barreira que acontece mediante um código de linguagem fechado e específico. Como afirma Bakhtin, esse código retrata e refrata a realidade:

a) atém-se ao contorno biológico e individual do doente e, dessa forma, explica o fenômeno saúde-doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual. Separa, portanto, o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação;

b) transforma o conceito de doença numa especialidade a respeito de determinado órgão, considerando o corpo do doente principalmente como objeto de saber e espaço da doença;

c) a práxis médica chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais[6,7].

"[...] as doenças provocadas pelas condições de vida e de trabalho são tratadas como questão individual ou inespecificamente como 'males da vida moderna'" (p. 190)[6]. Essa afirmativa surpreende pela coerência no entendimento do processo saúde-doença, na medida em que desmascara um sistema de poder subjacente às práticas com a doença e pelo fato de a universidade, como academia, a escola, não ter tido, ainda, forças e reconhecimento suficientes para trazer à tona e entabular devidamente tais questões. Mas, à medida que se expandem as ciências e tecnologias em especialidades e subespecialidades, que tanto têm fragmentado o atendimento em saúde, da mesma forma se ampliam conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes, criando foros de ação que ampliam a clientela dos profissionais da saúde, pois já não se limitam às situações específicas de doenças[8].

Tudo o que foi dito dá a dimensão do esforço que se necessitaria despender para alcançar a utopia que move os que, no setor, acreditam numa mudança de modelo. Portanto, a mudança do paradigma flexneriano para o paradigma da integralidade que visa à produção social da saúde é um processo radical. Um prestigia o processo fisiopatológico e focaliza o indivíduo; o outro focaliza as causas de doença do indivíduo no contexto global, ainda que, no seu interior, considere o papel da subjetividade e do sujeito na construção de sua saúde pessoal[7].

Fruto do modelo flexneriano que se impôs e permanece na prática, a medicina atual, contrariando qualquer formulação fundada no sentido social da saúde, constrói seu objeto a partir dos conhecimentos biomédicos e por especialidades, produzindo investigações de ponta sobre patologias, de forma antes nunca imaginada. Seu momento de glória atual é o aprofundamento e a ampliação do conhecimento em áreas específicas, em busca da descoberta de novos campos de investimento em ciência e tecnologia, em possibilidades de te-

[b] A expectativa de vida na América Latina era de 50 anos logo depois da II Guerra Mundial; em 1995, já era de 69 anos; em 1980, os valores polares no Brasil eram encontrados nos Estados da Paraíba (44,3 anos) e do Rio Grande do Sul (70 anos).

rapias e de medicamentos voltados para a neuropsiquiatria, a imunologia, a engenharia genética, o rejuvenescimento e outros problemas da demanda prevalente de países centrais e das classes dominantes.

Fica a expectativa de se ter a dimensão deste conjunto de aspectos e tendências relativos às necessidades de saúde, com espaço para análise crítica do contexto e tomada de decisões participativas que incluem a comunidade, ou seja, todos os cidadãos enquanto usuários do sistema, num processo avaliativo que permita acompanhamento de forma crítica e construtiva.

PERFIL PROFISSIONAL DESEJADO (DCN)

O edital número 4, de 1997, do MEC, chamou as instituições organizadas da sociedade para tratar e delinear o perfil dos profissionais de que a população brasileira carecia para dar conta de suas necessidades. De muitas reuniões e discussões resultaram as diretrizes curriculares nacionais (DCN)[9], que foram analisadas e homologadas pelo CNE/MEC de 2001 a 2002, para os cursos da graduação da área da saúde. Conferindo flexibilidade, as DCN respeitam a singularidade de cada escola, o que significa um avanço de abrangência política e social com legitimidade e espaço para executar as reformas necessárias no âmbito das necessidades em saúde. Para isso, exigem que as escolas tenham maturidade institucional para, ao implementá-las, interagir com os serviços e a comunidade.

Com o início das aprovações das diretrizes curriculares, em especial para a área da saúde, movimentos que já vinham acontecendo em algumas escolas ganharam força para se desenvolver e expandir. Isto quer dizer: dar relevância à avaliação dos cursos de graduação, enquanto instituições que constroem mudanças na formação dos profissionais, buscando adequar a formação à dinâmica das demandas contemporâneas da sociedade.

As DCN delineiam o perfil do profissional ao concluir a graduação, com uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva. E, ao estabelecerem as competências e habilidades gerais e específicas, enfatizam a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe. Avançam, também, ao estabelecerem, na estrutura do curso de graduação, a integração ensino-serviço, vinculando a formação profissional acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Dessa forma, consolidam a inter-relação com comprometimento intersetorial da área de formação de recursos humanos para a saúde com os serviços de assistência à saúde (p. 97)[7].

Um grupo significativo de escolas já elaborou e reelaborou seus projetos pedagógicos de forma flexível para atender as DCN, estando em fase de construção de seu processo autoavaliativo. Só um processo autoavaliativo participativo, que acompanhe a implementação das ações, pode adequá-las e alcançar efetividade e impacto com as mudanças requeridas na formação de um profissional diferenciado para atender as necessidades de saúde da população brasileira.

SOCIALIZAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO (MODELO)

Ao frequentar o curso de graduação, o estudante, para tornar-se profissional, passa por um processo de socialização, que sobrepuja a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas inerentes à profissão. Vários trabalhos científicos têm mostrado aspectos e reflexões sobre essa realidade[10-14].

No estudo sociológico sobre educação médica, afora os aspectos técnicos que são frutos do aprendizado direto por meio do ensino didático de um ou outro tipo, Merton[10], em 1957, refere um aprendizado indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos pelo estudante como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde. Tratando do currículo oficial e do currículo oculto[c], Galli[11] também menciona o processo de socialização, em que o aluno incorpora como próprias as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social. É um processo de identificação quase imperceptível, concomitante à aprendizagem formal, no qual o estudante identifica os atributos que lhe dão prestígio social e adquire uma escala de valores.

Souza[13], autora brasileira, valendo-se do ponto de vista da psicanálise, trabalha os discursos dos estudantes de Medi-

[c] Currículo oficial e currículo tratam do currículo explicitado em documentos e programas a serem implementados pela escola e do currículo não explicitado que efetivamente acontecem nas salas de aula e no convívio com os professores e profissionais de saúde no contexto da formação médica.

cina e os divide em quatro temas de conflito. Ao associar os quatro temas identificados na pesquisa - desvalorização do sofrimento psíquico, negação do corpo simbólico, engendramento de uma identidade técnica e experiência de sujeição, de que falam os alunos -, por coerência, remete-se a Foucault apud Souza 2001[13], tendo como hipótese a existência de uma estratégia sem estrategista, presente na formação médica. A equação saber/poder é reproduzida nessa estratégia que limita a transmissão do saber ao valor pragmático de eficácia da ação sobre a doença, resolvendo a tensão doente/doença com a negação do doente. Sendo uma experiência pedagógica, a autora abre a possibilidade de pesquisa que denuncia essa estratégia e mantém a tensão produtiva do questionamento, indicando a criatividade necessária em todos os momentos de realização do saber médico em uma prática clínica sempre complexa e extremamente difícil.

Também Rego[14], outro autor brasileiro, por meio de entrevistas com estudantes de Medicina de escolas brasileiras, realiza um diagnóstico situacional e estabelece hipóteses explicativas

> para a situação, entre as quais se destaca a de que, no processo de formação, ocorre um fenômeno que chamamos de "coisificação do ser humano" (no caso, os pacientes), como um resultado da reificação do paciente como objeto" (p. 151).

Em seu trabalho, apresenta um referencial teórico para explicar como se dá a socialização profissional e a conformação moral do indivíduo.

No entanto, Minayo[15], em 2001, abordando estrutura e sujeito, na busca de compreender os determinismos e o protagonismo histórico no campo da saúde, faz referência aos autores clássicos das ciências sociais, enfatizando as correntes que conferem papel ativo à subjetividade no debate atual das teorias sobre o pensamento complexo. Esse debate evidencia, de um lado, o papel das instituições que tendem à rotina, para legitimar-se; e, de outro, a importância dos atores sociais (no caso, tanto estudantes como professores e gestores das escolas) para concretizar mudanças em relação às repetições de modelos objetivadas nas estruturas.

A prática profissional na área de saúde, em especial a médica, tem atuado com dois modelos principais: um liberal e privado, e outro assistencial e público, de base socioepidemiológica e com fins de cobertura. Ambos, considerados protótipos, convivem na maioria dos países, aparecendo de forma híbrida cada vez mais frequente. Os modelos profissionais permeiam de maneira invisível a totalidade da estrutura da formação profissional. Esta, por sua vez, atua legitimando no estudante as práticas gerais na assistência. Desse fato se pode deduzir que as práticas educativas orientam seu eixo conceitual em função do modelo profissional em que a escola se insere ou no qual seus professores se colocam.

É importante dizer que nenhum modelo é impermeável, já que todos são eivados de contradições: e é a partir das contradições que se produzem as mudanças.

Se o ensino é executado predominantemente em função da prática liberal, oferece ao estudante um modelo assistencial bastante curativo, centrado no indivíduo e voltado para a especialização em segmentos/partes/sistemas e órgãos do ser humano. Se o ensino contar com uma prática docente desenvolvida em instituições assistenciais organizadas sob a meta de cobertura, segundo os princípios da carta de Alma Ata e da carta de Otawa sobre a promoção da saúde, o contexto de aprendizagem se amplia. O ambiente educacional oferecerá, a professores e estudantes, modalidades alternativas de prática médica mais integralizada. Ou seja, sem excluir o aprofundamento e o detalhamento da assistência especializada, localiza-a no contexto geral dos serviços de saúde. Apresenta uma proposta assistencial voltada para a eficácia, a eficiência e a acessibilidade dos serviços a toda a população, de acordo com as suas necessidades[16], na perspectiva da efetividade e do impacto dos resultados a médio e longo prazo. Nessa segunda opção, a proposta pedagógica engaja o estudante na realidade social, propiciando-lhe um enfoque científico mais aberto, e, ao mesmo tempo, técnico - tratando do desenvolvimento de habilidades - e reflexivo, permitindo-lhe compreender as várias dimensões do processo saúde-doença.

Quanto à profissionalização, Freidson (p. 83)[17] afirma que:

> Una profesión, de todos modos, es considerada habitualmente una clase especial de ocupación, de modo que es necesario desarrollar diferenciaciones analiticamente útiles entre las profesiones y las demás ocupaciones. Yo sostengo que la distinción más estratégica reside en una legítima autonomia organizada: una

> profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho a controlar su próprio trabajo.

A profissão médica, vista como o "arquétipo das profissões", reuniu pontos de vista teóricos diferentes sobre sua constituição, nos anos 1950, nos Estados Unidos. As principais interrogações sobre a socialização profissional nos estudos de então estavam interessadas em saber como os estudantes se transformam em médicos e qual seria a margem de controle das sociedades profissionais sobre esse processo. As conclusões mais ou menos consensuais de vários autores mostram que, durante o período de aprendizagem (na escola), a profissão assegura o controle dos seus membros, iniciando-os na aquisição de uma nova cultura. Nela se considera que os candidatos devem orientar seu comportamento para a cultura normativa do grupo, definida como o conjunto de ideias, valores e critérios padronizados de prática profissional. Esse acervo de tradições e regras constitui importante elemento regulador dos comportamentos profissionais futuros[12].

Os profissionais primeiro começam com a criação das associações corporativas, as quais tornam explícitas as regras para a inclusão de novos associados. Em segundo lugar, impõem seu monopólio, dando um rótulo ao grupo, capaz de imprimir restrição legislativa aos não iniciados. Em terceiro, estabelecem um código de ética, demonstrando sua utilidade social, e, além disso, controlam as incompetências e reduzem a competição interna. Em quarto lugar, mobilizam-se politicamente para a obtenção do reconhecimento legal, com a finalidade primeira de limitar o título profissional e, em seguida, tratar como crime em sua jurisdição os trabalhos profissionais exercidos sem a devida licença[18].

Para Wilensky apud Machado 1995[19], existe um processo de profissionalização que incorpora cinco passos:

1. o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral, dada a necessidade social e o surgimento do trabalho específico;
2. criam-se escolas de treinamento, por pares experientes, de forma sistematizada e universal para os aspirantes;
3. forma-se a associação profissional, definindo perfis profissionais que darão ao grupo uma identidade;
4. a profissão é regulamentada, definindo o território profissional e assegurando o monopólio de competência não só do saber como da prática profissional;
5. adota-se um código de ética e assegura-se legalmente o direito de expurgar os não profissionais, considerando-os charlatães ou não aptos ao exercício profissional (grifo nosso).

Donnangelo[20] diz que a incompatibilidade entre fatores intrínsecos à profissão médica e as novas formas sociais de trabalho constitui o elemento mais frequentemente invocado pelas associações profissionais e pela "literatura médica" para definir uma crise interna à medicina.

Apesar de todas as transformações no campo profissional, o pensamento médico tem buscado formular uma representação do trabalho por meio da qual seja possível reconstruir a homogeneidade dentro da profissão e preservar suas conquistas de reconhecimento social. A autonomia da profissão é apenas relativa, pois detém controle parcial sobre os meios de produção e a clientela. No momento atual, quando se sujeita ao controle de terceiros - instituições seguradoras, administradoras de saúde -, sua autonomia tende a se limitar ao espaço dos consultórios privados e intra-hospitalares e a clínicas cooperativas, a forma mais próxima do processo liberal de produção de serviços[21].

Machado[22] trata das metamorfoses da prática profissional médica[d] , indicando movimentos que demonstram uma tendência à desprofissionalização da atividade. A seu ver, os médicos, no exercício profissional, estariam convivendo com uma descaracterização que compromete sua autonomia.

A abordagem restrita ao corpo dos pacientes e de suas partes reduziu a visão do contexto social onde o indivíduo se insere. A prática empírica deu lugar à prática indissociável da investigação científica e técnica, e uma nova forma de atuar sobre o corpo humano moldou o perfil da profissão médica moderna, que se divide em especializações e subespecializações. Essa divisão de tarefas profissionais em especialidades tende a segmentar a corporação, pois forma organizações específicas, as sociedades de especialistas.

[d] Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro, 1996. Doutorado [Tese] - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

No decorrer do tempo, em especial na segunda metade do século 20, os profissionais se organizaram, e na medicina, hoje, estão agrupados em três grandes entidades de classe: o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), cada uma com determinado papel, com status social e jurídico distintos. Compete aos sindicatos, congregados na Fenam, a defesa e a coordenação dos interesses econômicos ou profissionais das várias categorias de médicos assalariados. Os conselhos, o CFM e os conselhos regionais, órgãos disciplinadores da ação médica, julgam as falhas de procedimentos médicos, visando à elevação do conceito da classe perante a sociedade, procurando afastar os maus elementos por meio de julgamentos, punições, orientação e educação. A AMB e suas filiadas têm funções diversificadas, desenvolvidas nos critérios que presidem sua constituição - união para defesa dos interesses da classe em todos os seus aspectos. A elas compete, basicamente, a luta por melhores condições de trabalho e pela melhoria da qualificação técnica[23]. Em 1962, as escolas médicas deram origem à Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), que congrega a quase totalidade das escolas do País e mantém, desde então, a realização anual de um evento nacional para discussão e apresentação de trabalhos científicos pertinentes ao tema, o Congresso Brasileiro de Educação Médica.

Embora a escola seja responsável pela reprodução do modelo profissional, as entidades da corporação têm mantido, em alguns casos, certa distância das instituições formadoras, as escolas, que estão reunidas em associações brasileiras de educação, próprias (Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, etc. - Abem, Abeno, Aben, Abenut, etc.). Incumbida de julgar os erros profissionais, a corporação ainda não se aprofundou com a aproximação devida nas origens da formação profissional, na escola. Na década de 1990, em movimento inédito, a Abem reuniu em torno do Projeto da Cinaem (Comissão interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas) um grupo de dez instituições para avaliar o desempenho das escolas médicas. Naquele momento histórico, o erro médico era notícia destacada na mídia, e havia a ameaça de se instituir o exame de ordem para o curso médico. Ao término do projeto, que produziu resultados importantes, a comissão se desfez, deixando um espaço histórico para uma nova construção. As instituições corporativas são as protagonistas esperadas para auxiliar na construção transformadora do conjunto institucional da profissão.

PROCESSO DE MUDANÇAS E AVALIAÇÃO (SINAES)

As mudanças têm como imagem-objetivo a ser alcançada, no que se refere aos programas curriculares de graduação do profissional da saúde, uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população[24]. Isto significa capacitar o profissional para enfrentar os problemas do processo saúde-doença, com compreensão do contexto. Implica, também, estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o controle social, e atue com a população de determinado território[25].

O paradigma que se constrói, da integralidade, induz a construção de um novo modelo pedagógico, que visa ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. O princípio operativo do movimento de mudança a ser acompanhado/avaliado deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção do conhecimento[26].

As interações supõem relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, visando garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas de saúde prevalecentes e mudanças na estrutura de administração acadêmica. Todo esse processo levaria em conta, também, um sistema de controle balizado pelas novas categorias da prática pedagógico-assistencial[26].

Os movimentos de mudanças, que se desenham e se realizam em ações, carecem de avaliações sistemáticas com indicadores validados para acompanhar os processos e resultados. Tais indicadores devem propiciar uma reflexão crítica acerca da realidade, sinalizando o rumo e as condições de estrutura, processos e resultados, e propondo recomendações - com um sistema de comunicação que propicie divulgação de forma que todos os atores implicados participem e acompanhem, sentindo-se protagonistas do processo.

Numa visão abrangente do processo avaliativo, a Comissão Especial de Avaliação da Educação Superior[27] contextualizou seu trabalho sem dissociá-lo da necessária regulação do Estado, para fomentar e supervisionar o sistema em seu conjunto, reconhecendo a importância de uma política capaz de refundar a missão pública do sistema de educação brasileiro, respeitando sua diversidade, mas tornando-o compatível com as exigências de qualidade, relevância social e autonomia. Apoiada em pressupostos acadêmicos e políticos, se articula no plano macroeducacional com os processos avaliativos e estabelece alguns princípios e diretrizes[27]:

a) Transformação da educação superior brasileira para corresponder mais diretamente aos anseios da sociedade por um país democrático, cujos cidadãos participem ativamente nos projetos de seu desenvolvimento;
b) Preservação de valores acadêmicos fundamentais, como a liberdade e a pluralidade de ideias, que se manifestam no cultivo da reflexão filosófica, das letras e artes e do conhecimento científico;
c) Valorização das IES como instituições estratégicas para a implementação de políticas setoriais nas áreas científica, tecnológica e social;
d) Afirmação do papel irrenunciável do Estado na constituição do sistema nacional de educação superior, comprometido com a melhoria de sua qualidade, tendo as universidades públicas como referência do sistema;
e) Recredenciamento periódico das instituições públicas e privadas de qualquer natureza - particular, comunitária, confessional ou filantrópica -, mediante processo de avaliação que integra a proposta apresentada (Sinaes), ao qual se dará sempre ampla publicidade;
f) Valorização da missão pública nos âmbitos local, regional e nacional por meio de um sistema de avaliação que tenha como principal objetivo a melhoria da qualidade acadêmica e da gestão institucional.

Este sistema será coordenado por uma comissão de alto nível e reconhecimento nacional, com autonomia no âmbito de sua competência. Desse processo avaliativo articulado com mecanismos regulatórios do Estado decorrem ações de fomento e medidas de natureza corretiva e planos de expansão qualificada que assegurem o desenvolvimento da educação superior em patamares compatíveis com metas de curto e longo prazos, de acordo com diagnósticos de necessidades nacionais e regionais, de avanços de conhecimento e de atuação acadêmico-profissional.

As diversas iniciativas expressam o estado da arte da avaliação em cada momento e também concepções e perspectivas distintas do ensino superior e de seu papel na sociedade brasileira. Com instrumentos que atendem seus propósitos e interpretam os resultados obtidos como forma de ampliar o conhecimento das instituições, sedimentar compromissos, dispor de referenciais para priorizar área de intervenção com vistas à elevação de patamares de qualidade, como também para ganhar visibilidade midiática e suscitar a competição interinstitucional, além de constituir critério para apoio financeiro ou de outra natureza. No entanto, não deixam de enfatizar as diferenças entre essas duas concepções e práticas de avaliação na educação superior - uma comprometida com a transformação acadêmica, numa perspectiva formativa/emancipatória; e outra mais vinculada ao controle de resultados e do valor de mercado, com visão regulatória.

A constatação de que os custos do ensino superior, em termos tanto absolutos como relativos, se tornam cada vez mais elevados, traz ao Estado a indispensabilidade da informação e da prestação de contas da qualidade e da amplitude dos serviços que as IES prestam à sociedade em ensino, pesquisa e extensão. Em função disso, tem sido reforçada a concepção e prática de avaliação segundo a qual a função de regulação e controle predomina sobre a de formação e emancipação institucional. Disputam a hegemonia duas orientações, que são de naturezas distintas e de ênfases diferentes, mas não são necessariamente antagônicas. Ambas as tendências existentes na realidade brasileira consideram a avaliação como uma atividade essencial para o aperfeiçoamento acadêmico, a melhoria da gestão universitária e a prestação de contas de seu desempenho para a sociedade.

Com estes princípios o Sinaes vem se construindo como um sistema combinado de regulação e avaliação educativa, em suas dimensões interna e externa, ainda mais externa de supervisão, mas com a clareza de que deve ser de responsabilidade do Estado e das instituições. De que também é sobretudo de interesse da população, que tem o direito de contar com um sistema educativo que preencha os principais anseios e necessidades mais

gerais da sociedade, e o direito de saber como as instituições estão realizando seus mandatos sociais relativos ao avanço do conhecimento e à formação de cidadãos que também sejam bons profissionais.

Sendo o contexto onde se insere a escola relevante para que esta adapte seu produto educacional aos anseios da sociedade, o mundo do trabalho deve ser percebido e acompanhado em sua dinâmica para a construção do projeto político-pedagógico no qual deverá se situar enquanto instituição formadora, se comprometendo com uma abordagem pedagógica, tendo em vista locais para a prática profissional de seus discentes e estrutura para dar condições de ensino-aprendizagem e desenvolvimento dos recursos humanos requeridos, docentes e técnico-administrativos.

Mundo do trabalho (prestação de serviço em saúde)

O mundo do trabalho é um espaço dinâmico de prática profissional, onde se cruzam e debatem necessidades e forças de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e ideológicos, com ideias e ações onde se estrutura o mercado de trabalho e se organizam os serviços ofertados. O mundo do trabalho é objeto de observação e de análise crítica para visualizar as possibilidades das transformações preconizadas. Nele se busca identificar os locais onde o profissional de saúde poderá e deverá se inserir para prestar serviços de saúde. Portanto, a escola deve procurar de forma comprometida acompanhar e discutir criticamente a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e a organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação aos futuros profissionais. Para elaborar e organizar a programação curricular, a escola deve considerar a carência de profissionais na área da saúde para o atendimento das necessidades de saúde e as possibilidades de emprego ou atividades remuneradas.

Embora a escola não disponha de competência (governabilidade) para interferir nesse problema social - pois sua modificação depende de outros níveis ligados à conjuntura social, ao momento histórico -, é importante que considere fatores vinculados ao mercado de trabalho em saúde, para preparar melhor o profissional que nele irá se inserir para prestar serviços. A escola deve explicitar a existência de práticas médicas distintas, liberal e assalariada, e ter a dimensão da influência desse fato na formação profissional. Por muito tempo, prevaleceu o modelo de ensino ligado ao êxito profissional liberal, que não se traduzia num conteúdo curricular explícito, mas era assimilado pelo estudante na imagem, no exemplo e no convívio com os professores. Hoje, o consultório privado exercido como prática liberal está bastante reduzido e dominado pelos convênios.

Outro aspecto é que a saúde está sendo fortemente oferecida e comprada como produto, segundo as leis do mercado. Dessa forma, a escola deve abordar a relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e outras, na prestação de serviços de saúde, como fator adicional ou de interferência na relação singular entre prestador de serviço e cliente/usuário, e seus reflexos na formação e no exercício da profissão. Neste panorama atual, frente a uma variedade de modelos econômicos, é necessário o conhecimento e a discussão dos impactos de longo prazo numa visão global, referindo aspectos e atitudes éticas na profissão.

Projeto pedagógico (perfil e compromisso)

A escola, em seu projeto político-pedagógico, deve tratar de como o curso se situa na sociedade e estabelece sua missão política e pedagógica, e identificar como desempenhará seu papel nas inter-relações sociais, como conceberá saúde e doença e seus fatores determinantes, segundo um enfoque intersetorial[e]. Quando abordar o processo saúde-doença voltado para as causas biológicas e epidemiológico-sociais, terá participação no processo de desenvolvimento da saúde na região. Pautará um curso orientado não só para aspectos biomédicos, diagnósticos, de tratamento e recuperação da saúde, mas tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavell & Clark) e enfatizando a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde, articulando aspectos de promoção,

[e] A intersetoriedade pode ser definida como o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (Opas, 1992).

preservação, diagnóstico, recuperação e reabilitação. Propugna uma orientação equilibrada entre conhecimentos biológicos e psicossocioambientais para a compreensão do processo saúde-doença na dimensão individual e coletiva, de forma que esses conceitos permeiem toda a formação do profissional da saúde.

Para entender a essência do homem, é necessário encará-lo como um ser biopsicossocioambiental, que pressupõe processos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, desenvolvidos ao longo de milhões de anos, pois cada ser vivo reconstrói em sua existência os processos que possibilitaram sua aparição, de acordo com princípios definidos. Esses fenômenos se expressam em movimentos e organização explicados por leis peculiares a cada nível, destacando-se o caráter qualitativamente superior dos processos sociais na determinação dos fenômenos de saúde-doença.

A escola, em seu projeto, também deve tratar da aplicação da alta tecnologia, desde seu uso na atenção clínica e cirúrgica, explicitando-a quando usada em situações clínicas específicas, até a análise ampla e crítica em relação às ocorrências, com ênfase nas demandas e necessidades de saúde da população. A tecnologia na área da saúde está constituída por todo o acervo de conhecimentos (originados predominantemente das ciências biológicas) organizados para os fins práticos e específicos de intervir sobre os casos que requerem meios de apoio diagnóstico e terapêutico, colocados à disposição por uma vigorosa indústria de bens de consumo, considerados cada vez mais indispensáveis à boa prática da medicina, mas que devem ser submetidos a uma necessária e criteriosa indicação. A escola deverá, ainda, tratar se na pesquisa referencia as necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, com ênfase nas ações curativas, se leva em conta também aspectos socioeconômicos, atenção básica, necessidades de saúde, gestão do sistema de saúde, interação escola-serviço-comunidade e processo ensino-aprendizagem. Deverá incluir a participação dos estudantes nas atividades de pesquisa e considerar os resultados nas tomadas de decisão, tendo como base informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de ensino, assistência e gestão do sistema de saúde e da formação profissional.

Tratará também da oferta de cursos de residências, especialidades, mestrados e doutorados e do seu comprometimento com a educação permanente. Essas ofertas devem ser feitas de modo articulado com os gestores do sistema de saúde, visando atender as necessidades de saúde, quantitativas e qualitativas, para a formação do profissional e ao mesmo tempo franquear a educação permanente aos profissionais assistenciais da rede.

Abordagem pedagógica (estrutura e métodos)

Na abordagem pedagógica, a escola trata da forma como implementará o programa curricular, explicitando a estrutura e métodos para a construção e acompanhamento (avaliação) do processo ensino-aprendizagem. Também trata da orientação didático-pedagógica, mais centrada no estudante, com o uso de metodologias ativas, da disponibilidade e adequação da estrutura física e administrativa, de laboratórios e acesso a acervo bibliográfico.

O programa curricular deve mostrar como se estrutura e se organiza em disciplinas e/ou módulos e as condições dadas para integrar conteúdos em áreas de prática real. Deve primar pelas condições físicas e materiais de apoio (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais, biotério, etc.) para tutoria, verificando se está implícita a valorização da autoaprendizagem e do estudo independente, realizado sob a ação facilitadora de professores capacitados para essa tarefa, sem excluir as aulas magistrais, que podem estar bem situadas em determinados momentos. Deve focar o desenvolvimento da capacidade individual do discente de aprender, a qual deve ser grandemente estimulada por orientação competente. Deve também descrever como proporcionar condições adequadas de espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento e a avaliação do processo ensino-aprendizagem e oferecer tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais, que requer trabalhos em pequenos grupos.

Cenários de prática (interação com a realidade)

Quanto aos cenários de prática, a escola deve tratar dos locais onde se dá a prática da profissão, identificando os locais de prática no sistema, postos, ambulatórios, domicílios, famílias e/ou comunidades, bem como as oportunidades que a escola proporcionará aos estudantes de forma orientada para o aprendizado da prática. Referirá os locais que utilizará para o ensino da prática profissional,

nos níveis de atenção primária, secundária e terciária da rede do sistema de saúde, com graus crescentes de complexidade tecnológica, e se utilizará os espaços domiciliar e comunitário, contribuindo com os mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços de diferentes complexidades tecnológicas, visando a promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

A escola deve proporcionar ao estudante participar como observador e ter oportunidade de ampla participação prática com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática, de acordo com seu nível de competência e autonomia. Numa gama de possibilidades, a escola deve oferecer práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, com o uso de serviços de forma integral no âmbito da prática, com demandas espontâneas para o treinamento do raciocínio clínico e diagnóstico diferencial, dando orientações e fazendo encaminhamentos adequados/acertados que contribuam para a construção dos mecanismos de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde e a integração da rede de serviços.

Desenvolvimento permanente dos atores (docência)

O desenvolvimento docente é o aspecto que se mostra mais relevante, e a escola deverá se posicionar quanto ao modo como tratará a necessidade de construir processos de formação docente, para que esta seja permanente no cotidiano das atividades acadêmicas, tendo claro que o docente, como agente formador, é também modelo em serviço, visado na socialização e profissionalização do estudante de Medicina. Portanto, a escola deverá explicitar as políticas e ações em relação ao corpo docente, que é o agente que orienta a formação médica e define o perfil de assessoramentos e apoios de técnico-administrativos para desenvolver suas tarefas. Quanto à formação didático-pedagógica, deverá promover formação e capacitação pedagógica de seus docentes, para maior domínio do processo ensino-aprendizagem, do qual são agentes orientadores e facilitadores. O conhecimento de diferentes conceitos, estratégias e metodologias educacionais é fundamental para o desenvolvimento dos planos de estudo e de novos processos de ensino-aprendizagem, tendo-se presente que os cursos curtos e ocasionais de orientação didático-pedagógica costumam ser insuficientes, devendo a escola dispor de uma estrutura de apoio capaz de desenvolver essa tarefa, com unidades multiprofissionais e especializadas para esse tipo de capacitação.

Com a política institucional, a escola deve visar ao acompanhamento (avaliação) e desenvolvimento da capacitação docente no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas. E também à atualização técnico-científica dos professores com base na formação de pós-graduação, inclusive a educação continuada e a educação permanente do pessoal docente e assistencial. Estas garantem a constante revisão e atualização dos programas curriculares, em função da geração crescente de conhecimentos e do desenvolvimento institucional, em especial quanto às exigências de necessidades e demandas em saúde. Outra preocupação é cuidar para que os docentes sejam estimulados e apoiados a participar e a se integrar com os serviços de assistência, levando a escola a fazer parte do planejamento e avaliação dos serviços e do sistema de saúde.

Considerando o ponto de vista da orientação conceitual com que desenvolvem seus trabalhos, é relevante a interação de ambas as instituições, a de ensino e a de prestação de serviços de saúde. A instituição formadora tem a responsabilidade de analisar criticamente os diferentes modelos de prática, participando da construção de modelos alternativos e desenvolvendo um processo formativo, ligado ao sistema regional e local de saúde, capaz de ir ao encontro das necessidades nesse setor. Como ponto essencial para o desenvolvimento institucional, a escola, ao reconhecer a importância da capacitação gerencial, tem que ter como política promover esta capacitação para contar com docentes que assumam cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, capazes de liderar programas, assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionar participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.

Projeto da Caem/Abem

O desenvolvimento do projeto da Caem/Abem "Avaliação e acompanhamento de mudanças no curso de graduação dos cursos da área da saúde" teve por objetivos:

a) promover e acompanhar as mudanças nas escolas, inicialmente nas médicas e depois nas demais escolas da área da saúde, para atender às Diretrizes Curriculares, tendo por perspectiva a consolidação do SUS;

b) incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (autoavaliação, avaliação externa, meta-avaliação) em cada escola no atendimento aos princípios do Sinaes.

Ao se chegar ao final da implementação do trabalho proposto no projeto, tem-se a construção de um processo participativo, formativo e construtivo que apresenta resultados com uso de metodologia de avaliação condizente com os princípios do Sinaes. No terceiro e último momento do projeto, na Oficina de Sistematização, Caem/Abem, 2009, cada escola das 30 participantes apresentou a construção de seu processo autoavaliativo, mostrando fragilidades, potencialidades e lições aprendidas. Como peculiar ao processo de formação do profissional da saúde, evidenciaram aspectos comuns na valorização de trocas de experiências. Apontaram também necessidades de formulação de políticas públicas que, com força institucional governamental, lhes deem apoio e as impulsionem nas ações internas e de inter-relação com os serviços e a comunidade, deixando marcada a necessidade de garantia de espaço para ensino na rede de serviços.

CONCLUSÃO

O método participativo e construtivo testado pela Caem/Abem apresenta um produto a ser discutido e para impregnar as reflexões críticas sobre a existência destas instituições, escolas da área da saúde com cursos de graduação, e de como se veem e são avaliadas, valorizadas pelos diferentes olhares, atores e instituições do Estado e da sociedade.

Estamos fazendo o caminho com passos lentos, mas determinados, à medida que se cria a consciência de que a avaliação participativa, formativa e construtiva oferece condições de contribuir para a qualidade de vida. Ao serem ativas na interação com os serviços e a comunidade, as escolas percebem espaços para ações com as instituições corporativas das profissões de saúde.

Avaliar o quê? Avaliar a escola, o curso de graduação dos profissionais da saúde de forma participativa e identificar, em seus meandros, potenciais e fragilidades e, assim, promover ações construtivas em suas interações. Avaliar para quê? Avaliar para ter a concreta possibilidade de ajustar e adequar ações que proporcionem uma formação de profissionais da saúde mais condizente com a dinâmica de necessidades de saúde da população brasileiratt e com maior impacto na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JR. Análisis prospectivo de la Educación Médica. Educación Médica y Salud. 1986;20(1):26-42
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Colet. 2000;5(1):163-177.
3. Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil e problemas crônicos e desafios agudos. AdSaúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994. (Série Temática; 1)
4. Minayo MCS. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco; 1995.
5. Monteiro P. Da doença à desordem. A magia da umbanda. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
6. Minayo MCS. Representações Sociais de Saúde / Doença. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 175-196,
7. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Hucitec, Abem, 2002.
8. Lampert JB. Concepção de saúde e o campo de atuação do médico. Boletim ABEM. 2000; 28(4):16-17.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. 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. [resolução na Internet]. Disponível em: http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc.
10. Merton RK. Some preliminaries do a sociology of medical education, appendix A, "Socialization: a terminological note". In: Merton RK. The student-physician introductory studies in the sociology of medical education. Cambrigde: Harvard University Press; 1957. p 289-293.
11. Galli A. Argentina: transformación curricular. Educación Médica y Salud. 1989;23(4)344-53.
12. Carapinheiro G. Os valores na socialização médica. In: Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 2ª ed. São Paulo: Edições Afrontamento; 1993. p.165-84
13. Souza NA. Formação médica, racionalidade e experiência. Ciênc Saúde Colet. 2001;6(1):87-96.
14. Rego STA. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: estudo sobre a formação dos estudantes de medicina. Rio de Janeiro; 2001. Doutorado [Tese] - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
15. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. Ciênc saúde Colet. 2001;6(1):07-19.

16. Ferreira JR et al. El análisis prospectivo de la Educación Médica en América Latina. Educación Médica y Salud. 1988; 22(3): 242-367.

17. Freidson E. La profesión médica: un estudo de sociologia Del conocimiento aplicado. Barcelona, Espanha: Edisiones Península; 1978.

18. Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. [S.l.]: University of Chicago Press; 1988.

19. Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1995. p.13-31.

20. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

21. Feuerwerker LCM. Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, Rede Unida; 1998.

22. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro; 1996. Doutorado [Tese] - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

23. Marinho MJMC. Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro: Senai; 1986. p. 37-8. (Coleção Albano Franco; 8)

24. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker LCM, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Med. 2001;25(2):53-9.

25. Rede Unida. Contribuição para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. Olho Mágico 4(16):11-28. p. 47-83

26. Feuerwerker LCM, Sena RA. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA (org.). Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 47-83

27. Brasil. Ministério de Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção a regulamentação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2 ed. ampl. Brasília; 2004.

[1] Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.