

CADERNOS DA ABEM

Novas Diretrizes
Curriculares Nacionais
para a Medicina: Avanços
e Desafios



Copyright © Associação Brasileira de Educação Médica
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por
qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

Normatização

Danielle Torres de Souza

Revisão Gramatical

Fani Knoploch

Diagramação e Formatação

HG Design Digital

Impressão

Corbã Gráfica

Secretaria Executiva

Toda correspondência e submissão de trabalhos deverão ser
encaminhados à Secretaria Executiva, no endereço abaixo:
Av. Brasil, 4036 – Sala 1008 – Mangueiras | CEP: 21040-361
Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 2260-6161 / 2573-0431 | Fax: (21) 2260-6662
E-mail: secretaria@abem-educmed.org.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação
Associação Brasileira de Educação Médica

Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da Abem – v.11 (outubro 2015) – Rio de Janeiro:
ABEM, 2015.

Anual
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação
Médica

Tiragem 1.500 exemplares

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ABEM

Conselho Diretor

Diretor Presidente – Prof. Sigisfredo Luis Brenelli (Unicamp)
Diretora Vice-Presidente – Profª. Lucia Christina Iochida (USP)
Diretora Tesoureira – Profª. Maria Luisa Carvalho Soliani (EBMSP)
Diretora Secretária – Profª. Marcia Hiromi Sakai (UEL)
Diretor Executivo – Prof. Francisco Barbosa Neto
(UNIGRANRIO)

Diretores Regionais

Regional Centro-Oeste

Antonio José de Amorim (UFMT)

Regional Norte

Tânia de Fátima D Almeida Costa (UFPA)

Regional Nordeste

Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC)

Regional Minas Gerais

Geraldo Cury (UFMG)

Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo

Filomena Euridice Carvalho de Alencar (UFES)

Regional São Paulo

Victor Evangelista de Faria Ferraz (USP)

Regional Sul I

Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPEL)

Regional Sul II

Olavo Franco Ferreira Filho (UEL)

ABEM

Av. Brasil, 4036 / sala 1008

Rio de Janeiro – RJ – 21040-361

Tels.: (21) 2260-6161 – 2573-0431

Fax: (21) 2260-6662

Internet: www.abem-educmed.org.br

e-mail: abem@abem-educmed.org.br

SUMÁRIO

Editorial	5
<i>Sigisfredo Luis Brenelli</i>	
Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva?.....	7
<i>Ivani Bursztyn</i>	
O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos	20
<i>Gerson Alves Pereira Júnior / Gustavo Pereira Fraga / Frederico Arnaud / Eduardo Alexandre Gula / Alexandre Slullitel / Vera Lúcia Garcia</i>	
O Ensino de Psiquiatria/Saúde Mental pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM- Unicamp	48
<i>Eloisa Helena Rubello Valler Celeri / Renata Cruz Soares de Azevedo / Claudio Eduardo Muller Banzato / Antonio Carvalho de Avila Jacintho / Paulo Dalgalarrodo</i>	
Avaliação da Escola Médica: Reflexões sobre os Sistemas Nacionais de Avaliação	54
<i>Rosana Alves / Angélica Maria Bicudo</i>	
As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Avaliação Seriada para os Cursos de Medicina	61
<i>Claudia Maffini Griboski</i>	

EDITORIAL

“O PRINCIPAL OBJETIVO DA EDUCAÇÃO É CRIAR PESSOAS CAPAZES DE FAZER COISAS NOVAS E NÃO SIMPLEMENTE REPETIR O QUE AS OUTRAS GERAÇÕES FIZERAM”.

(JEAN PIAGET)

A avaliação humana é cruel. Estamos acostumados a criticar tudo e a todos: vestimentas, posturas, comentários, linguagens. E ainda aplicamos grau classificatório em todas as situações, definindo prematuramente o que é melhor ou pior, distribuindo conceitos de valores a qualquer situação da vida.

O professor também faz parte desse sistema que leva a julgamentos em vez de avaliações, criando preconceitos e medos que cada vez mais se enraízam nessa atitude pedagógica. Os sistemas de avaliação, tradicionalmente, levam a avaliar o aluno e não as instituições de ensino; seus professores, por costume ou tradição, fazem de uma metodologia que deveria ser fundamental na obtenção de êxitos em nossa missão de formar bons profissionais uma forma de desvalorizar e desconstruir o projeto pedagógico.

O Brasil criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) com a proposta de ser um sistema integrador, que garantisse informações e análises da totalidade da educação superior, permitindo, assim, instalar políticas educativas tanto em nível nacional pelos órgãos pertinentes, quanto em âmbito institucional, articuladas pelas Instituições de Ensino Superior. Esse sistema constitui um avanço do modelo de avaliação da educação superior no Brasil que propõe a avaliação formativa ao incluir a autoavaliação participativa nas instituições. Cada vez mais, nos últimos anos, ele tem evoluído e agora se adapta à nova lei 12.871/2013, mais conhecida como a Lei do Mais Médicos.

Embora o Sinaes, com a responsabilidade legal de autorizar e reconhecer uma escola médica, em si, não facilite o *ranking* de instituições nem o Ministério da Educação o promova, o caráter público das informações, prescrito pela lei, e sua divulgação favorecem e não impedem um escalonamento na interpretação dos resultados. Isto acaba por propiciar uma corrida mercadológica, uma vez que essa classificação, muitas vezes, é usada para acirrar a concorrência entre cursos. Assim, as mensalidades e taxas dos exames admissionais podem ser mais elevadas, aumentando o lucro das empresas especializadas no ensino superior. O Sinaes, criado para promover a boa qualidade do ensino superior no País, passa a ser usado para fins escusos e que distanciam a avaliação de sua real finalidade.

Por entender que o Sinaes, com o compromisso de autorizar e reconhecer os cursos de Medicina do País, pode não comportar todas as facetas de um processo avaliativo, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), a exemplo de outros países do mundo desenvolvido, optou por uma forma de acreditação que visa complementar a avaliação oficial. Entendendo que a acreditação é o reconhecimento formal da qualidade de serviços oferecidos por uma instituição com base em avaliação padronizada por um organismo independente, comprovando que ela atende a requisitos preestabelecidos e que tem competência para desempenhar seu papel de modo eficaz e seguro, num processo transparente, a ABEM lança, agora, o Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saem), que

buscará, por meio de autoavaliação, documentações e visitas de pares e discentes, determinar a suficiência de um curso, voluntariamente submetido ao processo, em sua capacidade de formar futuros médicos.

Segundo Piaget, uma das fontes de progresso no desenvolvimento do conhecimento deve ser buscada nos desequilíbrios e em seus reequilíbrios. Os desequilíbrios têm uma função motivacional, obrigando o sujeito, por meio de compensações, a ultrapassar o estado atual do conhecimento e a procurar novas direções. No dizer de Piaget, “representam um papel de desencadeamento, e sua fecundidade se mede pela possibilidade de superá-lo”. Neste sentido, a avaliação pode causar o desequilíbrio e a motivação que gerem mudanças institucionais.

Quando pensamos em analisar a avaliação, temos por objetivo fundamental buscar uma resignificação do conhecimento e aplicação disponíveis sobre o tema no momento. Se o que está disponível não comporta a realidade atual, isto não deveria ser visto como algo negativo, mas, antes, como um conflito, um desequilíbrio, uma lacuna a ser compensada.

É nesse contexto que os esforços demonstrados nessas discussões indicam a possibilidade de superar o desafio que ora nos aflige. Com esse esforço motivacional, que é da ordem da afetividade, do envolvimento com a causa do ensino médico e com nossas competências ou instrumentos, que são da ordem da cognição, com certeza atingiremos um novo patamar de conhecimento.

Neste tempo de globalização e promoção da cidadania, quando, cada vez mais, o brasileiro tem direito a uma saúde integral e equitativa, como definido legalmente pelo nosso sistema de saúde, não podemos deixar de lançar mão de uma avaliação que seja primeiramente formativa. Entendemos que, de alguma forma, ela será somativa, pois nosso ofício deve ser acreditado para fazer parte de um processo em que estudantes e professores devem corrigir suas trajetórias a fim de atingir o objetivo maior.

A discussão da qualidade da formação oferecida pelas escolas médicas passa ainda por sua adequação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que, embora diretrizes, passam a ter força de lei, tornando-se obrigatórias a todas as instituições.

As DCNs, por definição, deveriam ser um conjunto de deliberações doutrinárias, normativas, que visam orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação e desenvolvimento de suas propostas pedagógicas, e deveriam visar à qualidade da assistência e à segurança dos pacientes, como o fazem em todos os países onde existem. Mas, tornando-se lei, desrespeitam a autonomia e a liberdade das instituições, desconsideram as diferenças e realidades regionais de um país continental como o nosso. As novas DCNs não se limitam a nortear o perfil dos egressos e suas competências gerais, mas, ao definirem o modelo de formação, massificam os projetos pedagógicos e, conseqüentemente, a formação profissional.

Em seus 53 anos, a ABEM tem como missão defender a qualidade na formação ética e técnica dos futuros profissionais. No cumprimento de seus propósitos, passa a ser importante, cada vez mais, que ela leve a toda a sociedade a discussão do que deva ser a avaliação e a acreditação, e que elementos devem estar valorados como expressão de qualidade. Que se crie uma nova crítica e novas formas de prática para que seu objetivo seja mantido.

Lembremos um dos ensinamentos de Luckesi: “A avaliação só nos propiciará condições para a obtenção de melhor qualidade de vida se estiver assentada sobre a disposição para acolher, pois é a partir daí que podemos construir qualquer coisa que seja”.

Precisamos estar dispostos a acolher as escolas médicas, oferecendo a chance de mudança e apresentando novos caminhos para a construção de uma nova realidade. Ao oferecer uma avaliação democrática e emancipatória que seja de fato formativa, estaremos cumprindo nossa missão.

Sigisfredo Luís Brenelli
Presidente da ABEM

Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva?

Ivani Bursztyn¹

Palavras-chave: Diretrizes Nacionais Curriculares. Saúde Coletiva. Ensino Médico.

RESUMO

As DCN-2014 alteram, significativamente, o texto de 2001, introduzindo mudanças na definição de perfil do egresso e aumentando a ênfase na saúde coletiva. Analisando os capítulos I e II das DCN-2014, que tratam de diretrizes e competências buscou-se identificar o que permanece, o que muda e o que inova com respeito às competências de saúde coletiva propostas na formação do médico. Identificou-se que as DCN-2014 tem uma estrutura fragmentada, estabelecendo um paralelismo entre a clínica e a saúde coletiva. Enquanto as competências em atenção às necessidades individuais atingem um bom nível de clareza, as de atenção às necessidades de saúde coletiva e de gestão deixam margem a interpretações variadas. Alerta-se para o risco de reducionismo e confusão entre saúde coletiva e atenção primária, e aponta-se o desafio de desenvolver caminhos para ofertar ensino de saúde coletiva, abordando seus diferentes conteúdos, de forma atraente e que produza sentido para os alunos.

“... a medicina é também uma atividade social. O estudante deve adquirir uma compreensão do lugar da profissão médica na sociedade.” (George Rosen)

INTRODUÇÃO

Neste artigo, pretende-se identificar o que as DCN-2014¹ propõem, em termos da saúde coletiva, para o egresso de Medicina e como, de fato, a saúde coletiva pode contribuir na aquisição de competências.

As DCN-2014 foram apresentadas como um esforço no intuito, apenas, de aprofundar e aperfeiçoar as DCN-2001². Um olhar, mesmo superficial, sobre as duas nos sugere que devemos ter atenção e cautela quanto a isto, uma vez que o tamanho do texto cresceu consideravelmente, assim como o número de artigos e a própria estrutura. O texto de 2001 apresenta um formato conciso e monolítico, desenvolvido ao longo de 5 páginas, contendo 14 artigos e 7 parágrafos. O texto de 2014 apresenta um formato expandido e segmentado, desenvolvido ao longo de 18 páginas, com 41 artigos e 16 parágrafos, distribuídos em 3 capítulos, 6 seções e 6 subseções.

¹ Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Quadro 1. Estrutura das DCN-2014

Capítulo I – Das Diretrizes (art. 1-7)	Seção I – Da Atenção à Saúde (art. 5) Seção II – Da Gestão em Saúde (art. 6) Seção III – Da Educação em Saúde (art. 7)	
Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica (art. 8-22)	Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde (12-15) Seção II – Da Área de Competência Gestão em Saúde (16-18) Seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde (art. 19-22)	Subseção I – Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (art. 12-13) Subseção II – Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva (14-15) Subseção I – Da Organização do Trabalho em Saúde (art. 17-18) Subseção I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva (art. 20) Subseção II – Da Ação-Chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento (art. 21) Subseção III – Da Ação-Chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos (art. 22)
Capítulo III – Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (art. 23-41)		

A estrutura das DCN-2014 chama a atenção pela significativa presença da saúde coletiva. Uma busca simples revela, ainda, que o termo Saúde Coletiva aparece 7 vezes no texto, enquanto Saúde Individual, 1; Necessidades Individuais, 4; Atenção Primária, 0; Atenção Básica, 6; Pediatria, 1; Ginecologia, 1; Obstetrícia, 1; Saúde Mental, 1; Cirurgia, 1; Urgência, 5; Generalista, 2; Clínica, 6.

Esta situação é bastante diferente daquela encontrada nas DCN de 2001, em que estes números correspondem a: Saúde Coletiva: 1 vez; Saúde Individual, 0; Necessidades Individuais, 0; Atenção Primária, 0; Atenção Básica, 0; Pediatria, 1; Ginecologia, 1; Obstetrícia, 1; Saúde Mental, 0; Cirurgia, 1; Urgência, 1; Generalista, 1; Clínica, 3.

A análise apresentada a seguir focaliza os capítulos I e II das DCN-2014, que tratam de diretrizes e competências. Sempre que possível, buscaremos nas DCN-2001 a ideia-matriz que pode ter dado origem às ideias que constam no texto atual, buscando identificar o que permanece, o que muda e o que inova no que diz respeito às competências de saúde coletiva na formação do médico.

CAPÍTULO I – DAS DIRETRIZES

No art. 3º das duas DCN, encontram-se os dispositivos que definem o perfil do egresso (Quadro 2).

Quadro 2. Perfil do egresso descrito no art. 3º das DCN de 2001 e 2014

DCN-2001	DCN-2014
“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”	“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.”

Há coincidência de boa parte das ideias quanto à formação “humanística, crítica e reflexiva” para a atuação nos

“diferentes níveis de atenção”, nomeando-se as ações de “promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”. Porém, já aí se evidenciam algumas alterações significativas: por um lado, destacam-se os “âmbitos individual e coletivo” na descrição das ações para as quais o graduando será capacitado; por outro, a mudança de espectro e foco destas ações, quando se estabelece “compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

Os elementos “defesa da cidadania”, da “dignidade humana” e da “saúde integral” do ser humano aparecem nesta ordem, com a saúde por último, o que pode sugerir um médico com perfil de atuação mais social, em contraposição à atuação assistencial.

Diferentemente, a forma como dispunham as DCN-2001 conduzia a pensar que o médico, ao atuar “na perspectiva da integralidade da assistência”, o faria “com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Não se pretende, aqui, questionar a importância, ou até mesmo a primazia, do social na produção de saúde e doença na sociedade, nem o respeito à cidadania e à dignidade humana, dever de todo cidadão e dos profissionais de qualquer área. A pergunta é: qual o sentido de estabelecer para o médico, sem nenhuma distinção hierárquica, os compromissos de defender a cidadania e a dignidade humana e a saúde integral do ser humano?

Cada um destes itens constitui, por si só, um objeto demasiado grande para caberem, em conjunto, no espectro de atuação do médico. Por exemplo, um profissional que vá exercer a “defesa da cidadania” pode fazê-lo sem noções básicas de Direito? Não se trata, portanto, de negligenciar a importância destes objetos. Ao contrário, trata-se de reconhecer suas particularidades, complexidades e o lugar social que lhes é próprio. Condensadas desta forma, sob a responsabilidade do profissional médico, pode levar a supor que este seria capaz de dar conta indistintamente destes grandes objetos, o que nos conduz não à valorização, mas ao reducionismo.

Sob a ótica do profissional, não podemos esperar uma atuação com o mesmo grau de responsabilidade e compromisso em campos tão amplos quanto particulares. É preciso hierarquizar, definir aquilo que é de responsabilidade precípua do médico e aquilo para o que ele contribui e em que medida – como esferas distintas que se superpõem, criando áreas comuns e ambientes de cooperação, sem que cada uma perca suas fronteiras e natureza própria. No esquema da Figura 1, muitas outras esferas poderiam ser acrescentadas (ética, comunicação, etc.), mas optamos por limitá-las, para não sobrecarregar a visualização. Como ilustração, destacamos a saúde coletiva, área de interesse deste capítulo, que, por sua natureza polissêmica, é composta por uma série imensa de conteúdos com alta diversidade epistemológica. O mesmo ocorre com cada uma das demais esferas nomeadas nesse esquema, assim como com outras que não figuram nele.

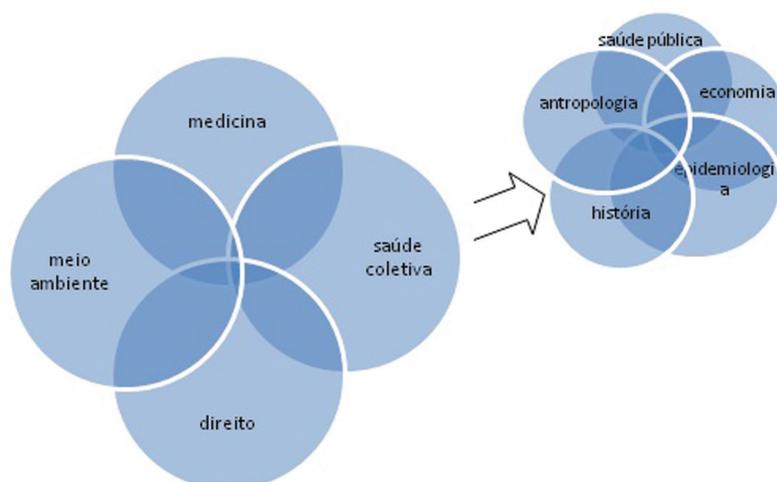


Figura 1. Algumas fronteiras da medicina.

A expressão “tendo como transversalidade em sua prática, **sempre** [grifo nosso], a determinação social do processo de saúde e doença” não possui um sentido único e óbvio. Seria a intenção de assegurar um lugar para abordagem social que anteceda o biológico? Sabe-se que a intervenção no contexto político, econômico, ambiental social, cultural e em outros pode ter influência na determinação do quadro de saúde da população, melhorando seus indicadores de forma até mais efetiva do que a prática assistencial. Por exemplo, um grande contingente de ótimos médicos não será tão efetivo para reduzir a mortalidade infantil, prevenindo mortes desnecessárias em menores de um ano quanto um bom sistema de coleta e tratamento de esgoto. Por outro lado, sabe-se também que os melhores patamares de qualidade e equidade na oferta dos serviços sociais jamais serão suficientes para prevenir todas as doenças da população. Mantendo o exemplo anterior, o melhor sistema de água e esgoto não é tão capaz de influenciar a mortalidade neonatal quanto um bom sistema de assistência de atenção à gestação e ao parto, que ofereça até o nível de UTI neonatal. A melhoria das condições de vida nos brinda com um maior tempo de vida, e o envelhecimento da sociedade ocasiona um perfil epidemiológico com predominância de doenças crônico-degenerativas e novas formas de adoecimento, com a ocorrência de comorbidades.

Assim, sempre serão necessários médicos para cuidar dos doentes, e este cuidar é o que constitui, na maioria dos casos, a motivação vocacional dos estudantes de Medicina. Detectar doenças, fazer diagnósticos difíceis, intervir de forma terapêutica, operar cirurgias são práticas do escopo exclusivo do médico. Suponha-se que um jovem médico vá exercer sua profissão na unidade mista de um pequeno município que tem 40% dos habitantes abaixo dos 20 anos de idade; 30% da população utilizam fossa rudimentar, e o restante nem isso; o principal grupo de causa de internações é o das doenças infecto-parasitárias (com alta prevalência entre as crianças); a mortalidade infantil está acima de 25 óbitos por mil nascidos vivos; e os recursos assistenciais estão abaixo do padrão de qualidade. O que podemos esperar e o que devemos exigir deste profissional?

Transformar as práticas de saúde a partir da formação médica, subestimando o peso de outros fatores, como, por exemplo, o sistema de saúde existente e o próprio

mercado de trabalho na conformação destas práticas mostrou-se uma idealização falaciosa em outros momentos da história³. Nos anos 1950-60, na América Latina, o ensino da medicina preventiva foi implementado com propósitos de reverter o quadro desfavorável dos indicadores de saúde. Ao cabo de 20 anos, os resultados foram assim avaliados:

[...] quando se confrontam as metas que se lograram com os objetivos formulados, e se conclui que estes propósitos não foram alcançados, não é possível determinar com precisão se falharam os programas, ou se o problema se radicava, na realidade, na fixação de metas idealmente definidas,⁴ (p.7).

Refletindo sobre a questão o professor Koetzel⁵ lastimou, nos anos 80, que a ênfase nos aspectos sociais, embora correta, tenha produzido uma geração muito preocupada em transformar a sociedade, mas pouco motivada a interagir com o sofrimento das pessoas.

Creditar ao médico o poder de moldar o sistema de saúde é quase culpá-lo pelas mazelas atuais deste sistema. Comprometer os jovens médicos com a saúde integral da população já não seria uma meta suficientemente avançada? Que contribuição adicional pode advir de colocar-se a determinação social do processo saúde-doença atravessando a prática desses profissionais? Que ferramentas o médico detém para intervir na determinação social do processo saúde-doença?

O artigo 4º apresenta as subdivisões ou vertentes em que se delineiam as DCN-2014, evidenciando o grande peso dado à saúde coletiva na formação do médico:

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I. Atenção à Saúde;*
- II. Gestão em Saúde; e*
- III. Educação em Saúde.*

A seção I, da Atenção à Saúde, contém o artigo 5º, com 10 incisos:

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade

biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I. – acesso universal e equidade como direito à cidadania, [...];

II. – integralidade e humanização do cuidado [...]

III. – qualidade na atenção à saúde, [...]

IV. – segurança na realização de processos e procedimentos [...]

V. – preservação da biodiversidade com sustentabilidade [...]

VI. – ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética [...]

VII. – comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais [...]

VIII. – promoção da saúde [...]

IX. – cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade;

X. – promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência [...]

A maior parte das questões elencadas nestes incisos diz respeito às políticas de saúde e ao modo de operar do Sistema Único de Saúde. O profissional pode ter algum grau de governabilidade sobre aspectos parciais, variando para cada um dos incisos acima. Porém, não se pode responsabilizar o médico, por exemplo, pelo acesso universal e equidade, pois a governabilidade sobre estas questões se encontra na esfera política, muito acima do âmbito de sua atuação. Em alguns incisos, isto é sugerido quando se toca na necessidade de o trabalho do médico estar articulado com o de outros profissionais, inclusive de áreas outras que não a de saúde. O acesso de portadores de deficiência ao sistema de saúde depende de uma política de inclusão social que envolve educação, transporte e outros. De outra forma, estaríamos determinando que os médicos saiam ao encontro das pessoas com deficiência para atendê-las onde quer que estejam, excluídas da sociedade. Aqui cabe perguntar: qual seria o custo e a eficácia de tal programa? O médico tem os meios para garantir inclusão no sistema de saúde sem uma política geral de inclusão so-

cial (acesso à educação, transporte, lazer, mercado de trabalho, etc.)?

A seção II contém o artigo 6º e oito incisos:

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

I – Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II – Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III – Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV – Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V – Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade;

VI – Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VII – *Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e*

VIII – *Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.*

As ações listadas, em sua maioria, extrapolam o âmbito restrito do profissional médico e seu território de abrangência, pois são aspectos de responsabilidade e decisão de níveis mais altos do sistema de saúde. A tomada de decisão em cada nível do sistema envolve objetos diferentes.

Carlos Matus⁶ distingue “problemas estruturados” de “problemas quase-estruturados”. Os problemas estruturados são próprios de sistemas regidos por leis e para os quais se estabelecem normas e padrões. O estudo da clínica se baseia em conhecimentos científicos de diferentes áreas. Sua prática envolve estes conhecimentos, em conjunto com a destreza e a sensibilidade do médico, mas, apesar do componente subjetivo, sabemos que a prática clínica é altamente passível de ser normatizada e sujeita a protocolos.

Os problemas quase-estruturados são próprios de sistemas criativos, como é o caso da realidade social, cujos limites são imprecisos, e do comportamento dos atores, nem sempre previsível. Daí os problemas serem denominados “quase-estruturados”, pois podem se apresentar de forma bastante desestruturada, mais ou menos estruturada, etc.

Os problemas sociais não estão sujeitos a uma única solução correta, como num jogo de quebra-cabeça. É neste ambiente que se processam as atividades de planejamento e gestão. Na verdade, estes problemas nem mesmo são objetos de uma única enunciação, já que esta depende dos interesses e do olhar subjetivo de cada ator social. A Gestão é, portanto, resultante das influências e governabilidade que diferentes atores sociais são capazes de exercer em cenário e tempo determinados. Considerando as premissas de descentralização, Matus defende que os problemas quase-estruturados devem ser processados no nível mais alto para o qual representem um problema relevante, pois, quanto mais alto o nível, maior a governabilidade para tomada de decisão e, se o problema for relevante, será tratado com a necessária prioridade.

Assim, ao se propor ao médico, profissional da ponta do sistema, competências da área de gestão, é necessário fazê-lo com a clareza de que se trata de ambiente com alto grau de compartilhamento de governabilidade, onde decisões são tomadas levando em conta uma plêiade de interesses sociais e até mesmo de visão de mundo (Figura 2).

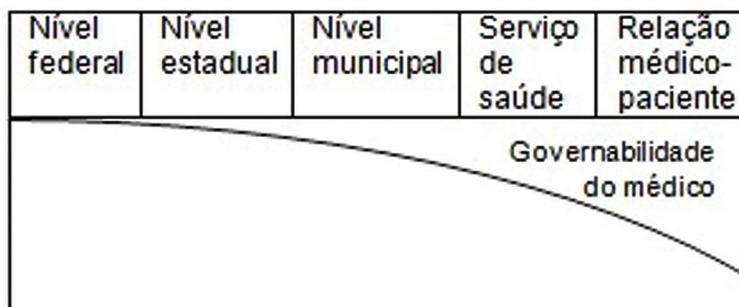


Figura 2. Gradiente de governabilidade do médico nos diferentes âmbitos de decisão

Não se quer dizer com isto que o médico não faça parte de todas estas linhas de ação. O que se pretende é clarear, neste rol de atribuições, aquelas que podem ser

consideradas de responsabilidade direta do médico e aquelas que ele precisa conhecer para poder interagir e cooperar.

A seção III contém o artigo 7º e sete incisos:

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I. – aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem [...];

II. – aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada [...];

III. – aprender interprofissionalmente [...];

IV. – aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade [...];

V. – comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão [...];

VI. – propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis [...]; e

VII. – dominar língua estrangeira, de preferência língua franca [...].

Nesta seção, sobressaem responsabilidades do âmbito das IES e do próprio MEC em prover oportunidades de engajamento em pesquisa, extensão e inter-

câmbio, assim como o domínio de idioma estrangeiro. Os sistemas e serviços de saúde moldam, em última instância, o modelo da prática médica, assim como as IES moldam as possibilidades de desenvolvimento do estudante com vistas à formação profissional. O ensino centrado na proatividade do estudante e na integração com os serviços de saúde requer uma excelente estrutura educacional, incluindo laboratórios de pesquisa, disponibilidade docente, bibliotecas, acesso à tecnologia de informática, assim como a disponibilidade de serviços de qualidade para o exercício do ensino e aprendizagem. Requer, também, um grau de maturidade nem sempre observado nos estudantes que ascendem à universidade ao finalizarem o ensino médio.

CAPÍTULO II – DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

Neste capítulo, observa-se que as competências são apresentadas aprofundando-se os níveis de segmentação já utilizados na apresentação das diretrizes: I – Área de Competência de Atenção à Saúde; II – Área de Competência de Gestão em Saúde; III – Área de Competência de Educação em Saúde.

A seção I – da Área de Competência Atenção à Saúde – apresenta-se subdividida em subáreas, ações-chave, desempenhos e descritores, conforme o Quadro 3.

Quadro 3. Seção I – Área de Competência Atenção à Saúde – DCN-2014

Subáreas	Ações-Chave	Desempenhos	Descritores
Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	I – Identificação de Necessidades de Saúde	I – Realização da História Clínica	a) estabelecimento de relação profissional ética [...]; b) identificação de situações de emergência [...]; c) orientação do atendimento às necessidades de saúde [...]; d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico [...]; e) favorecimento da construção de vínculo [...]; f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos [...]; g) orientação e organização da anamnese [...]; h) investigação de sinais e sintomas [...]; i) registro [...] da anamnese no prontuário de forma clara e legível.
		II – Realização do Exame Físico	a) esclarecimento sobre os procedimentos [...]; b) cuidado [...] máximo com a segurança, privacidade e conforto; c) postura ética, respeitosa e destreza técnica [...]; d) esclarecimento, (...) sobre os sinais verificados [...].
		III – Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas	a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas [...]; b) prognóstico [...]; c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada [...]; d) estabelecimento de oportunidades [...] para mediar conflito e [...] visões divergentes; e) compartilhamento do processo terapêutico (...) estabelecimento de hipóteses diagnósticas [...].

Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	I – Identificação de Necessidades de Saúde	IV – Promoção de Investigação Diagnóstica e Estabelecimento de Relação Profissional Ética	<p>a) proposição e explicação [...] sobre a investigação diagnóstica [...];</p> <p>b) solicitação de exames complementares [...];</p> <p>c) avaliação singularizada [...] considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;</p> <p>d) interpretação dos resultados [...];</p> <p>e) registro e atualização no prontuário [...].</p>
	II – Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos	I – Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos	<p>a) estabelecimento [...] de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de a) estabelecimento [...]; de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;</p> <p>b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;</p> <p>c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;</p> <p>d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;</p> <p>e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;</p> <p>f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;</p> <p>g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-a às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;</p> <p>h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida;</p> <p>i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.</p>
		II – Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos	<p>a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;</p> <p>b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;</p> <p>c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;</p> <p>d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável;</p> <p>e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.</p>
Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva	I – Investigação de Problemas de Saúde Coletiva	<p>I – acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político e cultural, discriminações institucionais, socioeconômicas, ambientais e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;</p> <p>II – relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos;</p> <p>III – estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.</p>	
	II – Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva	<p>I – participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para a melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;</p> <p>II – estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;</p> <p>III – estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;</p> <p>IV – promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas prioritizados;</p> <p>V – participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade;</p> <p>VI – participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.</p>	

Confirmando o que foi dito acerca das características da clínica – domínio específico do médico, regido por leis unívocas e passível de normatização –, observa-se que as competências de Atenção Individual em Saúde se apresentam como um conjunto articulado de normas técnicas altamente especificadas que acompanham o processo do cuidado desde o seu início até a conclusão.

Já as competências de Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva apresentam-se sem a mesma coesão e clareza. Encontram-se num domínio para onde convergem diferentes atores sociais e profissionais, sistema onde atuam conflitos e disputas.

Comparando estas duas porções do texto, observa-se que o nível de detalhamento dos descritores da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva equivale ao nível de detalhamento de desempenho das Necessidades de Atenção Individual. Ou seja, não é possível decompor os passos de atuação no processo coletivo de forma análoga ao que esse processo individual, pois este não obedece à mesma racionalidade e não segue a mesma normatividade. Enquanto a clínica, nomeada aqui como Atenção à Saúde Individual, é o espaço indiscutível de liderança do médico, a saúde coletiva, nomeada neste momento como Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva, é um domínio onde o médico coopera com outros profissionais. Portanto, o texto que descreve as competências da Atenção às Necessidades Individuais é mais consistente e afirmativo, enquanto o das competências da Atenção à Saúde Coletiva suscita dúvidas e deixa lacunas.

Esta dificuldade em sintetizar as competências de saúde coletiva também não é nova. No documento “Preparação do médico geral: reexame e perspectivas”⁷, encontra-se situação semelhante. O contexto em que o documento foi elaborado apresentava, para a educação médica, desafios relacionados a dois processos: “o da reforma sanitária, e o de reexame da própria missão e razão de ser da escola médica”, os quais ocorriam “num período de tríplice transição: demográfica, epidemiológica e política”. Com relação à saúde coletiva, o documento referia a falta de acúmulo de discussões anteriores que possibilitassem avançar nas competências do médico nesta área e reconhecia uma grande heterogeneidade no ensino destes conteúdos em cada escola. Com base em levantamentos junto às escolas, constatou-se que a área de medicina preventiva e social mantinha atividades eminentemente teóricas, encontrando grandes

dificuldades quanto à existência e disponibilidade de cenários de prática, e eram consideradas menos prestigiadas⁷.

Nos últimos 30 anos, o contexto de transição avançou e se aprofundou, com grandes impactos na prática médica e de outras profissões de saúde, na organização dos sistemas de saúde e no ensino de Medicina. A prática médica foi sendo cada vez mais orientada pelo conceito de medicina baseada em evidências, e novas profissões foram se consolidando e ampliando seu espaço no campo da saúde.

Uma questão suscitada pela leitura das DCN-2014 é: como se relacionam as competências médicas em saúde coletiva com as do sanitarista? Até poucos anos atrás, a carreira de saúde coletiva, sucedânea da saúde pública, iniciava-se na pós-graduação e possuía caráter interdisciplinar. Nos últimos dez anos, começaram a se estabelecer cursos de graduação em saúde coletiva, e as residências multiprofissionais em saúde coletiva se ampliaram. Até que ponto as competências propostas para o médico não estão se sobrepondo às que seriam próprias aos sanitaristas? E, o que é mais importante, qual a possibilidade de desenvolver as competências clínicas e as de saúde coletiva (no nível proposto pelas DCN-2014) como duas vertentes paralelas no curto período do curso de Medicina?

Analisando as subseções, vemos que há, de fato, um paralelismo no trato das necessidades individuais e coletivas, estando ambas divididas em duas subseções, uma de diagnóstico e outra de terapêutica/intervenção. Nos descritores, percebe-se que a construção das competências de saúde coletiva se dá por analogia ao plano individual, o que nos conduz a uma distorção importante. O indivíduo doente procura o médico com sua queixa/problema, e isto desencadeia o processo de diagnóstico e o de terapêutica. Já o problema para a saúde coletiva não guarda nenhum paralelo com isto. Não há uma queixa/problema trazida por um grupo de indivíduos.

De fato, a primeira competência seria, exatamente, identificar/formular o problema de saúde coletiva, que poderá ter características epidemiológicas, climático-ambientais, socioeconômico-culturais, de gestão, etc. Como dito anteriormente, o enunciado do problema vai variar de acordo com os interesses e a visão de mundo de cada ator social. Formulado o problema, cabe responder para quem ele é um problema e por quê. Por exemplo, se o governo decide construir uma via expressa cortando um bairro popular, isto deve estar sendo pensado como solução para o trânsito e o

transporte e, ao mesmo tempo, representa um grande problema/risco para os moradores do bairro. Trata-se, aqui, da competência de formular o problema que melhor represente os interesses da população-alvo do serviço de saúde. Uma segunda competência é a de identificar os diferentes interesses em torno do problema identificado, que atores os representam e como se articulam (relações de poder). Isto feito, buscar informações que ajudem a entender e pensar estratégias para o problema. Ou seja, antes de desenvolver competências de produtor de informação por meio de investigação, como sugere o artigo 15 em seus incisos I, II e III, o médico precisa ter competência de usuário de informações. Antes de utilizar dados secundários, ele tem que conhecer as fontes e os bancos de dados, ser capaz de analisá-los criticamente e reconhecer vantagens e desvantagens, seguindo os critérios de qualidade da informação. Tendo desenvolvido competência de usuário crítico de informações de saúde, o médico desenvolverá, simultaneamente, competências para manutenção e atualização dos bancos de dados de saúde, na medida em que compreenderá sua importância.

O diagnóstico de saúde é um conceito desenvolvido no planejamento em saúde, e a formulação que aparece nas DCN-2014, baseada na tríade magnitude, redutibilidade e transcendência, remonta ao modelo Cendes-Opas, dos anos 1960. Sua aplicação requer conhecimentos e habilidades na utilização do método epidemiológico e o envolvi-

mento de uma equipe. Este diagnóstico, pelo tipo de variáveis e métodos de cálculo que maneja, além do nível de decisão que requer, é feito com base em território que corresponda a uma unidade político-administrativa, com volume populacional que forneça a necessária massa crítica para a construção de indicadores. Numa população muito pequena, a análise epidemiológica pode ser inócua, por não conseguir detectar tendências. Nos diagnósticos locais, é mais adequado trabalhar com métodos de estimativa rápida (*rapid assessment procedures – RAP*), que lançam mão de abordagens das ciências sociais e da antropologia no levantamento de informações qualitativas. Isto não impede a utilização de informações sobre indicadores disponíveis para níveis de agregação maior, mas que se aproximem (tempo e espaço) da população em foco. Estas considerações são fundamentais, pois é preciso haver correspondência entre os cenários de prática e as competências que se pretende alcançar. O nível da atenção primária é adequado para o desenvolvimento de parte das competências de saúde coletiva e essencial para a sensibilização do graduando para os aspectos dos determinantes sociais no processo de adoecimento. Porém, aspectos essenciais do planejamento e gestão só podem ser vivenciados em níveis mais altos do sistema de saúde.

A seção II da Área de Competência Gestão em Saúde subdivide-se em duas ações-chave e respectivos desempenhos e descritores (Quadro 4).

Quadro 4. Seção II – Área de Competência Gestão em Saúde – DCN-2014

Ação-Chave	Desempenhos	Descritores
Organização do Trabalho em Saúde	I – Identificação do Processo de Trabalho	<p>a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;</p> <p>b) identificação de oportunidades e desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;</p> <p>c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;</p> <p>d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão e considerando-se, ainda, seus valores e crenças;</p> <p>e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;</p> <p>f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis;</p> <p>g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.</p>

II – Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção	<p>a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas prioritizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;</p> <p>b) apoio à criatividade e à inovação na construção de planos de intervenção;</p> <p>c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde;</p> <p>d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.</p>
I – Gerenciamento do Cuidado em Saúde	<p>a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;</p> <p>b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança;</p> <p>c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.</p>
Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde	<p>a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;</p> <p>b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;</p> <p>c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação; d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;</p> <p>e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho;</p> <p>f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.</p>
II – Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde	

As competências listadas em gestão misturam atitudes com ações, a maior parte delas do âmbito do sistema de saúde e não do profissional, numa visão inconsistente, onde não aparecem as ferramentas, limites e possibilidades de governabilidade do médico graduado.

O conceito de gestão tem sido utilizado, no âmbito do SUS, para diferenciar de gerência/administração. A gerência teria um viés econômico, que visa ao máximo rendimento dos recursos (humanos, materiais, financeiros). A gestão tem um viés político, que visa a maior efetividade das ações desenvolvidas, tendo em vista os resultados de saúde estabelecidos pelo sistema de saúde e que se refletem na definição de metas para os serviços.

Não é possível falar em gestão sem abordar planejamento. O planejamento em saúde diferencia as atividades de planejamento – que correspondem ao nível mais alto da tomada de decisão, em que se propõem os objetivos/resultados do sistema de saúde – das atividades de programação – que correspondem a um nível mais abaixo, onde se organizam as atividades e serviços em metas que permitam alcançar estes objetivos/resultados.

Os municípios brasileiros apresentam alto grau de variabilidade seja nas dimensões geográficas, tamanho da população, disponibilidade de recursos e capacidade real de planejar e/ou programar seu sistema de saúde. Em qual cenário de prática o graduando de Medicina precisa ser treinado para exercer a gestão? Que ferramentas podem ser disponibiliza-

das, entendendo os limites de seu nível de atuação e a governabilidade que lhe é própria em ambientes de poder compartilhado?

A seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde divide-se em três ações-chave (Quadro 5).

Quadro 5. Seção III – Área de Competência de Educação em Saúde – DCN-2014

Ações-Chave	Desempenho
Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva	<p>I – estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde</p> <p>II – identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um</p> <p>I – postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática</p>
Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento	<p>II – escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas</p> <p>III – orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde IV – estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais</p>

Promoção do Pensamento Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos

I – utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações

II – análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis

III – identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis

IV – favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade

Vale ressaltar algumas considerações já externadas ao longo do capítulo. Ao se colocar estas competências ao lado da atenção à saúde e à gestão como um tripé que fundamenta a atuação do médico, é preciso considerar o espaço que será dado ao desenvolvimento destas ao longo do curso. As IES, o MEC, o Ministério da Saúde e o SUS, de modo geral, precisam estar cientes e preparados, pois estão imbricados na provisão, ao graduando, das oportunidades e incentivos para o desenvolvimento das atitudes preconizadas. Por fim, investimos em estratégias que estimulam a autoconsciência dos alunos, o que contribui para a abertura à relação com o outro e o desenvolvimento da empatia diante do paciente (*aprender a ser*).

Conscientes da magnitude de nossa tarefa, constantemente nos empenhamos em discutir, refletir e modificar a nossa prática, de modo a contribuir para a construção de uma formação médica mais integrativa e humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto das DCN-2014 é extenso, mas pouco específico no que compete à saúde coletiva, não oferecendo parâmetros sobre como e onde treinar o graduando. No entanto, é preciso ressaltar que as diversas áreas da saúde coletiva têm contribuição imprescindível a oferecer à formação de médicos com capacidade crítica e propositiva frente aos desafios de saúde da população.

A epidemiologia é uma área fundamental para a compreensão do componente científico da medicina. É necessário dominar (conhecer e empregar) os conceitos

básicos; conhecer as normas e realizar vigilância epidemiológica; adquirir capacidade para

compreender e utilizar algumas ferramentas, como a construção de indicadores usuais; conhecer os bancos de dados mais importantes, suas estruturas, fraquezas e fortalezas; conhecer e reconhecer os tipos de estudo utilizados na produção de conhecimento médico; buscar evidências e criticar os artigos encontrados nas bases da literatura científica.

As ciências sociais contribuem para entender o lugar da medicina na sociedade hoje, ontem e, por projeção, amanhã; compreender as representações de saúde, doença e cuidado que originam comportamentos e hábitos; identificar as principais demandas e prioridades; desenhar as estratégias de comunicação com a população e o usuário dos serviços, visando aos objetivos de saúde definidos.

O planejamento em saúde proporciona a compreensão do contexto em que se produz o cuidado em saúde, apresenta os processos de construção das políticas de saúde, provê ferramentas para a identificação dos atores sociais envolvidos, seus interesses e a correlação de forças; possibilita a compreensão do funcionamento dos sistemas de saúde e seus componentes; orienta a utilização dos instrumentos de gestão, integração e avaliação de sistemas e serviços de saúde.

O campo de prática em que se desenvolvem as competências do médico em saúde coletiva deve compreender o nível local da atenção primária, o nível hospitalar e o nível central de gestão de saúde.

O momento atual ainda é muito semelhante ao de décadas atrás no que concerne a um mínimo de padronização do ensino de saúde coletiva, não só nos conteúdos teóricos, mas nas competências almejadas e formas de ministrá-las. A decretação das DCN-2014, querendo ou não, pelo seu caráter de lei, impõe premência à resposta. Assim, o caminho mais simples e rápido passa a ser a conjugação de saúde coletiva com atenção primária. Resultam disto dois riscos previsíveis. O primeiro é o de reducionismo, privando os alunos de receberem ensinamentos fundamentais ao desenvolvimento do espírito crítico em medicina. O outro é o de trazer a atenção primária para um espaço destacado da medicina propriamente dita, o que a torna menos atrativa e alvo de desprezo dos próprios alunos.

O desafio que se apresenta é o de desenvolver caminhos para ofertar ensino de saúde coletiva de forma

atraente e que produza sentido para os alunos, disponibilizando instrumentos que possam ajudar sua prática e sem criar no médico expectativas inalcançáveis e frustrantes. O caminho deve ser o da participação, recolhendo as experiências, desde as mais exitosas às mais frustrantes, para que se possam construir alternativas factíveis e viáveis.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.
2. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.
3. Paim JS, Formigli VLA. Redefinições do ensino da medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1981; 5(1): 7-18. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim OS, Santos MS. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):7-14.
4. Organização Mundial de Saúde. *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Publicación Científica, nº 324. Washington; 1976.
5. Koetzel K. Saúde: atacado ou varejo. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1986; 10(3):182-184.
6. Matus C. *Adeus senhor Presidente: Governantes Governados*. São Paulo: FUNDAP; 1996.
7. Associação Brasileira de Educação Médica. *Preparação do Médico Geral. Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica nº 11, 1986*. Steven Jobs – Discurso em Stanford (2005) Legendado HD. (14 min, 24 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PX_jsFtCzO8>. Acesso em: 21 set. 2014.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ivani Bursztyn
Faculdade de Medicina da UFRJ
Av. Carlos Chagas Filho, 373. Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco K.
Cidade Universitária - Rio de Janeiro
CEP: 21941-902 RJ
E-mail: ivani@ufrj.br

O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos

Gerson Alves Pereira Júnior^I / Gustavo Pereira Fraga^{II} / Frederico Arnaud^{III} / Eduardo Alexandre Gula^{IV} / Alexandre Slullitel^V / Vera Lúcia Garcia^{VI}

Palavras-chave: Escolas Médicas. Educação de Graduação em Medicina. Internato e Residência. Medicina de Emergência. Medicina de Emergência Baseada em Evidências. Educação Baseada em Competências. Políticas Públicas. Serviços de Integração Docente-Assistencial.

RESUMO

No sentido de ampliar a discussão sobre o ensino de urgência e emergência no Brasil dando continuidade ao Projeto ABEM 50 anos – 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina finalizado em 2014, este artigo mostra os caminhos percorridos por países do Primeiro Mundo, particularmente da América do Norte, com o histórico da criação da medicina de emergência como especialidade médica e a evolução deste ensino organizado por competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) definindo marcos educacionais que permitem a avaliação e acompanhamento do progressivo desenvolvimento profissional desde a graduação passando pela residência médica até o processo de recertificação garantindo a necessidade de educação permanente dos profissionais médicos. Desta forma, o processo educacional e avaliativo torna-se claro, facilmente compre-

sível e transparente, tanto para os aprendizes em variados momentos de formação profissional, quanto para os professores (avaliadores) à respeito das metas de avaliação e das expectativas individuais, garantindo segurança à população em relação à qualidade dos profissionais que a assiste em situações de urgência e emergência. No Brasil, encontramos muito atrasados nesta discussão e nas intervenções necessárias para mudar a realidade do atendimento de urgência e emergência. O momento atual é de oportunidades para a elaboração de estratégias de ação para a melhora do ensino de urgência e emergência na graduação com a implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, e também para ações na residência médica e na supervisão da prática assistencial aproveitando as oportunidades que estão surgindo com a implantação da Lei do Mais Médicos. O artigo aborda e discute todas estas possibilidades com recomendações e sugestões de intervenções.

^I | Professor Doutor da Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

^{II} Livre Docente do Departamento de Cirurgia do Trauma da Universidade Estadual de Campinas.

^{III} Médico Emergencista. Secretário geral da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Coordenador da Unidade de Emergência do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes do Hospital de Messejana (CE) e da Residência em Medicina de Emergência da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

^{IV} Mestre pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Funcionário da Seção de Informática da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto (FEARP-USP).

^V Médico anestesista, especialista em medicina intensiva. Co-responsável do Centro de Ensino e Treinamento e do Programa de Residência Médica em Anestesiologia do Hospital Municipal do Campo Limpo – SP.

^{VI} Professora colaboradora da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) e convidada do Programa FAIMER Brasil para Formação Docente na Área de Saúde da Universidade Federal do Ceará.

HISTÓRICO DA CRIAÇÃO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA AMÉRICA DO NORTE E NO MUNDO

O primeiro programa de residência em Medicina de Emergência foi desenvolvido na Universidade de Cincinnati em 1970. Neste mesmo ano, a *University Association of Emergency Medical Service* (UA/EMS) foi fundada¹.

Um dos primeiros passos para o reconhecimento formal da Medicina de Emergência como especialidade ocorreu em 1973, quando foi concedido um assento provisório na *American Medical Association House of Delegates*, tornando-a permanente após dois anos^{1,2}.

Em 1974, a *Emergency Medicine Residents' Association* (EMRA) foi fundada. A fundação da *Society of Teachers in Emergency Medicine* (STEM) ocorreu em 1975. E, no ano

seguinte, foi criada a *American Board of Emergency Medicine* (ABEM)^{2,3}.

Em 1979, a *American Board of Medical Specialties* (ABMS) reconheceu formalmente a ABEM e, dez anos depois (1989), tornou a medicina de emergência como a 23ª especialidade médica nos Estados Unidos da América (EUA). Neste mesmo ano, a UAEM e a STEM fundiram-se para formar a *Society for Academic Emergency Medicine* (SAEM), atual organização acadêmica da especialidade para educação e pesquisa. A *American Academy of Emergency Medicine* (AAEM), uma nova sociedade profissional, foi fundada em 1993 para promover melhores condições de trabalho para os médicos emergencistas^{1,2,3}.

A Tabela I mostra os principais marcos históricos da Medicina de Emergência nos Estados Unidos e outros países do Primeiro Mundo¹.

Tabela I. Marcos históricos comparativos entre países com a Medicina de Emergência já bem estabelecida como especialidade médica. Fonte: traduzido de Alagappan & Holliman¹, 2005.

	Estados Unidos	Reino Unido	Austrália	Canadá	Hong Kong	Singapura
Reconhecimento	1979	1986	1981	1980	1983	1984
Organização	1968	1967	1981	1984	1985	1993
Sociedade Acadêmica	1970	1989	1988	1988	1994	1993
Exame de certificação	1979	1983	1986	1985	1997	1994

A prática da Medicina de Emergência no mundo encontra-se dividida em duas vertentes: o modelo anglo-americano e o modelo franco-germânico:

- **Modelo Anglo-Americano** (emergência como especialidade): o cuidado dos pacientes graves nas emergências é providenciado por médicos especialmente treinados, com capacidade para administrar uma ampla variedade de serviços a todos os pacientes que se apresentem em um serviço de emergência adequadamente preparado. A Medicina de Emergência é reconhecida neste modelo como uma especialidade independente e com associações profissionais próprias. Existe um plano estruturado de capacitação e educação por meio de residências mé-

dicas para interessados na especialidade e cursos de qualificação reconhecidos para os médicos não emergencistas. Alguns países que adotam tal modelo: EUA, Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Austrália, Nova Zelândia, Coreia do Sul, Israel, Cingapura, China, México, Peru e Nicarágua.

- **Modelo Franco-Germânico**: em países como Alemanha, França, e Rússia, a Medicina de Emergência não é reconhecida como especialidade. A maioria dos médicos que atendem nas emergências provém de outras especialidades, como anestesiologia, cirurgia geral e medicina interna –, situação muito semelhante à do Brasil hoje. Em 1996, a Itália – que até então considerava a Medicina de Emergência como um

ramo da medicina interna – iniciou um programa de residência médica em Medicina de Emergência, começando a trocar o sistema anterior (franco-germânico) pelo modelo atual (anglo-americano).

A EVOLUÇÃO DO ENSINO DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA AMÉRICA DO NORTE

A Medicina de Emergência historicamente, desde 1975, vem definindo o conteúdo da especialidade, especialmente no que diz respeito às competências e às habilidades necessárias para sua prática. Este esforço foi coordenado pelo *American College of Emergency Physicians* (ACEP) e pela *UA/EMS*^{3,4}. Este projeto resultou no primeiro documento sobre o conteúdo do programa de Medicina de Emergência que foi usado pela ABEM para desenvolver seu exame de certificação⁴. Ao longo do tempo, foram identificadas as seis competências gerais do médico emergencista: atendimento ao paciente, conhecimento médico, comunicações interpessoais, profissionalismo, aprendizagem e melhora baseada na prática, e prática baseada em sistemas.

Depois de 20 anos de uso, o conteúdo nuclear da Medicina de Emergência foi atualizado para refletir a evolução da especialidade⁵. Para orientar este processo, o *National Board of Medical Examiners* (NBME) realizou uma análise prática da Medicina de Emergência. Com base nestes dados foi desenvolvido o Modelo de Prática Clínica de Medicina de Emergência. É descrito como um modelo tridimensional: 1) acuidade da apresentação clínica do paciente; 2) tarefas do médico e 3) uma listagem de conhecimentos médicos, cuidados ao paciente e habilidades psicomotoras em procedimentos⁵. Tais dimensões estão interrelacionadas e são utilizadas simultaneamente pelo médico emergencista na assistência aos pacientes. A lista de tarefas do médico envolvem:

- atendimento pré-hospitalar
- estabilização de emergência
- desempenho focado na história e exame físico
- fatores modificadores
- questões profissionais
- questões legais
- recursos diagnósticos
- diagnóstico
- intervenções terapêuticas

- farmacoterapia
- observação e reavaliação
- prevenção e educação
- disposição
- consulta
- documentação
- múltiplos cuidados com o paciente
- trabalho em equipe multiprofissional
- acidentes com múltiplas vítimas/desastres

A abordagem inicial do médico de emergência é determinada pela acuidade da apresentação clínica do paciente^{5,6}. Há três situações:

- Crítica: paciente apresenta sintomas de uma doença com risco de vida ou lesão com uma alta probabilidade de morte se uma intervenção imediata não é iniciada para evitar o agravamento das condições das vias aéreas, respiratória, hemodinâmica e/ou instabilidade neurológica.

- Emergente: paciente apresenta sintomas de uma doença ou ferimento que pode progredir em gravidade, ou resultar em complicações com uma alta probabilidade de morte se o tratamento não for iniciado rapidamente.

- Baixa acuidade: paciente apresenta sintomas de uma doença ou lesão que têm uma baixa probabilidade de progressão para maior gravidade ou para o desenvolvimento de complicações.

Existe uma longa lista de sinais e sintomas de apresentação clínica nos diversos sistemas corpóreos com definição do nível de acuidade em cada uma deles. Também estão incluídos procedimentos e habilidades necessárias à prática da medicina de emergência e outras competências essenciais: habilidades de comunicação interpessoal, aprendizagem e aperfeiçoamento do aprendizado baseado na prática, profissionalismo e prática baseada em sistemas^{7,8}.

Ao avaliar o paciente, o médico completa uma série de funções de coleta de informações. Através deste processo, ele é capaz de selecionar a etiologia mais provável do problema do paciente a partir da listagem de conhecimentos médicos, definir qual a necessidade de assistência o paciente necessita e quais as habilidades psicomotoras deverão ser utilizadas nos procedimentos. Através da aplicação simultânea de todos os três componentes, o médico é capaz de determinar o diagnóstico

mais provável e implementar um plano terapêutico para o paciente^{9,10}.

O Modelo de Prática Clínica de Medicina de Emergência original foi publicado em 20015 e tem sido revisado a cada dois anos por representantes das principais sociedades e organizações de medicina de emergência⁵⁻¹¹. A revisão atual é a de 2013¹¹.

Em 2004, a ABEM iniciou uma revisão das normas da certificação inicial¹². Entre as mudanças mais importantes na prática da medicina de emergência destacaram-se: solicitações de avaliação antes do paciente ser visto pelo médico, o aumento da quantidade de tarefas múltiplas, maior utilização das tecnologias da informação e da utilização de testes diagnósticos, incluindo o uso de ultrassom^{12,13}. Esta revisão trabalhou com as seis competências gerais (domínios) definidas pela *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* em 1998:

- 1) assistência ao paciente (PC),
- 2) conhecimento médico (MK),
- 3) comunicação interpessoal (ICS),
- 4) profissionalismo (PROF),

5) aprendizagem baseada na prática e aperfeiçoamento (PBL) e

6) prática baseada em sistemas (SBP).

Em maio de 2008, a ACGME definiu sua visão no próximo passo do projeto de acreditação, que incluiu dois componentes:

- 1) desenvolvimento de marcos de competência para cada especialidade e
- 2) implementação de ferramentas de avaliação para cada marco de competência. Isto foi uma extensão dos resultados do projeto, no qual as seis competências gerais foram definidas e as subcompetências especificadas para cada uma delas, marcando a transição do foco baseado no processo para o foco baseado em resultados.

Os marcos de competência fornecem o quadro para a avaliação do desenvolvimento do graduando em medicina, do médico residente em dimensões chave dos elementos da competência em uma especialidade ou subespecialidade e, posteriormente a recertificação do médico especialista. Elas não representam a totalidade das dimensões das seis domínios de competência do médico, nem se destinam a ser relevante em qualquer outro contexto^{12,13}.

Tabela 2. Subcompetências definidas para a medicina de emergência dentro das competências gerais.

Fonte: traduzido de Santen SA et al¹⁴, 2014.

Subcompetência	Definição
1. Estabilização de Emergência (PC1) Prioriza ação inicial de estabilização e mobiliza os serviços de apoio hospitalar na reanimação do paciente crítico ou traumatizado grave e reavalia após intervenção.	Prioriza ação inicial de estabilização e mobiliza os serviços de apoio hospitalar na reanimação do paciente crítico ou traumatizado grave e reavalia após intervenção.
2. Desempenho da História e Exame Físico focados (PC2)	Avalia os achados atuais em paciente com múltiplos problemas médicos crônicos e, quando apropriado, compara com o registro médico prévio e identifica diferenças significativas entre a atual apresentação clínica e as apresentações passadas.
3. Exames de diagnósticos (PC3)	Aplicam-se os resultados dos testes diagnósticos com base na probabilidade de doença e na possibilidade dos resultados dos testes alterarem a conduta adotada.
4. Diagnóstico (PC4)	Com base em todos os dados disponíveis, estreita e prioriza a lista ponderada de diagnósticos diferenciais para determinar a conduta adequada.
5. Farmacoterapia (PC5)	Seleciona e prescreve agentes farmacêuticos apropriados com base em considerações relevantes, como mecanismo de ação, efeito, considerações econômicas, possíveis efeitos adversos, preferências do paciente, alergias, interações medicamentosas potenciais e com as refeições, políticas institucionais e diretrizes clínicas; combinando eficazmente os medicamentos, monitorando e intervindo na presença de efeitos adversos na sala de emergência.
6. Observação e Reavaliação (PC6)	Avalia pacientes submetidos à observação na sala de emergência (e monitora) utilizando dados e recursos adequados, determina o diagnóstico diferencial e, plano terapêutico e o prognóstico.
7. Disponibilidade (PC7)	Estabelece e implementa plano de diagnóstico e terapêutico abrangente, utilizando recursos apropriados; comunicando e explicando ao paciente quanto ao diagnóstico; plano de tratamento; medicamentos; a cada momento e setor do hospital em que o paciente se encontra.

8. Execução de múltiplas tarefas (PC8)	Utiliza a alternância de tarefas de forma eficiente e oportuna, a fim de gerenciar o setor de emergências.
9. Abordagem Geral de Procedimentos (PC9)	Executa o procedimento indicado em todos os pacientes adequados (incluindo aqueles que não cooperam, extremos de idade, hemodinamicamente instáveis, aqueles com múltiplas comorbidades, anatomia mal definida, de alto risco para a dor ou complicações, e necessidade de sedação), toma medidas para evitar complicações potenciais, e reconhece o resultado e/ou complicações decorrentes do procedimento.
10. Controle das vias aéreas (PC10)	Executa o controle das vias aéreas em todos os pacientes de forma adequada (incluindo aqueles que não cooperam, extremos de idade, hemodinamicamente instáveis, com comorbidades, anatomia mal definida, alto risco para dor ou complicações ou necessidade de sedação), toma medidas para evitar complicações potenciais, e reconhece o resultado e/ou complicações decorrentes do procedimento.
11. Anestesia e Tratamento da Dor Aguda (PC11)	Prescreve tratamento seguro da dor aguda, anestesia e sedação para pacientes de todas as idades, independentemente da situação clínica.
12. Outro diagnóstico e procedimentos terapêuticos: Ultrassom dirigido para diagnóstico ou procedimentos (PC12)	Utiliza ultrassom para a avaliação diagnóstica à beira do leito em condições de emergência, reanimação do paciente crítico ou traumatizado grave doente, e orientação de procedimentos médicos.
13. Outros diagnósticos e procedimentos terapêuticos: Tratamento de Feridas (PC13)	Avalia e manuseia adequadamente feridas em pacientes de todas as idades, independentemente da situação clínica.
14. Outros diagnóstico e procedimentos terapêuticos: Acesso Vascular (PC14)	Obtém com sucesso acesso vascular em pacientes de todas as idades, independentemente da situação clínica.
15. Conhecimento Médico (MK)	Demonstra conhecimento médico adequado no cuidado de pacientes em situações de emergência.
16. Segurança do Paciente (SBP1)	Participa na melhoria de desempenho para otimizar a segurança do paciente.
17. Gestão baseada em sistemas (SBP2)	Participa de estratégias para melhorar a prestação e o fluxo dos cuidados de saúde. Demonstra consciência e responsabilidade dentro do contexto do sistema de saúde.
18. Tecnologia (SBP3)	Utiliza a tecnologia para acompanhar e documentar a oferta de atendimento seguro.
19. Melhoria de Desempenho baseado na prática (PBLI)	Participa da melhoria do desempenho para otimizar as funções do setor de emergência, auto-aprendizado, e da assistência ao paciente.
20. Valores profissionais (PROF1)	Demonstra compaixão, integridade e respeito pelos outros, bem como a adesão aos princípios éticos relevantes para a prática da medicina.
21. Confiabilidade (PROF2)	Demonstra responsabilidade para com os pacientes, a sociedade, profissão e para si mesmo.
22. Comunicação centrada no paciente (ICS1)	Demonstra habilidades de comunicação e interpessoais que resultam em uma troca eficaz de informações e colaboração com os pacientes e suas famílias.
23. Trabalho em equipe multiprofissional (ICS2)	Lidera equipes de cuidados centrados no paciente, garantindo uma comunicação efetiva e respeito mútuo entre os membros da equipe.

Os marcos educacionais representam habilidades explícitas ou comportamentos que ocorrem durante o processo de tornar o médico capaz de “atividades profissionais confiáveis” definidas para cada especialidade¹². Estes marcos aumentam as competências gerais por:

1) descrever competências mais especificamente do que o modelo atual;

2) identifica o núcleo específico da especialidade sobre conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças; e

3) descreve as subcompetências como progressões dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças que devem ser demonstrados desde a graduação, residência médica até a prática profissional (Figura 1).

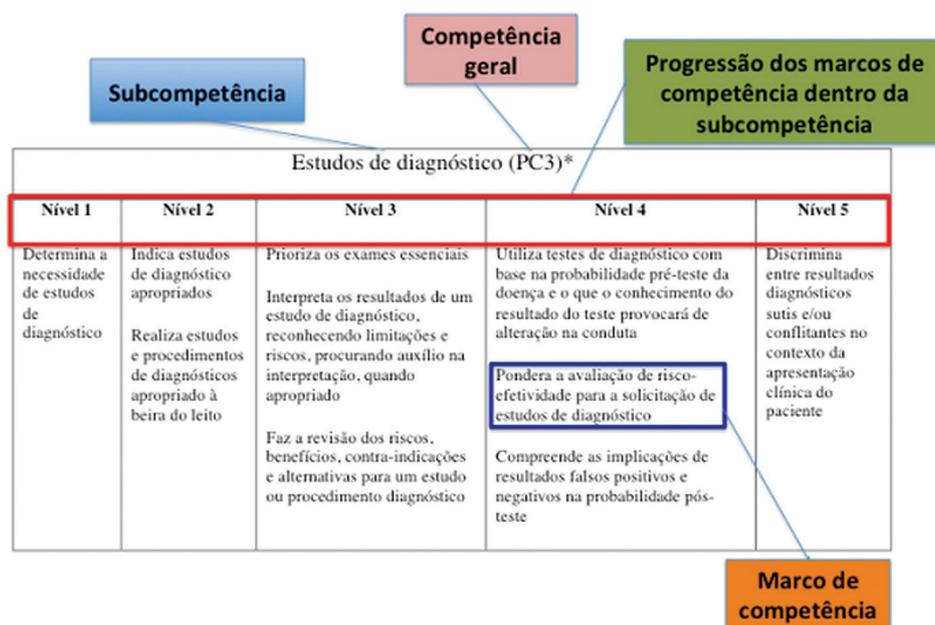


Figura 1. Nomenclaturas dos marcos de competências utilizadas no modelo da ACGME. PC refere-se à primeira competência geral "Assistência ao Paciente e o número mostra que é a 3ª subcompetência relacionada à PC, estando o conjunto progressivo de marcos de competência definidos para cada nível de proficiência. Fonte: adaptado de Beeson et al¹², 2013.

Assim, a decisão de se desenvolver marcos para descrever as expectativas progressivas para a aprendizagem e desempenho é consistente com modelos mais atuais de desenvolvimento. Tais modelos enfatizam a natureza progressiva da aquisição de conhecimentos, proporcionando a base conceitual para marcos de competência^{12,15}.

A expectativa é de que os marcos de competência sejam indicadores de qualidade dos programas de aprendizado nas várias fases da formação e da prática médica. Estes programas irão monitorar o progresso através destes marcos e determinar se houve progresso, estagnação ou regressão como uma indicação da necessidade específica de correções^{12,16}.

Desta forma, os dados dos marcos das competências serão avaliados para determinar se existem lacunas a serem preenchidas nos programas curriculares ou da residência médica que precisam ser adequadas.

Isto também poderá ser usado para garantia de segurança aos pacientes e à sociedade, aos prestadores de serviços e aos formuladores de políticas de atenção em saúde^{12,17}.

Com cada especialidade desenvolvendo metas voltadas para sua área de atuação, houve necessidade de desenvolver nomenclatura comum a todas^{12,18}. Um conjunto de marcos de competência consiste na definição de todas as etapas de desenvolvimento em todos os níveis para uma subcompetência em particular^{12,19}.

O marco corresponde ao comportamento observável dentro de cinco níveis de proficiência, desde o nível 1 de entrada (graduando da escola médica), ao nível 5, um nível a ser alcançado após anos de prática clínica (Tabela 3)^{12,20}. O nível 4 é o comportamento esperado para o médico residente da Medicina de Emergência para a certificação inicial da ABEM¹².

Tabela 3. Interpretação geral dos níveis de proficiência. Fonte: Traduzido de Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Emergency Medicine²³, 2013.

Nível de proficiência	Definição
1	O aluno de medicina recém formado ao entrar na residência médica demonstra estes marcos esperados.
2	O médico residente está avançando e demonstra marcos adicionais, mas ainda não atingiu o nível intermediário para o programa de residência.
3	O médico residente continua a avançar e demonstrar marcos adicionais; sendo que a maioria dos marcos de competência direcionados para a área específica da residência médica estão presentes nesta subcompetência.
4	O médico residente tem avançado de forma a demonstrar que atingiu substancialmente os marcos de competência previstos para o programa de residência. Este nível é concebido como o alvo final da residência médica.
5	O médico residente tem avançado além das metas de desempenho estabelecidas para o programa de residência médica. Demonstra metas atingidas para aspirações maiores, no mesmo nível do profissional que esteja atuante na prática há vários anos. Espera-se que apenas alguns médicos residentes de desempenho excepcional atinjam este nível.

Desta forma, o nível I possui os marcos projetados para corresponder ao nível de competência dos alunos de medicina ao se formarem, e antes de entrar na residência. Estes resultados são úteis para o desenvolvimento de um método válido para a avaliação do desempenho médico dos alunos. Isto permite que cada instituição possa adequar seu currículo em direção às metas de seus alunos para alcançarem estes resultados^{21,22}.

Na avaliação dos programas de medicina de emergência, enquanto os requisitos essenciais referem-se a sua estrutura ou processo (por exemplo, o volume de serviço de emergência, registros de casos etc), as exigências de resultados são “declarações que especificam atributos esperados mensuráveis ou observáveis (conhecimentos, habilidades e atitudes) nas várias fases da formação médica”^{12,24}.

Ao padronizar os resultados esperados da aprendizagem na medicina de emergência, os marcos irão definir objetivamente quais os indicadores de conhecimento e aquisição de habilidades a serem monitorados. Isto irá assegurar que o desenvolvimento profissional ocorra antes da certificação pelo programa de formação e que o médico residente seja minimamente competente para a prática independentemente de sua especialidade médica^{12,25}.

Os marcos também tornam transparentes às expectativas dos programas de formação, uma vez que determinados resultados são esperados em termos de competências iniciais para cada etapa. Desta forma, as escolas médicas podem ter uma compreensão muito mais clara do conhecimento básico e das habilidades esperadas dos alunos de graduação^{12,26}.

Na outra extremidade deste espectro de formação, os marcos têm o potencial para determinar o grau de desenvolvimento profissional mesmo após o término da residência médica, especialmente, no que se refere à manutenção da certificação do programa da ABEM. Em 2004, o programa de manutenção da certificação foi desenvolvido para assegurar que os médicos estejam comprometidos com a aprendizagem ao longo da vida, mantendo as competências necessárias em sua especialidade. Desta forma, estes marcos são importantes ao longo deste continuum de aquisição de conhecimentos e de habilidades durante a residência e ao longo de toda a prática profissional^{12,27}.

O próximo desafio para cada especialidade da residência médica é o desenvolvimento de medidas de resultados objetivos de avaliação dos marcos das subcompetências. Múltiplos instrumentos de avaliação terão de ser desenvolvidos para fornecer medidas objetivas de uma ou mais subcompetências dentro dos marcos^{12,28}.

Os relatórios do nível de proficiência deverão ser baseados em dados objetivos para garantir avaliação coerente e adequada. Isto será um importante aspecto do processo de certificação e sua manutenção. Os instrumentos deste processo ainda devem incluir relatórios padronizados, formação de um Comitê de Competências Clínicas e uso de aquisição dos marcos de competência como reflexo do desempenho do médico residente e de seu programa^{12,29}.

O Comitê de Competências Clínicas servirá para reunir informações sobre o desempenho de cada médico residente e dos respectivos programas, ajudando a equalizar as variações das avaliações entre diferentes avaliadores e contribuindo para diminuir a ameaça à integridade dos dados e de seus resultados^{12,29}. Há várias vantagens em relação ao funcionamento deste comitê:

- embora esta tarefa envolva reuniões frequentes (mensais), não é onerosa. Depois de um certo tempo, duram cerca de uma hora.

- as expectativas dos médicos residentes são mais claras e, pela natureza dos marcos de competência, são observáveis e tangíveis. O *feedback* ocorre geralmente dentro de uma semana após a reunião com cada médico residente e geram comentários e metas da direção do programa. O foco dessas reuniões é definir o que os médicos residentes fazem bem e onde eles deveriam se esforçar para melhorar.

- os preceptores familiarizados com as metas, são capazes de treinar mais efetivamente os médicos residentes, tornando claras as competências até que eles estejam “de volta no caminho certo” para a conclusão bem sucedida do programa de residência.

- os médicos residentes que não atinjam metas apropriadas podem ser alocados em ações de recuperação para que entendam que o resultado potencial de não se alcançarem tais marcos de competências pode determinar a repetição de um ano ou até mesmo a exclusão do programa de treinamento.

- a função do comitê e a maior compreensão de tais marcos têm ajudado, não só a avaliar melhor os médicos residentes, mas também avaliar os rodízios (estágios) necessários para garantir a oferta de experiências que ajudem a alcançar os marcos de competências necessárias.

Estudos mais recentes visam demonstrar a validade e a confiabilidade dos marcos de competência como um instrumento de avaliação para seu uso disseminado^{17,20,27}.

Em 1991, a *International Federation for Emergency Medicine* (IFEM) definiu a medicina de emergência como campo da prática baseada em conhecimentos e competências necessárias para prevenção, diagnóstico e gestão dos cuidados agudos e urgentes de pacientes com patologias e lesões que afetam todas as

faixas etárias dentro do espectro completo de episódios de distúrbios físicos e comportamentais indiferenciados. Incorporou ainda a inclusão do desenvolvimento dos sistemas de emergência médica pré- e intra-hospitalar^{30,31}.

Em 2011, a IFEM criou um currículo internacional para treinamento em medicina de emergência. Este modelo de currículo foi consenso entre educadores de várias instituições de ensino cuja ideia foi proporcionar os requisitos básicos mínimos para o desenvolvimento da formação de alto nível para a residência em medicina de emergência³².

Tema que tem ganho cada vez mais importância diz respeito ao conhecimento que o médico tem sobre o sistema de saúde e sobre a capacidade para torná-lo mais competente e eficaz na assistência ao paciente. Os médicos devem ser capazes de colaborar com outros membros da equipe de saúde pré- e intra-hospitalar, além de considerar os custos avaliando riscos e benefícios, melhorando, assim o desempenho do sistema através da identificação de erros de encaminhamento e de comunicação e ainda podendo implementar potenciais soluções que contribuam para melhoria da qualidade da assistência aos pacientes¹⁸.

Com isto, a melhor forma de avaliação do comportamento do médico residente é a observação direta da prestação de cuidados clínicos em seu ambiente de prática (avaliação no cenário de trabalho). Alguns educadores argumentam que este é o método ideal de avaliação de competências, porque fornece o contexto da prática profissional, ao invés da avaliação simulada ou padronizada²⁸.

NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA AMÉRICA DO NORTE

Mais recentemente, as várias associações médicas americanas vêm discutindo um novo modelo conceitual que são as chamadas “atividades profissionais confiáveis” (*Entrustable Professional Activity* - EPA) usadas na implementação da educação médica baseada na competência (Figura 2)³³. As EPAs são definidas como tarefas ou responsabilidades que os médicos com adequada formação devem executar sem supervisão depois de atingirem os níveis de competências es-

pecíficas considerados suficientes. Ou seja, que podem ser confiadas a um aluno ou médico residente suficientemente competentes.



Figura 2. Relações entre as EPAs para cada fase da formação médica. Fonte: Adaptado de *Association of American Medical Colleges*³³, 2014.

As EPAs definem atividades que requerem proficiência em várias competências simultaneamente, e são um foco mais adequado para avaliação de competências distintas, sendo independentemente executáveis, observáveis e mensuráveis no seu processo e resultado e, portanto, apropriadas para as decisões de avaliação e certificação³³.

O uso das EPAs possui as seguintes vantagens:

- são atividades que fazem sentido para professores, estagiários e também ao público,
- representam o trabalho do dia a dia do profissional,
- situa as competências e seus marcos no contexto clínico,
- faz uma avaliação mais prática por marcos utilizando agrupamento de atividades significativas,
- adicionam explicitamente as noções de confiança e supervisão na equação de avaliação.

A relação entre as EPAs e as competências estão bem descritas na literatura. As EPAs são unidades de trabalho, enquanto que as competências são as habilidades dos indivíduos. A EPA requer a integração de competências, geralmente entre diferentes competências gerais (domínios) (Tabela 4).

Tabela 4. A comparação das vantagens e desvantagens dos dois modelos conceituais: competências e EPAs. Fonte: Traduzido de *Association of American Medical Colleges*³³, 2014.

	Uso das EPAS	Uso dos marcos de competência
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • São “atividades”, que fazem sentido para professores, estagiários, e para o público. • Representam o trabalho do dia-a-dia do profissional. • Situa competências e marcos no contexto clínico em que vivemos. • Permite avaliação mais prática por grupos de marcos em atividades significativas. • adicionam explicitamente noções de confiança e supervisão na avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • As competências têm sido a base para a avaliação há mais de uma década. • No total, definem o “bom médico”. • Tem evidências razoáveis em torno da avaliação dos domínios “tradicionais” (conhecimento médico e assistência ao paciente) • Têm sido utilizados para o estabelecimento ou o desenvolvimento de marcos de desempenho.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Foram recentemente introduzidas na literatura. • Houve pouca operacionalização em todo o mundo. • Foram desenhadas originalmente para a transição da residência para a vida profissional subsequente. 	<ul style="list-style-type: none"> • São abstratas. • São granulares e, portanto, muitas vezes não refletem a maneira como pensamos ou observamos os alunos.

São necessárias duas competências fundamentais para toda EPA: 1) confiabilidade e 2) autoconsciência das limitações individuais, que gera comportamento de busca de ajuda. Portanto, essas duas competências devem ser documentadas para cada aprendiz antes de ser tomada qualquer decisão sobre a avaliação³³.

Outra característica da EPA é a necessidade de integração de subcompetências, geralmente entre domínios ou entre competências gerais^{33,34}.

O número de vezes que cada competência foi vinculada à cada EPA é um componente crítico el relação à decisão de avaliação pelo supervisor. As competências gerais de comunicação interpessoal (equipe multiprofissional, pacientes e familiares) e profissionalismo são as mais fundamentalmente citadas para a realização das EPAs³³⁻³⁵.

Embora a relação entre EPAs e competências seja relativamente bem definida na literatura, a relação entre EPAs e marcos de competência não o é. As EPAs oferecem contexto clínico para as competências. Cada EPA pode ser ma-

peada para as competências críticas para a tomada de decisão na avaliação. Cada competência, em seguida, tem marcos associados que representam definições de comportamento para progressão dos níveis de desempenho. Assim, uma EPA está diretamente relacionada aos marcos para determinadas competências³³⁻³⁵.

Uma vez determinadas as competências críticas para cada EPA, desenvolvem-se metas para cada competência. Assim, foram desenvolvidos dois marcos para cada competência: 1) o marco no qual o aluno/médico residente seria considerado “pré confiável” (ou seja, ainda não é capaz de

realizar a atividade sem supervisão direta) e 2) o marco no qual o aluno/médico residente poderia ser considerado “confiável” (ou seja, capaz de realizar a atividade sem supervisão direta). Em seguida, sintetizaram-se as metas combinadas do aluno/médico residente pré-confiável para criar a narrativa e a descrição dos marcos^{33,34}. O mesmo foi feito utilizando os marcos de competência para o aluno/médico residente confiável. Uma vez criadas descrições comportamentais, e traduzidas em competências clínicas, estas podem ser usadas como base para a avaliação pelo corpo docente (Figura 3)³³⁻³⁵.

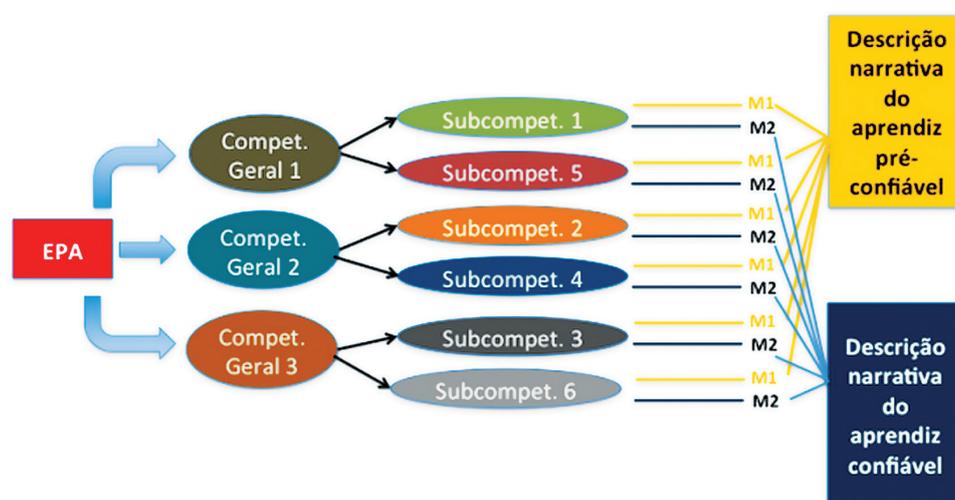


Figura 3. As EPAs requerem a integração de subcompetências, geralmente a partir de dois ou mais domínios (competências gerais). Para cada subcompetência, então, marcos podem ser estabelecidos e, em seguida, sintetizado em narrativas descritivas de comportamentos esperados para os alunos/médicos residentes em níveis pré confiáveis e confiáveis de desempenho. M1 e M2 são marcos de competências para cada subcompetência. Fonte: Traduzido de *Association of American Medical Colleges*³³, 2014.

Os resultados da avaliação baseada nas EPAs permitem apontar em relação ao aprendiz, em qualquer fase de formação, qual o nível específico de supervisão exigida (Tabela 5)³⁴.

Tabela 5. Prerrogativas relacionadas aos níveis de supervisão. Fonte: Traduzido de Ten Cate O et al³⁴, 2015.

Níveis de supervisão	Descrição
1	Estar presente e observar.
2	Atuar com supervisão proativa direta, ou seja, com supervisor fisicamente presente no local: a) realiza o ato, auxiliado pela supervisão, b) age sozinho, com o supervisor presente na sala, pronto para intervir se necessário.

3	Agir com supervisão reativa indireta, ou seja, prontamente disponíveis a pedido por meio de telefonia e/ou modalidades eletrônicas, a) age com supervisor imediatamente disponível, sendo todas as decisões definidas em conjunto, b) age com supervisor imediatamente disponível, porém as principais decisões definidas em conjunto, c) age com supervisor disponível à distância (por exemplo, por telefone), devendo revisar os achados e as decisões.
4	Agir com supervisão não imediatamente disponível no local, mas com supervisão distante e vigilante.
5	Fornecer supervisão de aprendizes mais inexperientes.

Existem várias características que pesam na decisão de confiar ao aprendiz, em qualquer nível de sua formação, a responsabilidade assistencial de pacientes³⁴:

- qualidades fundamentais, baseadas principalmente na competência e raciocínio clínico,
- consciência e confiança nas ações,
- veracidade e honestidade,
- discernimento de suas limitações e propensão a pedir ajuda se realmente necessário,
- empatia, compreensão e receptividade para com os pacientes,
- habilidade na comunicação e colaboração interprofissional,
- sentimento de autoconfiança e segurança em agir,
- hábitos de autoavaliação, reflexão e desenvolvimento,
- senso de responsabilidade e,
- capacidade adequada para lidar com erros próprios e alheios.

Como tais decisões são normalmente tomadas sem muito tempo para deliberação criteriosa, muitas vezes são baseadas em “intuição” e informações limitadas. Isso não significa necessariamente que a tomada de tais decisões sejam imprecisas, pois nem tudo que fundamenta uma decisão pode ser traduzida em números, escalas ou mesmo palavras. Às vezes, a supervisão “sente” que pode confiar ou não no aprendiz. Esta confiança presuntiva baseada em credenciais anteriores, combinados à confiança inicial após breve observação, pode ser suficiente para se assumir a decisão de deixar o aprendiz realizar ações médicas sobre o paciente, que seriam de responsabilidade profissional da própria supervisão. Em determinado momento da formação, as decisões que demandam anuência para agir sem supervisão devem ser fundamentadas em avaliações sistemáticas que considerem as qualidades do aprendiz³⁴. Alguns critérios podem fundamentar tais decisões³⁴:

- desempenho em exames cognitivos e de habilidades,
- observações diretas por parte dos supervisores, relacionados com o desempenho nas EPAs específicas,
- observação e feedback por parte de pacientes e colegas,
- auditoria da prática e dos registros médicos,

- uso de técnicas de ensino utilizadas pelos preceptores na observação dos aprendizes,
- credenciais anteriores, confiança e reputação relatada pelos colegas,
- verificação amostral da precisão das informações relatadas no item anterior,
- apresentações de casos clínicos nas visitas médicas e discussões que se seguem,
- avaliação de casos atendidos e situações específicas durante o plantão,
- discussões de casos elaborados para esta finalidade,
- exercícios de autorreflexão,
- auditoria e análise de fatos relevantes identificando as lacunas,
- feedback de múltiplas fontes sobre habilidades interprofissionais,
- condução de casos clínicos e de investigação por iniciativa própria,
- sinais de preparação e iniciativas,
- atribuir tarefa na qual a segurança do paciente pode ser avaliada.

Avançar para o próximo nível de responsabilidade e autonomia exige a coleta de informações válidas sobre os formandos e a utilização sistemática de instrumentos e métodos empregados principalmente nos cenários de prática³⁴.

Em relação à Medicina de Emergência, as EPAs se caracterizam por unidades da prática profissional alinhadas aos cuidados clínicos³⁶. Apresentam potencial para traduzir elementos da prática clínica em níveis de proficiência das subcompetências dos marcos. Como são clinicamente relacionadas, pode ser muito mais fácil o corpo docente avaliar a prática clínica, em comparação com os marcos de competências. Há, ainda, necessidade de pesquisas sobre a validade e a confiabilidade dos diferentes instrumentos de avaliação desenvolvidos nos marcos de competência para a determinação dos níveis de proficiência. O uso das EPAs como instrumento de avaliação não é diferente³⁶.

A MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE GLOBAL

Discussão bastante atual refere-se à medicina de emergência global, definida como o subconjunto de me-

dicina de emergência focada na melhoria do atendimento de emergência em outras partes do mundo, irrespectivamente à geografia, por meio de programas de ensino, assistência e pesquisa^{37,38}.

Algumas questões de pesquisa relacionadas à educação no âmbito global da saúde durante o ensino de graduação incluem:

- Qual é o escopo atual da educação em saúde global no ensino de graduação em medicina?
- Como deve ser avaliado e medido o impacto das modalidades de educação em saúde global da próxima geração no ensino de graduação em medicina?
- Qual é o impacto de longo prazo para os estudantes de medicina?
- Qual é o custo disto para as escolas médicas?
- Qual o valor, impacto e carga de doença para países de acolhimento internacional e as suas instituições?

Independentemente da direção, os resultados da investigação em educação médica em saúde global, criam oportunidades de melhoria das escolas médicas gerando experiências sobre como compartilhar e implementar as melhores práticas. Estes resultados também criam oportunidade para melhorar resultados da formação de estudantes de medicina, e da respectiva assistência a pacientes e populações sob seus cuidados^{38,39}.

O desenvolvimento de programas de educação para a saúde global continua a crescer em todo o mundo. Devido à escassez de dados de avaliação e de resultados, continua havendo grande oportunidade de bolsas de estudos neste setor^{40,41}. As competências comumente identificadas em educação sobre saúde global na graduação são:

- competência cultural,
- igualdade na saúde e os direitos humanos,
- habilidades de comunicação, liderança e colaboração,
- carga de doença,
- pesquisa, programas e avaliação,
- ética e profissionalismo,
- sistemas de saúde e modelos de atenção,
- consciência social, política e econômica.

A descrição cronológica apresentada nos primeiros quatro tópicos deste artigo referente aos últimos 40 anos, mostra que o crescimento da Medicina de Emergência foi rápido desde seu início e prosseguiu em ritmo

extraordinário. Nos Estados Unidos, é a quarta principal escolha de especialidade entre estudantes de graduação em medicina suplantada apenas pela medicina interna (clínica médica), medicina de família e pediatria, e responsável pela formação de 1.500 novos médicos a cada ano.

Independentemente da opção de especialidade pretendida pelo aluno de medicina, a diversidade de doenças e seus níveis de gravidade encontradas na Medicina de Emergência irá conferir grande oportunidade de aprendizado.

De fato, a Medicina de Emergência oferece experiência educacional única para estudantes de medicina por várias razões. Em primeiro lugar, existe fluxo ininterrupto de pacientes aí recorrem a qualquer momento e por qualquer motivo. Em segundo lugar, as apresentações clínicas dos pacientes variam entre situações de emergência com risco real de morte imediata até problemas mais comuns no âmbito da atenção primária em pacientes com acesso restrito à assistência em serviços de saúde. Terceiro, os alunos são expostos a doentes com queixas indiferenciadas, sem diagnóstico preliminar ou confirmado, o que representa situação de desafio diagnóstico. E finalmente, as salas de emergência de forma permanente, sendo o atendimento garantido a todos, independentemente de idade, etnia ou nível sócio-econômico.

A evolução das ações educativas na organização, planejamento e avaliação do ensino de urgência e emergência na América do Norte mostra um caminho que precisa ser trilhado para a melhoria do nível de formação, certificação e regulação deste ensino no Brasil. Isto é fundamental para que se possa a ter reflexos positivos que impulsionem a mudança da atual situação caótica deste tipo de atendimento em nosso País.

O ENSINO DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA NO BRASIL E SEU REFLEXO NO ATENDIMENTO

O ensino de urgência e emergência na graduação médica não foi contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina como uma grande área do internato médico em 2001, nem tampouco houve qualquer especificação sobre seu ensino durante o

curso. Apenas no parágrafo XIV do artigo 5º descreve-se que “a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico” (p.3)⁴².

Desta forma, na formação do profissional de saúde, particularmente dos médicos, tanto no curso de graduação, quanto na residência médica, o ensino das emergências médicas traumáticas e não traumáticas, não tem merecido destaque, visto que na quase totalidade das vezes, não há programa estruturado de ensino para emergências médicas na matriz curricular das faculdades de Medicina em nosso País.

Mesmo assim, o médico recém-formado, ingresso ou não em programa de residência médica, terá como uma das principais oportunidades de emprego, o trabalho em regime de plantões em Unidades de Pronto Atendimento ou de Pronto Socorro, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na atenção primária e em Programas de Saúde da Família (PSF). Em todos estes cenários de atuação profissional estão expostos ao atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência. Tal deficiência na formação médica também vai em direção contrária às estatísticas, que mostram que 70% dos médicos trabalham, por um bom tempo de sua vida profissional, principalmente nas fases de iniciação e afirmação profissional, em plantões de pronto atendimento, estando na linha de frente do atendimento às emergências sem o devido preparo técnico e emocional. Como mostrado na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, coordenada pela Fiocruz⁴³ e pelo Conselho Federal de Medicina, estes profissionais estão expostos ao desgaste por excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho e excesso de responsabilidade⁴⁴.

Desta forma, estabelece-se um paradoxo, pois numa área que deveria ter os médicos mais experientes e bem preparados, acontece justamente o contrário! Pela identificação de maior risco ético-profissional e jurídico, pelo excesso de carga profissional, pela pouca valorização e estresse pessoal/profissional, os médicos mais experientes migram para outros tipos de atividades e, as vagas neste mercado de trabalho acabam sendo preenchidas

por médicos recém-formados. A formação limitada em urgência e emergência médica traumática e não traumática durante a graduação e a residência médica, ainda está associada a outros fatores que complicam sua atuação: 1) falta de estruturação da Central de regulação de urgência em diversas regiões do país, 2) excesso de demanda de atendimento por falta de orientação da população, 3) inadequado acolhimento e inexistência da classificação de risco para triagem dos casos, 4) falta de direitos trabalhistas, 5) risco à segurança física, 6) pouca experiência profissional para atuação em Unidade de Suporte Avançado (USA) do atendimento móvel pré-hospitalar, 7) escassez e má distribuição de recursos diagnósticos e terapêuticos nas unidades de saúde de atendimento pré-hospitalar fixo e 8) sobreposição concomitante e acúmulo de função do médico emergencista de Pronto Socorro e de supervisão de pacientes de enfermarias. Tudo isto deixa o profissional médico ainda inexperiente, bastante exposto a todo risco de problemas de ordem pessoal, ético-profissional e jurídica. De outro lado, a população fica exposta ao atendimento médico nas situações de urgência e emergência a um profissional mal preparado tanto no âmbito individual, quanto para no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o que compromete completamente a segurança dos pacientes⁴⁴.

A Associação Médica Brasileira (AMB) não reconhece a Medicina de Emergência e a Cirurgia do Trauma ou de Cuidados Agudos (*Acute Care Surgery*) como especialidade médica, mas apenas como área de atuação. A discussão sobre tal reconhecimento tem objeto da interferência contrária e negativa das sociedades de especialidades, particularmente a clínica médica e a cirúrgica, que não ocupam integralmente o espaço da urgência e emergência, mas não querem ceder espaço para o desenvolvimento da especialidade de medicina de emergência⁴⁵.

No Brasil, assim como em todo o mundo, há um aumento na prevalência de casos de urgência e emergência nos hospitais, que ocorre em virtude de maior longevidade da população, maior sobrevivência de pacientes com diversas doenças crônicas, maior número de acidentes automobilísticos e maior violência civil.

O governo brasileiro publicou no final de 2002 a Portaria nº 2.048 instituindo o regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência. Esta portaria, ampla em seu conteúdo e abrangência, normatiza as ações em

âmbito pré- e intra-hospitalar, definindo e caracterizando a regulação médica de urgência, tanto no aspecto técnico quanto gestor, e estabelecendo treinamento mínimo para o exercício das atividades de regulação e de atendimento às situações de urgência e emergência⁴⁶.

Em 2003, a Portaria nº 1.863 instituiu a Política Nacional de Urgência e Emergência em todas as unidades federadas⁴⁷ e a Portaria nº 1.864 instituiu a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro⁴⁸. Desde então, há uma lógica sequencial e coerente de propostas no modelo de assistência pré-hospitalar e hospitalar com papel destacado das Centrais de Regulação de Urgência na organização da rede de atendimento entre os vários serviços credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na tentativa de qualificação do fluxo dos pacientes. Isto tem demandado a necessidade de melhor formação e capacitação de recursos humanos, pois um enorme mercado de trabalho têm sido aberto na urgência e emergência, particularmente no ambiente pré-hospitalar, e as escolas médicas, bem como os programas de residência médica não tem contemplado e adequado a formação de seus egressos para este tipo de atuação.

Em 24 de junho de 2010, o Conselho Federal de Medicina (CFM) sediou em Brasília (DF) o I Fórum Nacional de Urgência e Emergência, com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), com a participação de representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que discutiram estratégias a fim de solucionar os problemas que vêm ocorrendo nas urgências do País.

Em 20 e 21 de outubro de 2011, também na sede do CFM em Brasília foi realizado o II Fórum Nacional de Urgência e Emergência, reunindo médicos e especialistas que atuam na área. A necessidade do reconhecimento imediato da especialidade “Emergência Médica” foi eleita uma das prioridades para o setor pelos participantes. Foi apresentado o resultado de um questionário sobre o ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina no Brasil, que foi encaminhado a 160 cursos e respondido por 39% destes. Dados interessantes foram observados, tais como: em algumas escolas, tais atividades não constam da matriz curricular; outras possuem programa com conteúdos bem defini-

dos; a carga horária variou de menos de 200 horas a pouco mais de 2.000 horas; foram citados como cenários de prática o pronto-socorro hospitalar, unidade de urgência e emergência e laboratório de habilidades. As principais dificuldades elencadas para o ensino de urgência e emergência foram: inadequados cenários de prática; hospitais universitários sem pronto-socorro; dificuldade de parceria da escola/serviço; estrutura física inadequada para assistir e ensinar; falta de professores preparados e disponíveis; falta de preceptores e de equipes capacitadas, e alto custo de laboratório de habilidades e manequins⁴⁹.

Neste atual cenário de expansão das escolas médicas brasileiras com significativo aumento do número de médicos formados para os próximos anos, é muito importante que o egresso do curso médico tenha um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o tornem apto para um bom atendimento aos pacientes nos diferentes cenários da urgência e emergência, tanto traumáticas quanto não traumáticas. Para estabelecer um consenso sobre as recomendações para este ensino nos cursos de graduação no País foi necessário primeiro fazer o diagnóstico de como tem sido realizado este ensino nas várias fases da formação médica e promover a discussão entre os representantes das escolas sobre quais as recomendações nacionais sobre o ensino de urgência e emergência no Brasil. Com este propósito, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) criou as condições para a execução deste projeto, que será apresentado no próximo tópico.

AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS - PROJETO OPAS/ABEM – 50 ANOS/10 ANOS DAS DCNS (2001)

Em 2012 foi aprovado o “Projeto ABEM 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, com financiamento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). A ABEM destacou como uma das prioridades o subprojeto “Situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina”, que tinha como metas: conhecer as informações e dados do ensino de urgência e emergência dos cursos de medicina associados; analisar o conjunto das informações e dados com dirigentes es-

colares e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS); diagnosticar os aspectos situacionais e as expectativas; e discutir as proposições em consenso para que houvesse uma recomendação nacional para a estruturação deste ensino na matriz curricular das escolas médicas.

O objetivo foi avaliar as escolas no que se refere direta ou indiretamente às necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes para o atendimento das situações de urgência e emergências, no contexto da atenção integral e contínua à saúde, e elaborar recomendações para a estruturação deste ensino na matriz curricular para todos os cursos de Medicina no Brasil.

O estudo desenvolveu-se em mais de um ano de atividades e as recomendações de consenso serviram para que a ABEM divulgasse e pudesse auxiliar as escolas médicas brasileiras a melhorar a formação de urgência e emergência dos futuros médicos e, desta forma, contribuir para a reversão do atual quadro nacional de crise neste setor de atendimento à população.

Foram convidadas a participar do estudo as escolas médicas associadas da ABEM que já tiveram ao menos uma turma de médicos formados. Para integrar o projeto, a direção da instituição assinou uma carta-acordo com a ABEM e a OPAS, comprometendo-se a participar de todas as fases do subprojeto, apoiando o docente indicado e eventuais discentes para as atividades designadas.

O estudo foi dividido em quatro fases:

I. Elaboração e resposta a um questionário eletrônico com várias informações e dados do ensino de urgência e emergência;

II. Realização de oficinas em conjunto com o subprojeto “Internato Médico”, com espaço reservado para a discussão de urgência e emergência, realizadas em São Paulo (SP), sendo a primeira de 28 de fevereiro a 2 de março de 2013, e a segunda nos dias 27 e 28 de junho de 2013;

III. Realização de oficina no 51º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), ocorrido em Recife (PE) de 19 a 22 de outubro de 2013, com a participação de docentes e discentes;

IV. Realização de oficina específica de urgência e emergência durante o VI Congresso Nordestino de Educação Médica (CONEM), ocorrido em Salvador (BA) de 3 a 5 de abril de 2014, com a participação de docentes, gestores e discentes.

O questionário *online* foi estruturado com perguntas voltadas para os dois primeiros anos do curso (ciclo básico), para o terceiro e quarto anos (ciclo intermediário) e quinto e sexto anos (internato). As respostas mais importantes avaliadas no questionário foram:

- Se existe alguma disciplina/programação/área dentro da matriz curricular que aborde os temas de urgência/emergência traumática e não traumática durante o curso médico;

- Se existe alguma programação de urgência e emergência na matriz curricular regular nos primeiros quatro semestres do curso; caso exista, o que faz parte da programação;

- Se existe alguma programação de urgência e emergência na matriz curricular regular do quinto ao oitavo semestre do curso; caso exista, o que faz parte da programação;

- Se existe programação de atendimento pré-hospitalar e de atendimento hospitalar nos primeiros oito semestres;

- Quais as atividades de urgência/emergência no internato, envolvendo diferentes cenários, preceptores, e os temas e procedimentos abordados.

O questionário foi respondido por 54 das 156 escolas médicas associadas à ABEM: 16 escolas da regional São Paulo (correspondendo a 48,4% das escolas associadas nessa regional); 6 (54,5%) da regional Sul I (RS); 7 (43,7%) da regional Sul II (PR/SC); 3 (14,2%) da regional Rio de Janeiro/Espírito Santo; 7 (35%) da regional Minas Gerais; 9 (32,1%) da regional Nordeste; 2 (14,2%) da regional Norte; e 4 escolas (30,7%) da regional Centro-Oeste.

O artigo “A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular” do Projeto 10 anos das Diretrizes Curriculares nacionais do curso de Graduação em medicina que se encontra nas referências bibliográficas mostra os resultados e a discussão completa do estudo⁵⁰. O próximo tópico mostra um resumo das recomendações e seus desdobramentos.

RECOMENDAÇÕES PARA O ENSINO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO PROJETO

ABEM/OPAS – 50 ANOS/10 ANOS DAS DCNS

As discussões realizadas nas quatro Oficinas nacionais tiveram como resultado alguns consensos que serão apresentados abaixo⁵⁰:

A) Necessidade de um eixo longitudinal na matriz curricular da graduação com programação conjunta dos professores das várias áreas médicas envolvendo os seguintes tópicos:

- conteúdo,
- momento da inserção na matriz,
- formas de avaliação

B) Programações com pactuação das atividades teórico-práticas de complexidade crescente pelas diversas áreas médicas.

Quanto à distribuição das programações no eixo de ensino de urgência e emergência ao longo do curso, são fundamentais as seguintes orientações:

1. Nos dois primeiros anos do curso - No primeiro ano deve haver uma programação voltada para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida, a fim de despertar o interesse e capacitar os alunos para situações que possam vivenciar em temas relacionados às emergências médicas traumáticas e não traumáticas com conhecimento para ativação do sistema de urgência e emergência e de seus recursos.

Como desdobramentos destas programações, deve-se estimular a inserção dos alunos em atividades/programas de extensão universitária que focalizem a prevenção de acidentes e de agudização das doenças crônicas, e ensino de Suporte Básico à Vida.

2. No terceiro e/ou quarto ano - Deve haver uma programação diversificada com conteúdo e treinamento de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas (em Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia), tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência (*PreHospital Trauma Life Support* - PHTLS, *Advanced Cardiac Life Support* - ACLS, *Advanced Trauma Life Support* - ATLS, *Pediatric Advanced Life Support* - PALS e *Advanced Life Support in Obstetrics* - ALSO). Recomenda-se, preferencialmente, o treinamento em laboratórios de habilidades/simulação.

Na programação desta fase da graduação devem ser ministrados conteúdos sobre as portarias que norteiam

a organização do sistema de Urgência e Emergência. Os alunos devem ter vivência prática no atendimento pré hospitalar fixo (englobando acolhimento e classificação de risco) e móvel (na Unidade de Suporte Avançado, sob supervisão de médicos), bem como na central de regulação de urgência para que entendam o funcionamento da rede de urgência.

O uso da simulação como ferramenta didática deve ser estimulada devido às questões éticas e de segurança dos pacientes. A simulação pode ser utilizada para treinamento de procedimentos, prescrição, atendimento e discussão de casos clínicos preparados, e manejo de situações de crises em setores específicos, como centro cirúrgico, anestesia e terapia intensiva, antes dos estudantes terem contato com os pacientes reais nos cenários de prática clínica. Tal estratégia de ensino antecipa os problemas reais que têm acontecido em muitos serviços de saúde e previnem a ocorrência de erros e iatrogenias, podendo os alunos treinarem num ambiente seguro com discussão das dificuldades encontradas e repetirem o treinamento dos procedimentos até sentirem-se mais seguros e capacitados para sua execução com sucesso.

A utilização de protocolos e diretrizes clínicas com utilização da melhor evidência científica e experiência profissional também deve ser estimulada nas discussões de condutas diagnósticas e terapêuticas tanto em ambientes simulados quanto na prática clínica.

3. No internato - A Comissão de Internato da escola médica deve evitar a fragmentação dos conteúdos e assegurar a continuidade da programação conjunta nos estágios práticos de Urgência e Emergência envolvendo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia, Neurologia e Psiquiatria. Também deve ser garantido que o estágio seja acadêmico, inserindo os alunos diretamente nas atividades práticas com pacientes sob supervisão, porém evitando sua utilização apenas como força de trabalho, sem a devida discussão dos casos atendidos pelos alunos.

Os internos devem desenvolver habilidades de prescrição médica, racionalização do uso de recursos diagnósticos e indicação consciente das drogas comumente utilizadas em cenários de urgência e emergência. A simulação também deve ser empregada para sedimentar os conteúdos propostos nas suas várias possibilidades de uso, principalmente em procedimentos médicos e ma-

nejo de situações de crise, como a parada cardiorrespiratório e atendimento ao traumatizado grave.

Como cenários de prática e integração ensino-serviço, preferencialmente, no quinto ano, as unidades não hospitalares de pronto atendimento (UPAs) devem ser utilizadas para que os alunos tenham vivência e experiência de um serviço de saúde de porta aberta (não regulada). No sexto ano, os alunos devem ter vivência no pronto socorro hospitalar, de preferência com demanda regulada.

Algumas escolas médicas possuem estágio de Medicina Intensiva, oferecendo a oportunidade de aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, uso de critérios de triagem e índices prognósticos, compreensão de protocolos de segurança dos pacientes, gestão de equipe multidisciplinar, cuidados paliativos, bioética e ética médica. Também permitem discussões sobre a medicina translacional nas suas três fases: 1) da pesquisa básica (de bancada) em pesquisa clínica, 2) a partir de investigação clínica para a diretrizes baseadas em evidências na assistência aos pacientes, e 3) do cuidado individual ao paciente até o uso sistemático e generalizado da prática baseada em evidências. A maioria das escolas que possuem estágio em medicina intensiva discute temas relativos aos pacientes críticos distribuídos nos estágios das grandes áreas, particularmente a abordagem da sepse e dos diferentes tipos de choque circulatório. Vários estudos internacionais colaboram para a incorporação destes assuntos na graduação médica^{51,52}.

A preceptoria docente e não docente deve ter adequada capacitação pedagógica, bem como técnica. Os preceptores não docentes devem ser valorizados de todas as formas possíveis: financeira, certificados, acesso aos programas de pós graduação etc.

Não há a menor dúvida sobre a necessidade de uma estruturação urgente e obrigatória do ensino de urgência e emergência traumática e não traumática na graduação médica em todas as escolas do País. As programações devem ser realizadas de forma integrada e colaborativa entre todas as áreas do conhecimento médico, com complexidade crescente, desenvolvendo precocemente atividades teórico-práticas com simulações que utilizem ambientes e materiais propícios para que o estudante possa ter estudo, contato e capacitação prévia com diversas atividades médicas antes do atendimento

aos pacientes nos diversos cenários de prática nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar.

As programações devem envolver a assistência direta aos pacientes nas situações de urgência e emergência, assim como o conhecimento e a discussão das políticas públicas de saúde, a prevenção e a reabilitação dos agravos, estimulando atividades que enfoquem a promoção de saúde no sentido de evitar a agudização de doenças crônicas e prevenir os diversos tipos de trauma, temas prioritários de saúde pública em todo o território nacional.

As atividades práticas, particularmente no internato médico, devem ser realizadas em serviços de saúde de diferentes níveis de atenção e complexidade, integrados à rede de urgência e emergência municipal e regional, trabalhando com demanda regulada ou não pela Central de Regulação de Urgência. É de fundamental importância que os alunos possam ter experiência prática com o atendimento pré hospitalar móvel (em unidades de suporte avançado) e fixo (em unidades de pronto atendimento não hospitalar), assim como na regulação médica e nos serviços hospitalares de referência terciária.

Uma atenção especial deve ser dada aos docentes e preceptores dos serviços de urgência e emergência que serão responsáveis pela supervisão dos casos atendidos pelos estudantes. Há que se cuidar da capacitação tanto técnica quanto pedagógica destes profissionais, para que possam se manter motivados na assistência, ensino e pesquisa, e também motivar os estudantes sobre o trabalho nesta área da medicina. Como ainda não existem muitos profissionais com o perfil adequado para atuação completa nesta supervisão e no sentido de estimular e valorizar esta carreira, permitindo que tenhamos mais docentes e preceptores capacitados e experientes, o reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica no Brasil seria um importante catalisador para a mudança da atual realidade de atendimento às urgências e emergências médicas traumáticas e não traumáticas em todo o país, assim como aconteceu nos países do Primeiro Mundo.

NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014 PARA OS CURSOS DE MEDICINA E AS OPORTUNIDADES DE MELHORA NO ENSINO DE URGÊNCIA E

EMERGÊNCIA NA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

As Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) para os Cursos de Medicina publicadas em 2001⁴² estabeleceram os princípios gerais que devem nortear a formação de médicos no Brasil definindo competências, habilidades, atitudes e conteúdos programáticos a serem desenvolvidos com o objetivo de formar um profissional adequado às necessidades da sociedade. Mais recentemente, essas diretrizes foram revistas em 2014⁵³ com o objetivo de formar profissionais competentes nas áreas de:

- I – Atenção à Saúde;
- II – Gestão em Saúde e
- III – Educação na Saúde.

Em relação às três áreas citadas, o novo documento traz uma diferença substancial, possuindo muito mais especificidades, com definições de áreas, subáreas, ações chave, desempenhos e seus descritores. Esta especificidade tem por objetivo proporcionar reformas curriculares e possibilidades de comparação entre currículos, necessitando de muita criatividade e versatilidade de cada universidade e suas particularidades históricas e regionais. Cada área citada apresenta os enfoques individual e coletivo.

Na atenção à saúde, os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoções, prevenção, tratamento e reabilitação:

- a) Acesso universal e equidade em saúde;
- b) Integralização e humanização do cuidado;
- c) Qualidade e segurança;
- d) Preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria de qualidade de vida;
- e) Ética profissional

Na gestão em saúde, os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de gerenciamento e administração que visem articular sua atenção ao trabalho de outros profissionais e compreende:

- a) Gestão de cuidado;
- b) Agregação de valor e saúde;
- c) Tomada de decisões;
- d) Comunicação;
- e) Liderança.

Na educação em saúde, entende-se a educação permanente (continuada); o compromisso com a for-

mação de futuras gerações de profissionais; a promoção da autonomia, a independência intelectual e a responsabilidade social. Inclui:

- a) Aprendizagem interprofissional e educação permanente;
- b) Aprender a aprender; aprender com os erros;
- c) Envolvimento na formação;
- d) Mobilidade e formação na rede.

Com relação ao tempo de prática, mantém-se a importância do internato, com duração de pelo menos 35% do curso (dois anos), mas adiciona-se o mínimo de 30% de sua carga horária na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência (devendo predominar a Atenção Básica). Os 70% restantes devem ser divididos nas outras áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental. A carga horária destas atividades deverá ser eminentemente prática, sendo que a carga horária teórica não deverá ultrapassar 20% do total. Também houve a definição de carga horária máxima de 12 horas diárias e 44 horas semanais.

As DCNs definem competência, para os fins da formação médica, é compreendida como sendo a “capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde”. Os elementos da competência são:

- a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras que promove uma combinação de recursos que se expressa em ações frente a um problema;
- as ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência; as capacidades de intervenção dos valores e padrão de qualidade num determinado contexto da prática;
- traduzem a excelência da prática médica nos cenários do SUS.

Nas novas DCNs não foi mencionada a introdução do aluno de graduação em Medicina na temática do atendimento às situações de urgência e emergência nos primeiros anos do curso. Como visto no Projeto ABEM 50 anos, muitos cursos de medicina não apresentam em sua matriz curricular nenhuma atividade voltada ao treinamento de habilidades em atendimento em urgência e emergência nos primeiros três anos do curso. Como discutido nas recomendações do

Projeto ABEM, a ideia das programações a serem introduzidas nesta fase da formação não objetiva capacitar o aluno para a prática de atos médicos que devem ser contemplados no internato, mas para prepará-lo para agir em situações de emergência que pode presenciar ou que venha a participar prestando atendimento básico de suporte à vida, e sabendo acionar o sistema de atendimento dentro da rede de cuidados, estando consciente dos acontecimentos que serão deflagrados após este acionamento.

Diante desta realidade e tendo em vista que os principais agravos à saúde estão ligados a situações causadas por trauma ou clínicas agudas e agudização de patologias crônicas (não traumáticas), devem ser ensinadas habilidades técnicas bem estabelecidas por protocolos internacionais para os alunos dos primeiros anos dos cursos da área da saúde. No caso da medicina, de preferência logo antes do internato, quando os alunos poderão por em prática estes conhecimentos.

Muitas escolas médicas combinaram esta proposta de programação com a elaboração de projetos que tratam de ações indutoras de mudanças na formação médica, fortalecendo e aumentando a chance de êxito no cenário das unidades de saúde, como no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e os Programas de Educação para o Trabalho (PETs), tendo sido aberto em 2013 um edital específico para o PET/redes de urgência e emergência.

Outra recomendação aos alunos dos primeiros anos de Medicina é a realização de programas de prevenção na forma de projetos de extensão universitária, levando para a comunidade o treinamento e o reconhecimento de situações de intervenção numa situação de emergência, melhorando as chances de sucesso no atendimento destes agravos à vida. Estas atividades de prevenção podem ser realizadas como projetos de extensão universitária contribuindo para a melhora da responsabilidade social das escolas médicas nas comunidades de suas regiões geográficas.

O Projeto ABEM mostrou que ainda preocupa a baixa utilização do atendimento pré-hospitalar móvel e, principalmente da Central de Regulação de Urgência como cenário de estágio prático. Quando existe tal estágio em algumas escolas médicas, as atividades

são desenvolvidas apenas nas ambulâncias de suporte avançado. Trata-se de uma importante política pública nacional, instituída inicialmente pela Portaria 2.048 de novembro de 2002, e cujo conteúdo boa parte dos médicos brasileiros desconhece. Nos municípios em que as Centrais de Regulação de Urgência estão bem constituídas e funcionantes, ainda existe bastante resistência dos médicos assistentes (também médicos residentes e alunos do internato), muito por desconhecimento das funções técnicas e gestoras da atividade do médico regulador e também pela falta de vivência prática de atividades neste cenário de prática em sua formação na graduação e na residência médica. A estruturação destes estágios irá contribuir para maior conhecimento e adesão dos médicos a serem formados ou em especialização na residência médica a esta política pública fundamental na estruturação da rede de urgência e emergência. Estudos internacionais também mostram o treinamento de alunos da graduação no ambiente pré-hospitalar⁵⁴.

Tanto nas respostas do questionário do Projeto ABEM sobre ensino de urgência e emergência nas escolas médicas brasileiras, quanto nas discussões com professores e alunos nas oficinas do Projeto, mostrou-se extremamente preocupante o fato de muitas escolas não terem estágio de urgência e emergência tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente pré-hospitalar fixo. E também o fato de outras escolas deixarem os alunos procurar por conta própria este tipo de estágio sem nenhum controle da frequência e da qualidade da supervisão e preceptoria. Como pode isto ocorrer sabendo-se que uma das principais atividades que o mercado de trabalho oferece ao médico recém formado são os plantões em pronto atendimentos e pronto socorros?

O treinamento em laboratórios de simulação surgiu como uma alternativa para o ensino tradicional em países do Primeiro Mundo. A utilização desta modalidade de ensino permite a introdução de habilidades, conceitos e princípios que de outra forma não podem ser abordadas até os anos clínicos de treinamento. A simulação pré clínica e outros exercícios de aprendizagem baseada em problemas pode ser incorporado no currículo para ajudar na transição entre as ciências básicas e conhecimento clínico. Os médicos de emergência devem incorporar essa modalidade para o

ensino e treinamento de habilidades na tomada de decisão e gestão clínica do paciente em pequenos grupos, como realizado nas discussões de casos e visitas à beira do leito.

Com a simulação médica utilizada para integrar conceitos clínicos no currículo pré-clínico, as escolas de medicina podem inserir mais precocemente seus alunos na

prática clínica. A sala de emergência serve como um ambiente de laboratório in vivo, onde os alunos pré-clínicos podem observar pacientes que apresentam condições clínicas que permitem a integração de conhecimentos entre as ciências básicas e a clínica, podendo-se utilizar formas inovadoras de ensinar patologia, farmacologia e habilidades de exame físico e raciocínio diagnóstico. Desta forma, com a estruturação de conteúdos de emergência parece haver um ajuste natural, permitindo que os alunos tenham uma transição mais suave para os anos de internato. Tal estratégia de ensino antecipa os problemas reais que têm acontecido em muitos serviços de saúde e previnem a ocorrência de iatrogenias, contribuindo para a segurança do paciente.

A utilização da simulação ainda traz a possibilidade de elaboração de atividades de treinamento interprofissional a serem realizadas de forma conjunta entre graduandos dos diferentes cursos da área da saúde, antecipando o que acontecerá na futura prática profissional após a formatura e abrindo a possibilidade de inserção de discussão de temas como profissionalismo, comunicação efetiva e ética na construção das atividades simuladas. Esta é uma tendência mundial mostrada em vários estudos^{55,56,57}.

Estas atividades práticas simuladas estão presentes de forma estruturada e contínua em muito poucas escolas médicas brasileiras. Nas discussões com professores e discentes durante as Oficinas do Projeto ABEM 50 anos, surgiram vários comentários a respeito das atividades simuladas:

- “muitas vezes existe a estrutura física e os manequins, porém os professores são pouco capacitados e subutilizam o laboratório de simulação”, “algumas vezes querem substituir o contato com pacientes reais

pelo treinamento utilizando os manequins, não sendo atividades complementares”,

- “as atividades simuladas são programadas de forma não contextualizada, assim os alunos não conseguem entender e enxergar os desdobramentos do que estão treinando dentro dos cenários de prática quando estiverem com pacientes reais”,

- “os alunos não se preparam adequadamente com estudo prévio para as atividades simuladas, aproveitando pouco as oportunidades de discussão”.

No internato, as atividades nas salas de emergência proporcionam um ambiente educacional onde os estudantes podem aprender e treinar anamnese, habilidades de exame físico e raciocínio diagnóstico. Podem aprender habilidades de tomada de decisão em situações de cuidados agudos dos pacientes, uso criterioso de recursos diagnósticos (exames laboratoriais e de imagem) e discussão baseada em evidências a respeito das diferentes opções de modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas.

Esta oportunidade educacional de discussão de casos nas salas de emergência também permite que os alunos se relacionem com profissionais de muitas outras disciplinas e especialidades médicas, pois os cuidados prestados na sala de emergência, por vezes requer a consulta de subespecialidade.

Em relação aos cenários de prática para o ensino de urgência e emergência, as escolas médicas e os programas de residência médica precisam, ao mesmo tempo, auxiliar e cobrar dos gestores municipais de saúde a implantação plena da Política Nacional de Atenção às Urgências nas fases pré e intra-hospitalar. Este é um trabalho de planejamento e ação que precisa ser colaborativo. Neste sentido, o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)⁵⁸, instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124/2015, tem por objeto viabilizar a reordenação da oferta de cursos de graduação na área da saúde e de vagas de residências em saúde, nos municípios e nos estados, com garantia de estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campo de prática, mediante a integração ensino-serviço-comunidade nas Redes de Atenção à Saúde por meio de um instrumento de contratualização (Figura 4).



Figura 4. Integração ensino serviço considerando as necessidades de saúde do territórios e as diferentes estratégias previstas no Contrato Organizativo de Ações Públicas Ensino Serviço (COAPES) – Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), 2015.

Assim, os termos do COAPES celebram responsabilidades mútuas (das instituições de educação superior, programas de residência(s) em saúde e das Secretaria(s) de Saúde municipal(is) e da estadual, responsabilidades da instituição de educação superior(ies) ou programas de residência em saúde, responsabilidades das secretarias de saúde, atribuições do Controle Social em Saúde e atribuições do Ministério da Saúde e da Educação.

O COAPES estabelece que os recursos necessários para a execução das atividades previstas no contrato serão de responsabilidade das partes e determinado em plano de contrapartida constante dos Planos de Atividades de Integração Ensino- Saúde-Comunidade. O plano de contrapartida sistematiza as ofertas da instituição de ensino para aquele territó-

rio. Essas ofertas devem considerar as demandas e necessidade da rede de saúde do território e para isso devem ser pactuadas com gestores, trabalhadores e usuário do SUS, tendo os Conselhos Estaduais, Municipais e/ou Distritais de Saúde papel importante nessa pactuação. As Modalidades da Contrapartida podem ser:

- oferta para os trabalhadores e gestores da rede de oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em saúde (Figura 5),
- oferta de residência em saúde e
- desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias.



Figura 5. Educação Permanente considerando as necessidades de saúde do territórios e as diferentes estratégias previstas no Contrato Organizativo de Ações Públicas Ensino Serviço (COAPES) – Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), 2015.

Os gestores do SUS serão protagonistas e disparadores do início do processo de contratualização do COAPES no seu território. O objetivo é que o gestor tenha autonomia suficiente para conduzir um processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração ensino-serviço naquele território, fortalecendo os interesse e necessidade que a rede SUS tem na especificidade de cada território.

Ainda estão previstas ações de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria por meio de metas e indicadores nacionais, estabelecidas pela Comissão Executiva Nacional dos COAPES. Após a celebração do contrato deverá ser constituído um Comitê Gestor Local do COAPES que terá como competências acompanhar e avaliar a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da região de saúde, sendo avaliado anualmente cabendo revisão das metas se necessário, com prazo de vigência de cinco anos.

A LEI DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (LEI Nº. 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013) E AS OPORTUNIDADES PARA MELHORA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Lei do Mais Médicos⁵⁹ possui diversos eixos que são mostrados na Figura 6. Após o provimento emergencial que ocorreu por meio de editais de chamadas nacional e internacional, no primeiro ano necessitou de cooperação internacional para preenchimento das vagas, o que não ocorreu no segundo ano do programa, visto de 93% das vagas foram completadas por médicos brasileiros formados no Brasil e os 7% restantes por médicos brasileiros formados no exterior. Paralelamente está havendo am-

pliação e melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e também

está em curso a reorientação da formação com ampliação de vagas na graduação e residência médica e o estabelecimento dos contratos organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

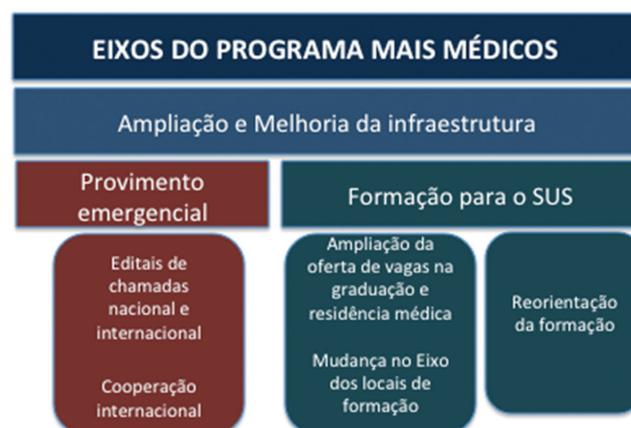


Figura 6. Diferentes eixos de atuação do Programa Mais Médicos – Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Com relação à residência médica, além da oferta de vagas em número equivalente ao número de egressos a partir de 2018, de acordo com a Lei, o ingresso nos programas de residência deve seguir os seguintes requisitos (Figura 7 e 8):

- 2 anos para Medicina de Família e Comunidade,
- 1 ano de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) para ingresso nas especialidades de clínica médica; pediatria; gineco-obstetria; cirurgia geral; psiquiatria; medicina preventiva e social e
- acesso direto: genética médica; medicina do trânsito; medicina do trabalho; medicina esportiva; medicina física e reabilitação médica; medicina legal; medicina nuclear; patologia e radioterapia.



Figura 7. Articulação entre a graduação e residência médica na formação médica com ênfase na Atenção Básica e na Medicina Geral de Família e Comunidade – Fonte: DEPREPS/SGTES, 2013.

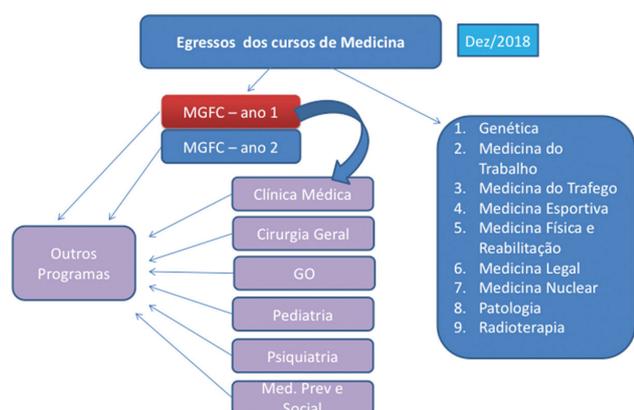


Figura 8. Ordenamento do fluxo de acesso às diversas especialidades médicas de acesso direto (quadro azul) e indireto (demais) com pré requisito de, pelo menos 1 ano na residência em Medicina Geral de Família e Comunidade – Fonte: DEPREPS/SGTES, 2013.

A Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade (R1 e R2)⁶⁰.

Os programas de residência em MGFC deverão garantir a diversidade de espaços de formação como: ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos. Isto gera algumas possibilidades de intervenção na situação atual do atendimento de urgência e emergência, tanto para os profissionais que já foram selecionados nos dois primeiros anos do Programa Mais Médicos, quanto para os médicos recém formados que atuarão nos serviços de saúde antes do início da residência médica. As seguintes sugestões de intervenções podem ser utilizadas:

a) utilização de registro eletrônico dos atendimentos (e-SUS específico para a urgência/emergência traumática e não traumática),

b) uso de protocolos clínicos, de preferência integrados ao registro eletrônico e às Centrais de Regulação de Urgência do SAMU na eventualidade de encaminhamento dos casos clínicos para serviços de saúde de maior complexidade,

c) programação de estudo teórico por ensino à distância e capacitação prática simulada dos profissionais,

d) uso de diferentes estratégias de avaliação: cognitiva, autoavaliação e avaliação 360° com certificação dos resultados.

e) uso de estratégias de supervisão presencial e à distância, que deve estar capacitada do ponto de vista técnico e pedagógico,

f) as enfermeiras que atuam em salas de emergência devem ter uma formação complementar e contínua em medicina de emergência. Deve ser estimulada a abordagem em equipe multiprofissional dos atendimentos dentro das normas técnicas, éticas e de boa comunicação,

g) médicos sem formação devem ter treinamento adicional, educação continuada e supervisão de sua prática. Políticas devem ser instituídas para garantir financiamento para treinamento adicional deverão ser desenvolvidas e

h) todas as medidas acima visam o fortalecimento das redes de atenção à saúde com mapeamento dos fluxos de pacientes e avaliação de indicadores regionais de saúde.

Para a implantação destas intervenções, será necessária uma ampla mobilização que deve se iniciar nas escolas médicas e sociedades de especialidades e instituições afins para que no menor tempo possível possamos avançar e contribuir para este projeto.

OUTRAS MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA A MELHORA DA SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

A Medicina de Emergência como especialidade médica reconhecida

Um grande passo para legitimar a Medicina de Emergência como especialidade foi a “Carta de Gramado”, um abaixo-assinado redigido no primeiro Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, ocorrido em setembro de 2007, e entregue à Comissão Mista de Especialidades Médicas. O intuito foi proporcionar aos pacientes uma consulta com profissionais preparados para atender quaisquer adversidades nas salas de emergências, pois o médico emergencista é aquele que o paciente não tem tempo de escolher⁶¹.

A “Carta de Porto Alegre”, documento oficial do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) sobre fórum realizado em março de 2010⁶², foi um grande marco na transformação e reconhecimento da emergência como especialidade no Brasil. Sobre a crise das emergências, constatou-se:

- Dissociação do trabalho entre serviços de emergência pré- e intra-hospitalar;
- Inoperância do sistema de referência e contrarreferência;
- Financiamento insuficiente (o custo do atendimento é maior do que o valor pago pelo SUS);
- Falta de leitos para acompanhamento após o atendimento na emergência;
- Despreparo dos profissionais que atuam nas emergências;
- Inexistência de central de leitos exclusivos para emergências;
- Ineficiência dos serviços preparados para atender em Urgência e Emergência em número compatível com a necessidade;
- Falta de integração dos gestores nos níveis municipal, estadual e federal;
- Ineficiência da rede básica no atendimento primário, determinando o encaminhamento aos serviços de Urgência e Emergência como forma de resolver o problema do paciente;
- Insuficiência no fornecimento de medicamentos de doenças crônicas, gerando situações de emergência (por exemplo, falta de anti-hipertensivo, aumentando o número de AVCs);
- Remuneração desencorajante para atrair médicos especialistas em Urgências e Emergências;
- Falta de plano de carreira no SUS;
- Deficiência no sistema de comunicação entre os hospitais, o que prejudica o contato ágil e rápido entre o médico que atende o paciente e o médico emergencista que vai recebê-lo;
- Desconhecimento global do sistema (quais são, onde estão e a especialização de cada serviço);
- Inexistência de descentralização regionalizada dos serviços de emergência e urgência;
- Fechamento de hospitais nos municípios e estados, em número crescente.

Considerando a exposição do médico a condições inadequadas de trabalho, que contrariam os princípios fundamentais definidos no Código de Ética Médica, dentre os quais o previsto no inciso II do capítulo I, segundo o qual “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”,

o fórum realizado em março de 2010 elaborou as seguintes proposições:

- Identificar e hierarquizar todas as Emergências Gerais e Especializadas, mediante redes regionais de assistência a pacientes agudos, fazendo valer a referência, bem como a contrarreferência, dos pontos de vista logístico, administrativo, assistencial e financeiro;
- Implementar a Regionalização da Assistência à Saúde, segundo critérios técnicos, nos seus complexos primário, secundário e terciário, visando garantir a assistência a toda a população nas situações agudas;
- Aumentar o número de leitos resolutivos de internação em hospitais de média e alta complexidade, em hospitais próprios do SUS e conveniados, para permitir a transferência de pacientes estáveis das áreas de emergência, a fim de melhorar a capacidade de atendimento dessas unidades;
- Ampliar a rede básica, os respectivos horários de atendimento, assim como os investimentos em infraestrutura, conferindo maior poder resolutivo aos casos de menor e média gravidade, permitindo a contratransferência e a redução da demanda nas Emergências;
- Estabelecer um limite de pacientes graves sob os cuidados do médico emergencista, de acordo com critérios de gravidade;
- Definir a capacidade máxima de atendimento de cada Serviço de Emergência, estabelecendo-se que, em situações de catástrofes, é admitido um incremento de até 20% da capacidade máxima, atribuindo-se a responsabilidade aos gestores, excedido o limite, de providenciar novos locais de atendimento;
- Estabelecer e fazer cumprir um limite máximo de 24 horas para a permanência de um paciente no Serviço de Emergência;
- Determinar que a Central Reguladora de Leitos assumira seu papel de gerenciar os leitos de emergência junto aos hospitais, responsabilizando-se pela agilização de transferência e contratransferência de pacientes, disponibilizando leitos hospitalares na rede pública e privada;
- Orientar o Poder Judiciário a encaminhar as decisões judiciais referentes a pedidos de internação em emergências e UTIs à Central Reguladora de Leitos, responsável pela gerência do setor de saúde, para que defina o local mais apropriado para cumprir a respectiva decisão;

– Implementar uma rede de atendimento para os pacientes psiquiátricos, nos níveis primário, secundário e terciário, garantindo o adequado atendimento nas situações agudas;

– Adotar uma estratificação de risco padrão para todas as Emergências, de acordo com os critérios de gravidade (por exemplo, o modelo “Manchester”), visando ao gerenciamento e ao controle de qualidade;

– Exigir que as Emergências implementem e apliquem protocolos e marcadores de qualidade, bem como métodos de gerenciamento;

– Estimular a formação e fixação do médico no Serviço de Emergência mediante as seguintes ações:

- criar a Especialidade Medicina de Emergência, via Comissão Mista de Especialidades;

- estimular a criação de residências médicas em Medicina de Emergência em todo o País;

- qualificar e capacitar todos os médicos atuantes nas Emergências por meio de cursos, habilitando-os a concorrer ao título de especialista em Medicina de Emergência;

- incentivar a criação da disciplina de Medicina de Emergência em todas as escolas médicas do País;

- implementar um Plano de Cargos e Salários, com remuneração justa e digna aos médicos emergencistas.

Em maio de 2010, a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede – <http://www.abramede.com.br>) protocolou junto ao Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira uma extensa documentação intitulada “Medicina de Emergência no Mundo e Emergência como Especialidade no Brasil”, na qual solicita o reconhecimento de emergência como especialidade e a criação de residências de Medicina de Emergência em todo o País. No seu quinto tópico, denominado “Por que o atual modelo brasileiro não funciona”, mostra as deficiências técnicas que o clínico e o cirurgião apresentam em sua formação de emergência em termos de estágios importantes que não fazem, pouco tempo de duração de estágios básicos, bem como habilidades e aspectos práticos emergenciais que não fazem parte desses programas de residência⁶³.

A discussão sobre este reconhecimento estava na Comissão Mista de Especialidades, composta por representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conse-

lho Federal de Medicina (CFM) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Após exaustiva discussão, a proposta da Câmara Técnica de Urgência e Emergência sobre esta nova especialidade foi aprovada em plenária do Conselho Federal de Medicina (CFM), em abril de 2013.

Em plenária da Comissão Mista de Especialidades realizada em agosto de 2015, a Medicina de Emergência finalmente foi reconhecida como especialidade médica, junto com a área de atuação em emergência pediátrica. Ambas estarão como um projeto piloto em 12 instituições aptas a oferecer cada uma delas e bolsas do programa Pró-Residência. A discussão da Cirurgia do Trauma como especialidade médica não entrou em pauta, mantendo-se como área de atuação.

Este reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica será fundamental para a formação de médicos residentes e futuros professores nesta área, assegurando a continuidade dos esforços que visam à melhoria da qualidade dos serviços de atendimento de urgência e emergência. Além disso, será preciso melhorar a infraestrutura necessária, bem como elaborar e implementar políticas públicas adequadas para garantir qualidade na assistência aos cidadãos.

O reconhecimento de outras áreas com atuação exclusiva em Emergência

Além do reconhecimento da Medicina de Emergência, atualmente existem no Brasil outras duas áreas cujo foco é a atuação em urgência e emergência: a Cirurgia do Trauma e a Emergência Pediátrica.

A Cirurgia do Trauma era reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) como uma especialidade médica até 2003, e depois passou a ser considerada uma “área de atuação”, o que se mantém até hoje. Esta área existe no meio acadêmico desde 1987 quando a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) criaram Disciplinas de Cirurgia do Trauma em seus respectivos Departamentos de Cirurgia, com programas de residência médica com dois anos de duração, tendo como pré-requisito a Cirurgia Geral (programa de dois anos de duração). Atualmente a Cirurgia do Trauma é uma área de atuação da Cirurgia Geral com programa de residência médica de apenas um ano de treinamento

e a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), designada pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) em 2008 como a entidade representativa do atendimento ao trauma em nosso país, não conseguiu ainda ampliar o programa de residência para dois anos de duração. Atualmente existem 22 programas de área de atuação em Cirurgia do Trauma no Brasil, todos com coordenadores associados à SBAIT, que tem trabalhado na organização de atividades educacionais em conjunto entre esses programas. Interessante destacar o movimento extra curricular nos cursos de graduação de Ligas do Trauma, sendo que já existem mais de 100 no Brasil e 80 são filiadas ao Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma (CoBraLT - <http://cobralt.com.br>).

Na pediatria, a Sociedade Brasileira de Pediatria já aprovou que seja reativado o programa de residência médica na área de atuação em Emergência Pediátrica, com um ano de duração, tendo como pré requisito a residência em Pediatria.

Dessa maneira, com o reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade e da Cirurgia do Trauma e Emergência Pediátrica como áreas de atuação, tendo a supervisão de suas respectivas sociedades médicas, será possível melhorar a formação dos profissionais médicos para atuarem em urgência e emergência, e formar futuros preceptores e professores universitários.

A Medicina de Emergência como carreira de estado dentro do SUS

É necessária uma estratégia para melhor valorização, capacitação dos preceptores, política salarial e fixação dos profissionais que fazem a opção de atuar na área de urgência e emergência como uma carreira profissional. As medidas abaixo podem ser implantadas fazem parte de uma proposta da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE):

1 - trabalhar na linha de frente do atendimento no máximo durante 25 anos. Depois disso, se não tiver uma aposentadoria especial deve ser deslocado para uma outra função, de acordo com seu perfil: gestão, ensino, pesquisa etc.

2 - deve ter um mês de férias por semestre, e

3 - gratificação de 100 por cento no salário.

Está em tramitação na Câmara dos Deputados a Proposta de Emenda Constitucional 454/2009, que estabelece diretrizes para a organização de uma carreira única de médicos, mantida pela União, mas com exercício nos serviços públicos federal, estadual e municipal.

REFERÊNCIAS

1. Alagappan K, Holliman CJ. History of the Development of International Emergency Medicine. *Emerg Med Clin N Am* 2005; 23: 1-10.
2. Suter ER. Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World J Emerg Med* 2012, Vol 3 (1): 5-10.
3. Clerkship Directors in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clerkship Primer*. Disponível em: http://www.saem.org/docs/students/em-clerkship-primer_0_0.pdf?sfvrsn=2. Acesso em: 02 de agosto de 2015.
4. Wald D, Lin M, Manthey DE, Rogers RL, Zun LS, Christopher T. Emergency Medicine in the Medical School Curriculum. *Acad Emerg Med* 2010; 17: S26-S30.
5. Hockberger RS, Binder LS, Graber MA, Hoffman GL, et al. The Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med*. 2001; 37: 745-770.
6. Hockberger RS, LaDuca A, Orr NA, Reinhart MA, Sklar DP. Creating the model of a clinical practice: the case of emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2003; 10:161-8.
7. Hockberger RS, Binder LS, Chisholm CD, et al. The model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: a 2-year update. *Ann Emerg Med*. 2005; 45:659-74.
8. Thomas HA, Binder LS, Chapman DM, et al. The 2003 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: the 2005 update. *Acad Emerg Med*. 2006; 13:1070-3.
9. Thomas HA, Beeson MS, Binder LS, et al. The 2005 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: the 2007 update. *Ann Emerg Med*. 2008; 52:e1-e17.
10. Perina DG, Beeson MS, Char DM, et al. The 2007 model of the clinical practice of emergency medicine: the 2009 update. *Acad Emerg Med* 2011;18:e8-26.
11. Counselman FL, Borenstein, Chisholm CD, et al. The 2013 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2014; 21:574-598.
12. Beeson MS, Carter WA, Christopher TA, et al. The development of the emergency medicine milestones. *Acad Emerg Med* 2013; 20: 724-9.
13. Beeson MS, Marco CA, Nelson RN, Korte RC. Components of the Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: a survey of American Board of Emergency Medicine diplomates. *J Emerg Med*. 2013; 44(6):1153-66.
14. Santen SA, Peterson WJ, Khandelwal S, et al. Medical Student Milestones in Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2014; 21: 905-911.
15. Beeson MS, Carter WA, Christopher TA, et al. Emergency medicine milestones. *J Grad Med Educ*. 2013; 5(1S):5-13.
16. Ling LJ, Beeson MS. Milestones in emergency medicine. *J Acute Med* 2012;2:65-9.

17. Beeson MS, Holmboe E, Korte RC, et al. Initial validity analysis of the emergency medicine milestones. *Acad Emerg Med* 2015; 22: 838–44.
18. Chan TM, Wallner C, Swoboda TK, Leone KA, Kessler C. Assessing interpersonal and communication skills in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2012;19:1390–402.
19. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrener CA. Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for Physicians. *Academic Medicine*. 2013;88(8): 1088-1094.
20. Korte BC, Beeson MS, Russ CM, Carter WA. The emergency medicine Milestones: a validation study. *Acad Emerg Med* 2013;7: 730–5.
21. Santen S, Rademacher N, Heron SL, Khandelwal S, Hauff S, Hopson L. How Competent Are Emergency Medicine Interns for Level I Milestones: Who Is Responsible? *Acad Emerg Med* 2013; 20:736–739
22. Hauff, SR, Hopson LR, Losman E, Perry MA, Lypson ML, Fischer J, Santen S. Programmatic Assessment of Level I Milestones in Incoming Interns. *Acad Emerg Med* 2014;21:694–698.
23. Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Emergency Medicine. The Emergency Medicine Milestone Project. Disponível em: https://www.abem.org/PUBLIC/_Rainbow/Documents/EMMilestonesMeeting4_Final1092012.pdf. Acesso em 02 de agosto de 2015.
24. Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Med Teach* 2011;33(6):478-85.
25. Kessler CS & Leone KA. The Current State of Core Competency Assessment in Emergency Medicine and a Future Research Agenda: Recommendations of the Working Group on Assessment of Observable Learner Performance. *Acad Emerg Med* 2012; 19:1354–1359.
26. Sherbino J, Bandiera G, Frank JR. Assessing competence in emergency medicine trainees: an overview of effective methodologies. *CJEM* 2008;10(4):365-71. 27. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The next GME accreditation system—rationale and benefits. *N Engl J Med*. 2012; 366:1051–6.
27. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The next GME accreditation system—rationale and benefits. *N Engl J Med*. 2012; 366:1051–6.
28. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA* 2009;302(12):1316-26.
29. Ketteler ER, Auyang ED, Beard KE, et al. Competency Champions in the Clinical Competency Committee: A Successful Strategy to Implement Milestone Evaluations and Competency Coaching. *Journal of Surg Educ*. 2014; 71 (1): 36-8.
30. Kman NE, Bernard AW, Martin DR, et al. Advanced topics in emergency medicine: curriculum development and initial evaluation. *West J Emerg Med*. 2010; 12:543–50.
31. Manthey DE, Ander DS, Gordon DC, et al. Clerkship Directors in Emergency Medicine (CDEM) Curriculum Revision Group. Emergency medicine clerkship curriculum: an update and revision. *Acad Emerg Med*. 2010; 17:638–43.
32. Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G, et al. International Federation for Emergency Medicine model curriculum for emergency medicine specialists. *CJEM* 2011;13(2):109-21.
33. Association of American Medical Colleges. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency: Curriculum Developers' Guide 2014.
34. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, Van Der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach* 2015: 1-20.
35. Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ* 2013;5:157–8.
36. Beeson MS, Warrington S, Bradford-Saffles A, Hart D. Entrustable professional activities: making sense of the emergency medicine milestones. *Journal of Emerg Med* 2014, 47 (4): 441–452.
37. Bozorgmehr K, Saint V, Tinnemann P. The “global health” education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation, and practice. *Global Health*. 2011; 7:8.
38. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014;370(10):950-7.
39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
40. Goldner B, Bollinger R. Global health education for medical students: new learning opportunities and strategies. *Med Teach* 2012; 34:e58–63.
41. Stys D, Hopman W, Carpenter J. What is the value of global health electives during medical school? *Med Teach*. 2013; 35:209–18.
42. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf. Acesso em: 20 de julho 2015.
43. Machado MH, coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>. Acesso em 08 de agosto de 2015.
44. Pereira Jr GA. Emergências Médicas: a quem interessa? Apresentação do Simpósio Trauma II. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)* 1999;32(4):377-80. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/apresentacao32n4.pdf>. Acesso em 08 de agosto de 2015.
45. Urgência e Emergência: Reconhecimento está na pauta do CFM. *Journal Medicina*, Ano xxVI, n. 201, pag. 5, out. 2011.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência: Portaria GM/MS no 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102p.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.863/GM de 29 de setembro de 2003. Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, no 193, de 6 de outubro de 2003. Brasília, 2003.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.864/GM de 29 de setembro de 2003. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. *Diário Oficial da União*, no 193, de 6 de outubro de 2003. Brasília, 2003.
49. SBAIT. COBEM 2012. *Revista Emergência, Espaço do Trauma* 2012; 44: 18. Disponível em: <http://www.sbit.org.br/espaco/2012/2012-11-Ed44.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2015.
50. Fraga GP, Pereira Jr GA, Fontes CER. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de gradua-

- ção em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014: 41-56.
51. Santen SA, Deiorio NM, Gruppen LD. Medical education research in the context of translational science. *Acad Emerg Med* 2012; 19:1323-7.
 52. Fessler HE. Undergraduate medical education in critical care. *Crit Care Med*. 2012; 40:3065-9.
 53. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://academiamedica.com.br/novas-diretrizes-curriculares-curso-de-medicina-2014>. Acesso em: 06 de agosto de 2015.
 54. Kwiatkowski T, Rennie W, Fornari A, Akbar S. Medical students as EMTs: skill building, confidence and professional formation. *Med Educ Online* 2014, 19: 24829.
 55. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, Blondon K, Douglas Schaad, Liner D, Zierler B. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Saf* 2013;22:414-423.
 56. Baker VO, Cuzzola R, Knox C, Liotta C, Cornfield CS, Tarkowski RD, Masters C, McCarthy M, Sturdivant S, Carlson JN. Teamwork education improves trauma team performance in undergraduate health professional students. *J Educ Eval Health Prof* 2015, 12: 36.
 57. Nicksa GA, Anderson C, Fidler R, Stewart L. Innovative Approach Using Interprofessional Simulation to Educate Surgical Residents in Technical and Nontechnical Skills in High-Risk Clinical Scenarios. *JAMA Surg*. 2015;150(3):201-207.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS no 1.124/2015 de 04 de agosto de 2015. Disponível em: <http://www.crub.org.br/?p=4481>. Acesso em 20 de agosto de 2015.
 59. Brasil. Lei 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 dez. de 1993, e no 6.932, de 7 jul. de 1981. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013*. Acesso em 20 de agosto de 2015.
 60. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução No 1, de 25 de maio de 2015. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26824639_RESOLUCAO_N_1_DE_25_DE_MAIO_DE_2015.aspx. Acesso em 20 de agosto de 2015.
 61. Bloem CMCP, Bertuzzi BD. Medicina de Emergência no Brasil e no Mundo. *Medicina de Emergência no Brasil e no Mundo*. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. (Org.). *Pronto-Socorro*. 2.ed. São Paulo: Manole; 2008. p. 1-7.
 62. Carta de Porto Alegre, março de 2010. Disponível em: <http://www.abramede.com.br/862/conselho/>. Acesso em 22 de agosto de 2015.
 63. *Medicina de Emergência no Mundo e Emergência como Especialidade no Brasil*, maio de 2010. Disponível em: <http://www.abramede.com.br/tag/medicina-de-emergencia/>. Acesso em 22 de agosto de 2015.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gerson Alves Pereira Júnior
 Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
 Rua Bernardino de Campos, 1000
 Higienópolis - Ribeirão Preto
 CEP 14015-130 SP
 E-mail: gersonapj@fmrp.usp.br

O Ensino de Psiquiatria/Saúde Mental pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp

Eloisa Helena Rubello Valler Celeri^I / Renata Cruz Soares de Azevedo^I / Claudio Eduardo Muller Banzato^{II} / Antonio Carvalho de Avila Jacintho^{III} / Paulo Dalgallarrondo^{II}

Palavras-chave: Ensino. Saúde Mental. Psiquiatria.

RESUMO

Este artigo descreve a forma como o ensino de psiquiatria/saúde mental é organizado e oferecido durante o curso de graduação em Medicina pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-Unicamp). Os autores descrevem as seis disciplinas e apontam as mudanças e reajustes programados para ocorrer a partir de 2016 em resposta às novas diretrizes curriculares.

INTRODUÇÃO

O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da FCM-Unicamp, desde sua criação em 1966, sempre teve como característica marcante a dedicação à atividade docente-assistencial e às pesquisas nas áreas de saúde mental e psicopatologia. A diversidade dos referenciais teóricos e das abordagens de aspectos conceituais, clínicos e psicossociais se manteve ao longo de sua história, com uma forte tradição de estudos nas áreas de psicopatologia, epidemiologia psiquiátrica, psicanálise, psiquiatria no hospital geral, psiquiatria cultural e assistência, contribuições pelas quais é bastante reconhecido no País

e que marcam a forma como a psiquiatria é ensinada durante o curso de graduação e a residência médica. Mais recentemente, pesquisas com métodos clínico-qualitativos na área da saúde, antropologia, etologia e o estudo conceitual da nosologia psiquiátrica também se desenvolveram com sucesso no âmbito do departamento, juntamente com a colaboração continuada em pesquisas empíricas nas áreas de genética, neurologia e química (metabonômica).

Em sintonia com sua missão e com o momento de mudanças curriculares que vivenciamos, o DPMP tem discutido amplamente seu papel na formação do médico e sua inserção no curso de graduação em Medicina. Entendemos a psiquiatria/saúde mental como uma das grandes áreas da Medicina e não apenas como uma de suas especialidades, e temos defendido com veemência, nas instâncias institucionais competentes, a necessidade de que a carga horária durante a graduação de nossa especialidade reflita sua importância em termos de saúde pública, o que não acontece hoje no currículo do curso de Medicina da FCM-Unicamp e da maioria das faculdades, não só no Brasil.

Este posicionamento, na verdade, está em consonância com a proposição da OMS^I de que “não há saúde sem

^I Professora Doutora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-Unicamp)

^{II} Professor Titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-Unicamp).

^{III} Médico Assistente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-Unicamp).

saúde mental”, declaração também referendada pela Organização Pan-Americana de Saúde, Federação Mundial de Saúde Mental e UK Royal College of Psychiatrists².

Ao programar e organizar suas disciplinas no curso de graduação, o DPMP, respeitando sua história e especificidades, tem procurado considerar estas recomendações^{1,2,3,5} adaptando-as à nossa realidade institucional.

Atualmente, são seis as disciplinas a cargo do DPMP, sendo quatro delas com conteúdo específico de psiquiatria e saúde mental.

Este artigo tem por objetivo descrever o conteúdo ministrado por cada uma destas disciplinas, apontando os ajustes que consideramos fundamentais e necessários a fim de dar aos nossos alunos uma formação em psiquiatria/saúde mental capaz de proporcionar-lhes habilidades cognitivas e afetivas de comunicação, de avaliação do estado mental e avaliação, reconhecimento e planejamento terapêutico dos transtornos mentais mais prevalentes (comportamento suicida e autolesivo, depressão, ansiedade, somatizações, estados confusionais, uso de risco de substâncias e quadros psicóticos).

Primeiro Ano – Medicina e Saúde

Iniciamos o contato com os alunos de Medicina no segundo semestre do primeiro ano na disciplina denominada Medicina e Saúde. Esta tem por objetivo o desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação interpessoal e de observação, fundamentais para o exercício da medicina. Procuramos, também, levar o aluno a refletir sobre a formação da identidade profissional e a influência dos modelos positivos e negativos de prática nesta construção.

Entendemos que o ensino destes temas não deva ficar, exclusivamente, a cargo do Departamento de Psiquiatria, pois estas são questões da Medicina e não de uma especialidade e, assim, partilhamos esta disciplina com docentes do Departamento de Clínica Médica.

Sua programação⁴ inclui ainda discussões sobre a História da Medicina e a História da Morte no Ocidente, enfatizando a existência de uma genealogia que sustenta nossa prática e nossos valores.

Durante as atividades teórico-práticas, que visam contribuir para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e observação, empregamos:

Consultas simuladas filmadas, protagonizadas por um professor e um ator – nestas consultas, uma mesma situação clínica é conduzida de três formas diferentes e com o mesmo tempo de duração. Na primeira, o médico age de forma autoritária, rude, sem dar o espaço necessário às demandas do paciente, que tem seus comportamentos julgados durante a consulta. Na segunda, o médico se comporta de forma polida, mas ainda com uma série de julgamentos de valor em relação ao paciente. Na terceira consulta, o médico procura criar uma parceria real e empática com o paciente, que finalmente se sente à vontade para expressar suas preocupações, trazendo questões não abordadas nas formas relacionais anteriores. A discussão é aberta após cada estilo de consulta para que os estudantes comentem, critiquem e façam sugestões ao médico.

Consultas caricatas – a sala de aula se transforma num consultório simulado, em que professor e ator representam um atendimento conduzido de forma particularmente inadequada, mas bastante real e comum. O médico não acolhe as demandas do paciente, disputa com ele a palavra e o ameaça com as complicações da doença, usando o medo como principal instrumento de convencimento. Aqui, porém, o paciente-ator tem uma característica especial: ele não se cala e frequentemente interrompe a consulta e compartilha com os estudantes o que pensa e sente em resposta às atitudes do médico.

Segundo Ano – Neurociências Clínicas

Esta disciplina, da qual participam também docentes dos Departamentos de Genética, Neurologia e Farmacologia, tem por objetivo o estudo dos fundamentos de neurociências relacionados às condições clínicas da neurologia, neuropsicologia e psiquiatria, assim como seus tratamentos, iniciando o aluno no conhecimento dos processos comportamentais e mentais que estão na base da neurologia, psiquiatria e neuropsicofarmacologia, com uma visão integrada do homem.

O curso divide-se em sete partes:

I. NOÇÕES BÁSICAS PARA NEUROCIÊNCIAS CLÍNICAS

I.1 – Evolução do cérebro humano

I.2 – Mecanismos de ação de drogas no SNC

1.3 – Herança complexa em indivíduos normais, comportamento e condições neuropsiquiátricas

1.4 – A relação mente-cérebro e os transtornos neuropsiquiátricos

2. CÓRTEX CEREBRAL E SUAS DISFUNÇÕES CLÍNICAS

2.1 – Eletroencefalografia, epilepsia, tratamento da epilepsia

2.2 – Seminário Clínico 1: casos clínicos de epilepsia

2.3 – Transtornos do sono

2.4 – Rebaixamento da consciência, delirium e os estados de coma

2.5 – Neuropsicologia do lobo frontal

2.6 – Cérebro, linguagem e as afasias

2.7 – Memória, amnésia e demências, envelhecimento do cérebro e suas repercussões clínicas

2.8 – Seminário Clínico 2: neuroanatomia, neuroimagem e a clínica do envelhecimento do cérebro

3. CÉREBRO E ESTADOS AFETIVOS

3.1 – Emoções, estados afetivos e cérebro

3.2 – Transtornos ansiosos e transtornos depressivos

3.3 – Tratamento dos transtornos depressivos e transtornos ansiosos

3.4 – Transtorno afetivo bipolar (TAB)

3.5 – Tratamento do transtorno bipolar

4. CÉREBRO, INTEGRAÇÃO E APREENSÃO DA REALIDADE

4.1 – Transtornos psicóticos: esquizofrenia e outras psicoses

4.2 – Bases neurocientíficas do tratamento dos transtornos psicóticos

4.3 – Seminário Clínico 4: casos clínicos de psicoses

5. CÉREBRO, IMPULSOS E DESEJOS BÁSICOS

5.1 – Transtornos do comportamento alimentar

5.2 – Cérebro e sexualidade

5.3 – Seminário de bases conceituais 2: a questão da diversidade sexual

5.4 – Seminário de bases conceituais 3: o conceito de normalidade, a medicalização do comportamento e dilemas contemporâneos dos transtornos neurocomportamentais

5.5 – Uso de substâncias psicoativas e seus transtornos

5.6 – Tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

5.7 – Seminário Clínico 5: casos clínicos de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

5.8 – A farmacologia dos principais psicofármacos e anticonvulsivantes

5.9 – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os mecanismos cerebrais da atenção e do controle do impulso

6. CÉREBRO E A MONITORIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO

6.1 – Transtornos de conduta, mecanismos cerebrais relacionados à agressividade

6.2 – Personalidade e transtornos de personalidade

7. CÉREBRO, COGNIÇÃO E CONTATO COM O OUTRO: O CÉREBRO SOCIAL

7.1 – Deficiências intelectuais

7.2 – Autismo e cérebro social

7.3 – Seminário Clínico 6: a diferenciação entre deficiência intelectual e autismo

Artigos recentes de revisão sobre os temas são utilizados como bibliografia. É recomendado que nas aulas com temas clínicos o docente inclua casos clínicos ou aspectos ou trechos de casos clínicos reais, para transmitir ao aluno a clínica de forma vívida e realista.

Sugere-se a todos os docentes que incluam em suas aulas a questão da arte e da dimensão pessoal, através, por exemplo, do “Artista do Tema”. Nas aulas sobre esquizofrenia, epilepsia, depressão, dependência de substâncias, autismo, etc., que seja incluído artista – pintor, escultor, escritor, poeta, músico, personagem social ou político – que tem ou teve a doença e produziu sua obra com alguma conexão com ela. Isto é absolutamente opcional, apenas para tornar as aulas mais atraentes e instigantes para os alunos e mostrar uma dimensão mais ampla e humana dos temas/doenças/transtornos estudados.

Terceiro Ano – Semiologia

Como parte do módulo Semiotécnica da Observação Clínica, o Departamento de Psiquiatria iniciou neste ano o submódulo Semiologia Psiquiátrica, com uma programação teórico/prática abrangente no que diz respeito não só

à especialidade Psiquiatria, como também à formação médica geral, pois inclui aulas e discussões sobre habilidades de comunicação, observação sistemática do comportamento, construção do raciocínio clínico, formulação diagnóstica, planejamento terapêutico e engajamento do paciente no tratamento proposto. Entendemos que é da máxima importância incluir a semiologia psiquiátrica no momento em que o aluno é pela primeira vez apresentado à semiótica da observação clínica. Isto sinaliza claramente que a semiologia psiquiátrica é parte integral da avaliação médica geral e não um adendo à mesma, realizado apenas em alguns casos e de forma parcial. A observação clínica é incompleta se não registrar, ainda que de forma abreviada, o estado mental do paciente. Consideramos estratégica a participação nesta disciplina no movimento de compreender a Saúde Mental como uma das grandes áreas da medicina, trazendo-a para o foco dos esforços para melhorar o cuidado ao paciente. Seu programa teórico inclui os temas listados a seguir, que são reiteradamente abordados nas atividades práticas com pacientes:

- Relação médico-paciente, habilidades de comunicação;
- Situações e contextos clínicos, fontes de informação, acompanhantes, conflitos de interesse, sigilo;
- Anamnese: queixa principal e elaboração da história clínica;
- Anamnese: personalidade e história de vida;
- Exame do estado mental: visão geral;
- Exame do estado mental: consciência e cognição;
- Exame do estado mental: humor e afeto, volição e psicomotricidade;
- Exame do estado mental: relação com a realidade;
- Raciocínio clínico e formulação diagnóstica;
- Síndromes psiquiátricas (transtornos de ansiedade e transtornos afetivos);
- Síndromes psiquiátricas (transtornos psicóticos e transtornos orgânico-cerebrais);
- Final da consulta: discussão do diagnóstico e do plano terapêutico com o paciente, a questão do engajamento, adesão.

Quarto Ano – Módulo Psiquiatria

Atualmente, grupos de oito a dez alunos passam 15 períodos (três semanas) na Enfermaria e Ambulatórios de

Psiquiatria e Interconsulta Psiquiátrica e Ligação, acompanhando os atendimentos realizados pelos residentes e as discussões com docentes e médicos assistentes, e, na Enfermaria de Psiquiatria, entrevistam os pacientes com auxílio eventual do professor.

Esta disciplina tem por objetivo capacitar o aluno a realizar anamnese e exame do estado mental, registrando as informações de modo claro e ordenado; reconhecer as principais síndromes e transtornos psiquiátricos mais frequentes; integrar as informações referentes aos processos diagnósticos e terapêuticos, indicando condutas para as situações mais comuns na prática clínica; e propor uma conduta inicial na construção de um planejamento terapêutico para os transtornos psiquiátricos mais frequentes, sempre mantendo em mente a importância da contextualização cultural, social e familiar.

Além das atividades práticas, os alunos cumprem uma programação teórica que inclui os seguintes tópicos: síndromes psiquiátricas, transtornos mentais mais comuns, transtornos psicóticos, dependências de substâncias psicoativas: avaliação e tratamento, transtornos mentais mais comuns na infância e adolescência.

Este módulo, com base nas reformulações curriculares ora em andamento na FCM-Unicamp, passará a fazer parte da grade horária do quinto ano (Internato I). Sua carga horária será ampliada, passando a incluir estágios nos Ambulatórios de Psiquiatria do Idoso e Psiquiatria de Adolescentes, subáreas fundamentais para a formação de um médico generalista, além da ampliação da passagem pelo Setor de Psiquiatria de Interconsulta e Ambulatório Geral.

Com a mudança deste módulo para o quinto ano, durante o quarto ano os alunos passarão a realizar atendimentos e discussões das questões de Saúde Mental/Psiquiatria nas UBS, iniciando, assim, o atendimento de pacientes com questões menos complexas que as daqueles que depois serão atendidos na Enfermaria e nos Ambulatórios do HC-Unicamp, criando uma espiral ascendente em complexidade.

Sexto Ano – Unidade de Emergência Referenciada (UER)

Terminamos a formação do médico geral com a passagem pelo estágio na Unidade de Emergência Referenciada e nos leitos de observação da Psiquiatria (Internato 2).

Como parte do internato na Emergência, os alunos atendem e conduzem as emergências psiquiátricas mais frequentes na prática médica, tornando-se capazes de realizar anamnese e exame do estado mental, diagnosticar as principais síndromes e transtornos psiquiátricos, indicando avaliações e exames complementares pertinentes ao esclarecimento diagnóstico dos quadros, integrando as informações e indicando as condutas adequadas.

Este estágio inclui uma programação teórica específica com os seguintes temas: emergências psiquiátricas, crises psicóticas, agitação psicomotora, comportamento suicida, emergências com álcool e outras drogas.

AMBULATÓRIO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O PRÓ-SAÚDE

A Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp tem tentado ampliar a inserção de conteúdos teóricos e atividades teórico-práticas em Psiquiatria/ Saúde Mental ao longo da graduação. Entre estas iniciativas destaca-se uma atividade já inserida no currículo e uma ação empreendida no âmbito do Pró-Saúde.

A primeira refere-se à participação, desde 2007, dos alunos do internato no estágio de Ginecologia (quinto ano, disciplina MD942 – Atenção Integral à Saúde da Mulher I), no acompanhamento do atendimento, supervisão de caso e discussão em equipe, de mulheres adolescentes e adultas vítimas de violência sexual. Esta experiência visa proporcionar aos alunos uma visão ampliada do cuidado às pessoas que estão vivenciando o sofrimento decorrente deste trauma, porém passível de ser minimizado quando atendido por profissionais capacitados para lidar com a situação. Uma docente psiquiatra, inserida numa equipe composta por ginecologista, psicóloga, assistente social e enfermeira, acompanhada de alunos de residência médica e pós-graduação em Psiquiatria, tem recebido, ao longo de todo o ano, alunos de graduação que semanalmente participam desta atividade. Durante estes oito anos, temos observado a crescente sensibilização dos alunos e esperamos contribuir para a formação de médicos com capacidade de cuidar desta demanda de forma tecnicamente adequada e, principalmente, humanizada.

Uma segunda iniciativa foi a escolha da capacitação na abordagem de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, medi-

camentos) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, entre outras) como tema do Pró-Saúde 2012-2014⁶. Embora o uso de SPA e suas consequências sejam largamente reconhecidos como problema de saúde pública, o ensino da abordagem destes usuários em cursos de graduação da área da saúde ainda é reduzido. Considerando isto, foram implementadas inserções curriculares, notadamente nas disciplinas com atuação na atenção primária, que incluíram a importância da correta detecção do uso de risco e formas de abordagem dos casos mais brandos, além de medidas de encaminhamento de situações mais complexas. As estratégias envolveram estudantes de graduação, docentes e profissionais da rede municipal inseridos no ensino. Espera-se com isto consolidar a linha de cuidado em dependência química e futuramente modificar o cenário atual, constituído ainda por uma visão moralizante e desprovida de ferramentas para abordar os pacientes e seus familiares.

CONCLUSÃO

Como professores de medicina, temos clareza da importância do ensino de nossa especialidade e da necessidade de um aumento da inserção longitudinal e prática da saúde mental no currículo de graduação, não apenas nos serviços hospitalares, mas também na rede pública de atenção, segundo uma lógica de grande área da saúde, e não a de uma simples especialidade médica.

Sabemos que mudanças curriculares sempre enfrentam desafios práticos consideráveis, mas estamos plenamente convencidos de que estes aprimoramentos são necessários e fundamentais para garantir a adequada formação em psiquiatria/saúde mental de nossos alunos.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen Denmark: WHO European Ministerial Conference.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko M, Phillips MR, Rahman A. Global Mental Health I No health without mental health 2007; 370: pp 859-877.
3. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinatch S, Ulkuer N, Rahman A. Global Mental Health 2 Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. 2010; 20-30.

4. Schweller M. Metodologias Ativas para o Ensino de Empatia na Graduação em Medicina: Uma Experiência da Unicamp. Cadernos ABEM 2014;10:36-46.
5. Bell S, Kapur S. A new strategy for medical education and training in psychiatry, 2011.
6. Lamas JLT, Zanolli ML, Azevedo RCS. Integração ensino-serviço nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia na rede de atenção à saúde, com implementação de modelo de linha de cuidado aos usuários de álcool, tabaco, crack e outras drogas”. PRO-SAÚDE/PET-Saúde, Ministério da Saúde, 2015.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eloisa Helena Rubello Valler Celeri
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas
Cidade Universitária Zeferino Vaz - Campinas
CEP: 13083-887 SP
E-mail: evaller@fcm.unicamp.br

Avaliação da Escola Médica: Reflexões sobre os Sistemas Nacionais de Avaliação

Rosana Alves^I | Angélica Maria Bicudo^{II}

Palavras-chave: Educação Médica. Análise Qualitativa. Avaliação de Curso.

RESUMO

Introdução: A escola médica (EM) de qualidade é ponto primordial para a formação de médicos competentes, sendo esta a responsabilidade do INEP/MEC, por meio da avaliação. A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ABEM) é um projeto que acompanha EM neste processo avaliativo. **Objetivos:** Refletir sobre os instrumentos de avaliação da EM. **Metodologia:** Entre 2006 e 2010, 20 EM aderiram ao projeto da CAEM/ABEM, incluindo visita *in loco*. Estas foram convidadas a participar deste estudo, com envio dos relatórios de avaliação CAEM e INEP/MEC. Foi realizada análise de conteúdo. Resultados: Foram analisados os documentos de onze EM, dentre eles, relatórios CAEM(11), ENADE(07) e Reconhecimento de curso(04). Categorias: Corpo docente/preceptorial; Integração ensino-serviço; Participação discente; Sistema de avaliação e Questionário do estudante. **Conclusões:** (1) Relatórios do INEP e ENADE são sintéticos; (2) Grande dificuldade em efetivar a integração com a rede de saúde; (3) Resistência docente à mudança, principalmente na Atenção Primária; (4) Dificuldades e fortalezas não detectadas pelo MEC em EM com ENADE nota 5; (5) Ne-

cessidade em discutir os objetivos e o momento da aplicação do Questionário do estudante.

INTRODUÇÃO

O ensino médico no Brasil completou 200 anos de história, mas apenas nos últimos anos sua avaliação tem recebido a devida importância. Há uma cultura, não pertinente, de avaliar o médico recém-formado, e não a escola que o formou, seguindo um ditado antigo: “se o médico é bom, a escola que o formou é boa”; da mesma forma, o inverso pode também ser uma inverdade.

O Ministério da Educação (MEC) tem aprimorados instrumentos de avaliação de cursos de Medicina, tendo por meta um ensino de qualidade que forme médicos competentes para o sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Formar um médico competente, humano, crítico e reflexivo é a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN^{2,3}. O estudo e a organização das DCN visam em primeiro lugar a sociedade, que terá um médico competente para melhor atender à população e as suas necessidades e promover saúde. Interessam também ao Ministério da Saúde, que deverá receber um profissional atualizado, que aprendeu a buscar a melhor informação, numa contínua análise crítica das novas tecnologias e dos

^I Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

^{II} Professora Livre Docente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

métodos diagnósticos e terapêuticos, assim como o melhor custo-benefício. Também é de interesse das organizações civis envolvidas com a qualidade da formação médica, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), acompanhar as mudanças nas Instituições de Ensino Superior (IES) que promovem esta formação.

Cabe ao MEC regular esta formação, por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), onde a análise é realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em intervalos de tempo regulados, por meio de instrumentos de autorização e reconhecimento de cursos de graduação e pelo Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade)¹.

Muitas IES têm se organizado na avaliação institucional e de seus cursos, com a Comissão Própria de Avaliação (CPA) e a formação de núcleos de estudos em educação médica, com o objetivo de estudar e pesquisar todos os componentes envolvidos na formação médica, do ingresso até a especialização e educação permanente.

Após mais de uma década da publicação das DCN de Medicina de 2001, as escolas médicas ainda caminham para sua implantação e, ao mesmo tempo, analisam as novas DCN, de 2014. Estas vêm fortalecer a promoção de melhorias da qualidade da formação, mas encontram desafios em sua implantação. Para tudo e a cada momento, a melhor forma de acompanhar esse processo é a avaliação.

OBJETIVOS

Refletir sobre os instrumentos de avaliação da escola médica, com base nos relatórios dos processos avaliativos dos cursos de Medicina conduzidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/MEC e pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ABEM), nas características e nos indicadores mais relacionados às diretrizes.

METODOLOGIA

As escolas médicas que aderiram ao Projeto CAEM/ABEM, ocorrido entre 2006 e 2010⁴, foram convidadas a

participar deste estudo qualitativo, com a finalidade de analisar documentos e relatórios de avaliação, realizada pela Caem, Inep/MEC ou outra organização, no mesmo período. Foi feita análise de conteúdo confidencial, com categorização, descrição e interpretação⁵.

Avaliação das escolas médicas

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394 de 1996) acaba com o currículo mínimo, passando ao Conselho Nacional de Educação a responsabilidade de definir as DCN. Além disso, ressalta a prática avaliativa como o caminho para melhoria da qualidade da educação.

A avaliação sob a ótica do Sinaes

O Sinaes, criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004³, é formado por três componentes principais: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Ele possui uma série de instrumentos complementares: autoavaliação, avaliação externa, Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação (censo e cadastro). Os processos avaliativos são coordenados e supervisionados pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes). A operacionalização é de responsabilidade do Inep.

São objetivos do Sinaes:

- Identificar mérito e valor das instituições, áreas, cursos e programas, nas dimensões de ensino, pesquisa, extensão, gestão e formação;
- Melhorar a qualidade da educação superior e orientar a expansão da oferta;
- Promover a responsabilidade social das IES, respeitando a identidade institucional e a autonomia.

Desde 2004, o Sinaes rege a avaliação dos cursos de graduação. As escolas médicas pertencentes ao sistema federal de avaliação foram avaliadas pelo instrumento de reconhecimento de curso, que sofreu algumas modificações desde então. Este sistema se fundamenta na avaliação institucional, de cursos e de estudantes. A avaliação institucional, interna e externa, considera dez dimensões, e a avaliação de curso analisa três dimensões: organização didático-pedagógica; corpo docente, corpo discente e corpo técnico-administrativo; instalações físicas.

De acordo com a Portaria Normativa nº 40, de 12/12/20076, o Enade, que integra o Sinaes, objetiva aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos previstos nas DCN e as habilidades e competências adquiridas em sua formação. Segue ciclos avaliativos de três anos. Implantado em 2004, inicialmente para ingressantes e concluintes, passou a ser aplicado em 2011 apenas a concluintes, quando o resultado do Enem passou a ser utilizado como conceito de ingressantes. O Enade tem quatro componentes: prova; questionário de impressões dos estudantes sobre a prova; questionário do estudante; questionário do coordenador(a) do curso.

O Conceito Preliminar de Curso (CPC) é calculado com base no Enade (40%), variáveis relacionadas a infraestrutura e corpo docente (30%) e IDD, que é a diferença entre a média dos desempenhos dos concluintes e iniciantes. O IDD é responsável por 30% da nota final do CPC. Quando o CPC alcançado pela escola médica é de 1 ou 2, ela obrigatoriamente receberá uma avaliação externa. Caso o CPC seja igual ou superior a 3, a avaliação será opcional. A avaliação externa é conduzida por membros externos, pertencentes à comunidade acadêmica.

A avaliação sob a ótica da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ ABEM)

A Caem surgiu em virtude da participação ativa da ABEM na discussão e construção do processo de avaliação da educação médica brasileira, com a consciência das dificuldades das escolas em realizar mudanças na formação do profissional de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais². A CAEM é uma das comissões da ABEM formada por professores especialistas em avaliação no âmbito da educação em saúde. Foi constituída em 2006, com o projeto “Avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação das escolas médicas brasileiras”, proposto e baseado no trabalho de tese de doutorado de Lampert⁴.

São objetivos da Caem⁴: promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender às Diretrizes Curriculares com perspectivas à consolidação do SUS; incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (autoavaliação, avaliação externa, meta-avalia-

ção) em cada escola médica no atendimento aos princípios do Sinaes.

A metodologia de avaliação consiste em proporcionar a cada escola um exercício de visualização da sua unidade, a fim de conhecer e compreender as mudanças curriculares que atendem as DCN nos eixos do Projeto da Caem. Com base na triangulação de métodos, a metodologia percorre as seguintes etapas⁷:

- **Autoavaliação monitorada**, na qual inicialmente se realiza uma capacitação para preencher o instrumento; na escola, recomenda-se que um grupo com a média de dez pessoas, representativo da escola médica, com docentes, estudantes e técnico-administrativos, preencha o instrumento estruturado (“que”, “quem” e “como”). Os dados do preenchimento são analisados pela Caem, com feedback para a escola;

- **Uma segunda reunião do grupo representativo da escola leva ao aprofundamento da avaliação interna**, com discussão do feedback e proposição de indicadores;

- **Avaliação externa**: revisita ao “que”, “quem” e “como”. Visita de docentes avaliadores, capacitados em pesquisa qualitativa, como observadores participantes. Na visita, o foco de discussão e feedback é o cenário de prática, onde ocorre a integração ensino-serviço;

- **Relatório final**, que situa o “quando”, que, de maneira dinâmica, envolve o momento político da escola médica e do sistema local de saúde. O paciente capaz de se apropriar da doença por suas próprias motivações será aquele com maior chance de se manter aderente ao plano, conquistando maior autonomia e contextualizando a doença em sua velha, nova vida. Velha, pois com a mesma pessoa, com seus valores e vivências, e nova, pois com a doença contextualizada, harmonizada com o indivíduo.

Inep

- Relatório de visita *in loco*—trata do relatório de avaliadores baseado no instrumento de Avaliação de Curso de Graduação de Medicina do Inep/MEC. A versão para análise foi a de outubro de 2008, instrumento vigente no período da pesquisa;

- Relatório do curso com os resultados do Enade de 2010. Neste, há o Questionário do Estudante, com 54 questões, com 18 questões de abordagem demográfica,

três sobre hábitos de leitura e estudo, 10 sobre estrutura, biblioteca (estrutura e acervo): duas de uso da biblioteca pelo aluno ou orientado pelo professor; 18 questões sobre disciplina, curso e papel docente (currículo), três voltadas para contribuição teórica, profissional e de formação do curso.

CAEM

Apresenta cinco eixos distribuídos em 17 vetores. Cada vetor apresenta três opções e, ao final de cada um, é solicitada uma justificativa e evidências para a resposta. Os cinco eixos são: mundo do trabalho; projeto pedagógico; abordagem pedagógica; cenários de prática; e desenvolvimento docente.

Análise de dados

Os documentos enviados pela escola foram analisados por meio da análise qualitativa documental⁵. Segundo Minayo⁹, a análise de documentos é dirigida a textos escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa: planos, programas, leis, decretos, artigos, atas, relatórios, ofícios, documentos, panfletos, etc. Bardin⁵ apresenta várias técnicas de análise de conteúdo, tendo sido escolhida para este estudo a análise documental, com as etapas de categorização, descrição e interpretação.

Etapas da análise

- Preparação dos documentos enviados pelas escolas médicas, com codificação;
 - Unitarização por temas, com a organização de unidades de análise ou núcleo do sentido;
 - Categorização, ou seja, agrupamento dos núcleos de sentidos comuns;
 - Interpretação.
- O estudo foi aprovado pelo CEP da Unicamp.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os documentos de 11 escolas médicas, entre eles os seguintes relatórios: CAEM (11), Enade de 2010 (7), reconhecimento de curso (4), sendo três Inep/MEC e um do Conselho Estadual de Educação

(CEE). As cinco escolas médicas particulares encaminharam três documentos de relatórios de visita de reconhecimento ou renovação de conhecimento (Inep), um relatório do CEE e um do Enade. Nas seis escolas médicas públicas, o relatório encaminhado foi o Enade, pois nenhuma havia recebido visita *in loco* pelo Inep/MEC. Destas escolas públicas, a nota Enade foi 5 em cinco delas (83%) e 4 em uma escola.

Por meio da análise de conteúdos destacam-se as seguintes categorias: corpo docente, incluindo preceptoria; integração ensino-serviço (cenários, gestão e ensino-aprendizagem); participação discente; sistema de avaliação; questionário do estudante e o momento da sua aplicação.

Corpo docente, incluindo preceptoria

Não existe um plano de trabalho organizado em conjunto, a coordenação do estágio estabelece a carga horária a ser cumprida pelo estudante, e o serviço o recebe. Há pouca ou nenhuma integração entre profissionais dos serviços e docentes, em especial na construção conjunta do estágio e conteúdos.

Falta um programa de capacitação docente para o desenvolvimento de novas propostas relacionadas às DCN. Quando este programa existe, a adesão é baixa, pois parece faltar vontade aos docentes de participar dessa criação. Os docentes resistem a qualquer mudança, pois informam que a vida docente já está difícil, seja por baixos salários, seja pela falta de estrutura, o que dificulta a saída da universidade para as unidades da rede de saúde.

Outro ponto identificado foi a escassa produção científica, apesar do alto percentual de titulação acadêmica do corpo docente. Há falta de publicação dos conhecimentos produzidos, principalmente “o caminhar para a integração”.

Na escola médica particular, predomina a contratação de docentes por hora/aula. Este regime de trabalho é absolutamente inadequado para atender à demanda e ao envolvimento que o curso de Medicina exige.

Integração ensino-serviço (cenários, gestão e relação docente-assistencial)

A análise qualitativa permite discutir o grau de integração, se há ou não a participação do serviço na cons-

trução do estágio e se existe contrapartida. Apenas ao visitar a rede de atenção básica, percebe-se a precária infraestrutura das unidades básicas de saúde. Apesar disso, os gestores das escolas médicas reconhecem que a experiência nesse cenário é muito valiosa e oferece ao estudante a aquisição de diversas competências. Em algumas escolas, as atividades de prática comunitária se desenvolvem durante todo o curso, mas há fragilidade na contrarreferência, percebida pelo estudante.

Um componente da integração é a existência da contrapartida. Em todos os relatórios de visita, há ampla documentação formal sobre os convênios e contratos com a rede. Nos relatórios qualitativos, pode-se perceber a real parceria com a rede, incluindo a contrapartida. Esta contrapartida da escola para com o serviço não é relatada nos documentos Enade, apenas nos relatórios onde ocorre a visita *in loco*. A contrapartida ocorre pelo apoio na assistência, para cobrir demanda do serviço, por cursos de aperfeiçoamento para profissionais de saúde da rede.

Um dos fatores que favorecem a integração com o sistema de saúde é o vínculo empregatício do docente na rede de saúde, além da universidade, rede esta que servirá de campo de prática para os estudantes.

O outro lado da moeda demonstra dificuldades do serviço em se integrar à escola médica. Chama a atenção a percepção de os estudantes serem hostilizados pelos médicos e equipes em algumas unidades básicas de saúde (UBS). Alguns serviços não participam do planejamento das atividades práticas da escola e se mostram descomprometidos com as ações integrativas.

A população demonstra estar satisfeita, embora não haja informações sobre mudança nos indicadores sociais.

Embora a maioria dos documentos aponte o contrário, em uma escola médica, na visita com reuniões entre gestores, docentes e profissionais de saúde da rede, verificou-se que as unidades da ESF são adequadas e atendem às necessidades do ensino-aprendizagem na prática médica, sempre sob a orientação e supervisão de docente, com perfeito entrosamento na comunidade.

O desafio a este processo de integração reside em organizar os serviços de saúde não apenas como cenários de treinamento, mas como espaços em que os estudantes sejam inseridos efetivamente no processo de trabalho. Fazer da prática o seu discurso. A prática deve

buscar maior integração com os serviços, de modo que as mudanças políticas não interfiram significativamente nas atividades pedagógicas. Caminhar para uma integração de Estado, e não de governo.

Participação discente

Apenas na visita *in loco*, pôde ser percebido o movimento estudantil, sua atuação nos cenários de prática, assim como suas queixas.

Nos ambulatórios de especialidades do hospital, os estágios são curtos, com rodízios frequentes, o que acarreta queixas dos discentes, que perdem a oportunidade de seguimento do paciente. As queixas também envolvem as discordâncias entre a conduta do preceptor da rede e o que é ensinado na academia, o que, muitas vezes, deixa os estudantes hostis e resistentes em estagiar na atenção primária.

Na reunião com estudantes, na visita *in loco*, fica evidente que eles se reúnem pouco, pois alguns problemas estavam sendo discutidos pela primeira vez. Este é outro ponto positivo da visita.

Sistema de avaliação

A avaliação da aprendizagem do estudante é terminal, sem feedback, centrada no aspecto cognitivo, somente com provas teóricas. Ainda falta progredir para a avaliação prática e formativa.

Segundo os relatórios, todas as escolas médicas trazem o perfil do egresso, e este está plenamente contemplado no projeto do curso, com compromisso social e integração com a rede local e regional. Mas, apenas nos relatórios de visita, percebe-se que não há avaliação do egresso.

Questionário do estudante e o momento da aplicação

O questionário pergunta sobre as condições gerais das instalações físicas de salas de aula, bibliotecas e ambientes de trabalho e estudo, e se elas são adequadas ao funcionamento do curso. Também questiona se os ambientes para aulas práticas específicas do curso são adequados à quantidade de estudantes. Nestes itens, a maioria dos estudantes responde que são adequadas,

mas cabe ressaltar que o estudante concluinte, isto é, o aluno do internato médico, responde sobre ambientes e instalações que na maioria das vezes já são passado, não são os atuais ambientes de estágio. Salas de aula e laboratórios ficaram para trás e foram substituídos por unidades de saúde primária, secundária e terciária.

Da mesma forma, a biblioteca passa a ser virtual ou localizada em centros de estudos de hospitais. Neste item, os estudantes informam, em sua maioria, que o acervo é pouco atualizado (60%) e desatualizado (20%). Permanece a dúvida sobre quais locais o estudante está avaliando.

Outro item aborda os materiais disponíveis para aulas práticas. Neste estudo, a maioria dos internos respondeu que em 90% dos casos os materiais não são suficientes. Permanece a dúvida sobre a que aulas práticas se referem: aquelas realizadas em laboratórios na escola médica ou nos cenários de prática do internato.

Por fim, na análise global ou por itens dos instrumentos de avaliação, o feedback tem papel importante e deve ser aproveitado tanto na avaliação dos documentos institucionais, como no momento da visita *in loco*, quando avaliadores capacitados poderão exercer seu papel formador em seus relatórios, somente percebido nos relatórios com enfoque qualitativo.

CONCLUSÕES

Mesmo com a consciência de que os objetivos dos dois sistemas de avaliação são distintos – o Inep tem a responsabilidade de regulação e a CAEM tem a proposta de auxiliar a escola no desenvolvimento de sua auto avaliação, o processo avaliativo deve ser realizado com critério e qualidade.

I. Os relatórios do Inep e Enade são sintéticos, com pouca análise qualitativa, exceto em relatório realizado por avaliadores treinados pela CAEM (um) e Comissão Estadual de Ensino (um). Percebe-se maior preocupação na avaliação qualitativa em dois relatórios não CAEM. Além disso, não há feedback, isto é, não há uma devolutiva construtiva.

II. Há grande dificuldade em efetivar a integração com a rede municipal de saúde, mesmo havendo o convênio, o docente, o preceptor e o espaço, ainda que precário. Embora ambos os instrumentos avaliem o cenário de prática da atenção primária como valioso, a avaliação

qualitativa aponta problemas na assistência, contrarreferência, infraestrutura e contrapartida, demonstrando necessidade de planejamento e construção conjuntos. Como avaliar a integração à rede de atenção?

III. Há resistência docente à mudança embasada nas DCN, o que leva à atuação docente deficitária na atenção primária.

IV. Há dificuldades e fortalezas não detectadas nas escolas médicas com Enade nota 5; por exemplo, atuação docente deficitária na atenção primária. Como qualificar a visita *in loco*?

V. É preciso determinar e discutir os objetivos do questionário do estudante – melhorias e direcionamentos. E definir o melhor momento para aplicação do questionário do estudante, respondido pelo concluinte, que se encontra voltado ao internato e seus cenários de prática. Desta forma, outros indicadores deverão ser construídos para análise deste instrumento de avaliação.

VI. Os instrumentos aqui estudados não avaliam o egresso, mas o processo de ensino-aprendizagem descrito no projeto pedagógico do curso. Desta forma, outros indicadores deverão ser construídos para avaliar o processo de desenvolvimento de competências realizado pela escola médica e conferido pela avaliação do processo de ensino-aprendizagem, conforme descrito no Capítulo II das DCN 2014.

Com base em um sistema avaliativo fidedigno e dinâmico, qualquer avaliação externa será bem-vinda, seja pela avaliação da regulação Inep/MEC ou por qualquer outra, pois tem como proposta apontar novas fortalezas e fragilidades despercebidas que, em última análise, influenciam a formação do egresso.

REFERÊNCIAS

1. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação/ [Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira]. 5.ed. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009. 328 p.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>. Acesso em: 10 de julho de 2015.
3. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES: da concepção a regulamentação. Instituto

- Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2 ed. ampl. Brasília; 2004. (Lei nº 10.861, de 14/04/2004).
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Projeto de Avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação das escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 2006.
 5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979. Edição nova 2011.
 6. Ministério de Educação. Portaria Normativa nº40, de 12/12/2007. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/legislacao/2007/portaria_n40_12122007.pdf. Acesso em: 10 jul. 2015.
 7. Minayo MC, Assis SG, Souza ER, org. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
 8. Lampert JB, Perim GL, Aguilar da Silva RH, Regina Celes de Rosa Stella, Abdalla IG, Costa NMSC. Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas: objetivos, implementação e resultados preliminares 2006-2009. Rio de Janeiro: Ed. Abem; 2009. Disponível em: http://www.caem.org.br/kit_2010/encarte_caem-abem.pdf
 9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 9.ed. rev. apr. São Paulo: Hucitec; 2006.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosana Alves Departamento de Pediatria / Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal do Espírito Santo
Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe - Vitória CEP: 29040-090 ES
E-mail: rosana.medufrj@gmail.com

As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Avaliação Seriada para os Cursos de Medicina

Claudia Maffini Griboski¹

Palavras-chave: Avaliação da Educação Superior. Avaliação Seriada. Qualidade da Formação Médica. Política Pública. Sinaes. Diretrizes Curriculares Nacionais.

RESUMO

Este artigo analisa o desenvolvimento da formação médica no Brasil à luz das mudanças anunciadas no Programa Mais Médicos, instituído em 2013 pela Lei nº 12.871. Este percurso traz como enfoque os objetivos relacionados ao aprimoramento da formação médica no País e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina, alteradas em 2014 (Resolução CNE nº 3, de 20 de junho), com o intuito de intensificar a integração ensino-serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos no Brasil. Nesse sentido, enfatiza a promoção da qualidade, as diretrizes da avaliação e regulação, bem como as políticas de desenvolvimento da educação superior. Nesse cenário, ressalta a ação da política pública de avaliação da educação superior na indução da qualidade da formação médica por meio da caracterização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e da avaliação seriada como elemento orientador dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina.

INTRODUÇÃO

A promoção da qualidade do ensino e aprendizagem tem sido destaque nas políticas de educação superior brasileira. O grande dilema na formação em Medicina está no desenvolvimento de um processo educacional que intensifique a relação entre teoria e prática, uma vez que o novo paradigma da área da saúde pressupõe um perfil profissional generalista. O grande desafio é superar o modelo tradicional de formação, voltado à classificação de alunos, a práticas excludentes e à elitização do ensino, para convergir numa proposta educacional mais inclusiva e que considere os diferentes contextos de prática para uma formação plena que atenda as expectativas da sociedade.

Nesse cenário, há que se pensar uma nova estruturação no campo da formação dos profissionais da saúde, com previsão de adequada infraestrutura física para o desenvolvimento do projeto pedagógico, uma nova matriz curricular, organização do tempo, cenários de práticas, interdisciplinaridade e políticas de inclusão.

É preciso superar os limites e as contradições do processo de expansão da educação superior, acreditando na

¹ Professora Adjunta da Universidade de Brasília (UnB) e Diretora de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Presidente da Red Iberoamerica para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (Riaces).

qualidade da formação. Nesse contexto, a avaliação assume papel essencial na indução da qualidade, pois se configura como prática democrática e inclusiva no sistema educacional brasileiro. Segundo esses princípios, a avaliação tem intencionalidade, não é neutra e nem uma simples atividade técnica no âmbito pedagógico; ela tem cunho ideológico, com repercussão na formação dos estudantes.

Criar estratégias e formas de avaliar é mudar a realidade. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), criado em 2004 pela Lei nº 10.861¹, é constituído por três componentes: (i) avaliação institucional: autoavaliação e avaliação externa; (ii) avaliação de cursos de graduação – ambos os processos realizados por docentes que integram o Banco de Avaliadores do Sinaes (BASis); (iii) avaliação do desempenho por meio do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) e instrumentos agregados: questionário do estudante, questionário dos coordenadores de curso e questionário de percepção da prova.

A avaliação do Sinaes está fundamentada na concepção diagnóstica, formativa e emancipatória e implica mudanças na gestão tanto do Estado como institucional, além de promover a orientação pedagógica dos cursos no que se refere à qualidade da formação.

O Sinaes, como política de Estado, é constituído de princípios e diretrizes que envolvem a permanente organização dos instrumentos, dimensões e indicadores para avaliar a qualidade dos cursos de graduação e IES. Envolve também a organização de uma estrutura de Estado para coordenar e implementar as ações, contando com representação da sociedade para realizar a mediação necessária entre a instituição que avalia e a instituição avaliada² (p. 164-165).

Com essa compreensão, a avaliação faz parte de um conjunto de políticas públicas voltadas para a expansão, a qualidade e a democratização do acesso à educação superior. A avaliação é entendida, portanto, como uma atividade de acompanhamento interno e externo do processo de ensino e aprendizagem, com atividades institucionalizadas de observação, análise, registro e reflexão sobre o que foi observado e registrado, comunicação dos resultados e tomada de decisão para atingir os objetivos que ainda não foram alcançados.

Em 2013, foi instituído o Programa Mais Médicos com o intuito de melhorar a qualidade da educação médica no País. O referido marco legal indica a implementação de uma nova avaliação para os estudantes de Medicina, a ser realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), a cada dois anos. Ao mesmo tempo, define no Art. 10 que

Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação³

Assumir a ideia de avaliação da trajetória da formação dos estudantes de Medicina implica reconhecer a diversidade dos alunos, decorrente de suas características individuais e sociais, e a necessidade de maior acompanhamento do desenvolvimento da matriz curricular, intensificando as atividades práticas no contexto da formação acadêmica.

OS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL

A recente expansão da educação superior no Brasil resulta de uma política de Estado. Com essa premissa, o número de vagas e cursos em Medicina deve corresponder às necessidades do País. A universidade é uma instituição social e, como tal, expressa de determinada maneira a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo e a ela deve estar voltada. Além disso, as Instituições de Educação Superior (IES) precisam agir com base no reconhecimento público de suas atribuições e não podem estar separadas da ideia de democracia e de democratização do conhecimento.

Não há dúvida de que a educação superior deve responder a essas demandas, mas na sua relevância transcende a questão, e precisa ser examinada a partir de uma perspectiva mais ampla, levando em conta os desafios e as demandas que lhe são impostas a sociedade como um todo⁴ (p. 20).

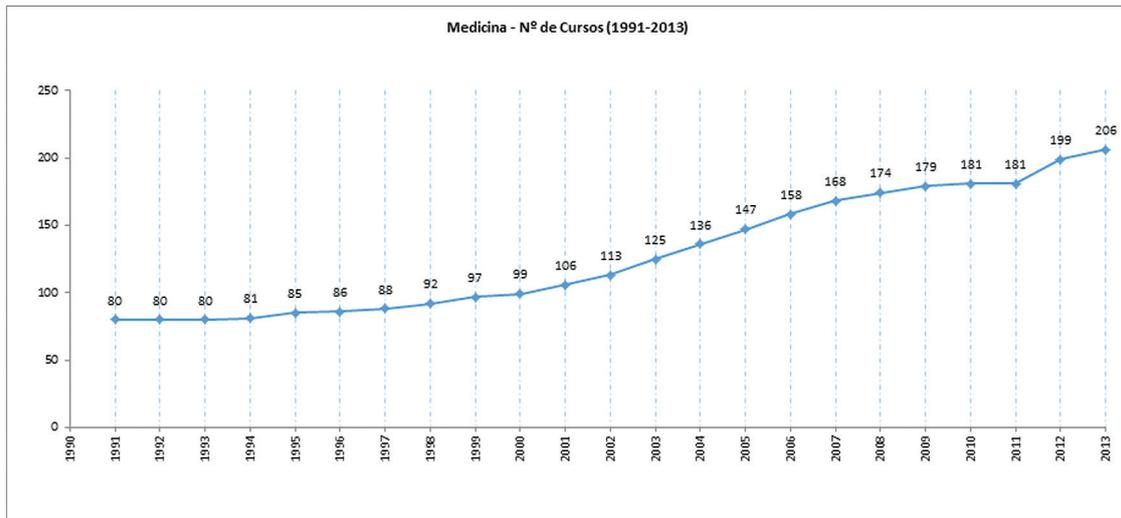
Nesse sentido, as IES devem exercer um papel estratégico no desenvolvimento da formação e na articulação permanente com a sociedade, para uma oferta de cursos condizente com a demanda de profissionais.

A análise do Gráfico 1 demonstra uma evolução no número de cursos de Medicina no Brasil, de 1991 a 2013, de 157,5%. Considerando as políticas de democratização do

acesso à educação superior, esse percentual representa um decréscimo na expansão dos cursos de Medicina em relação às outras áreas da saúde (Gráfico 2).

Gráfico 1. Evolução do número de cursos de Medicina no Brasil (1991-2013)

Fonte: Inep – Censo da Educação Superior⁵.

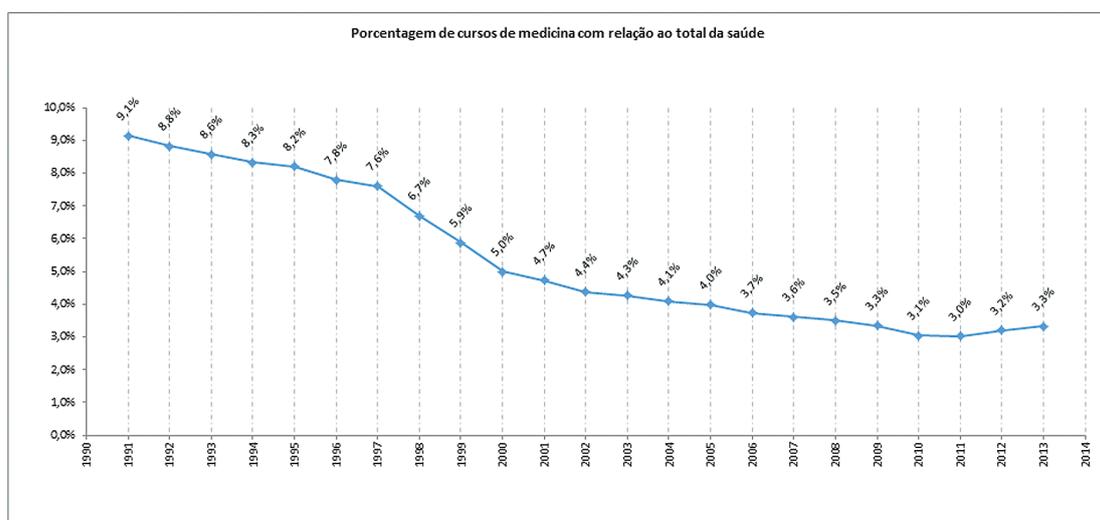


Os cursos de Medicina, quando comparados ao crescimento da área da saúde em geral, apresentam significativa diferença em relação à política de expansão adotada no País. Observa-se que, a cada ano, há uma redução no percentual de crescimento. Enquanto em 1991 os cursos de Medicina representavam 9,1% do total de cursos

ofertados pela área da saúde, em 2011 chegou a representar apenas 3,0%. Em 2012 e 2013, registra-se um pequeno aumento – 3,2% e 3,3%, respectivamente –, o que pode ser atribuído ao efeito do movimento de discussão, em curso, das novas DCN e do Programa Mais Médicos.

Gráfico 2. Evolução do número de cursos de Medicina em relação ao total de cursos da área da saúde (1991-2013)

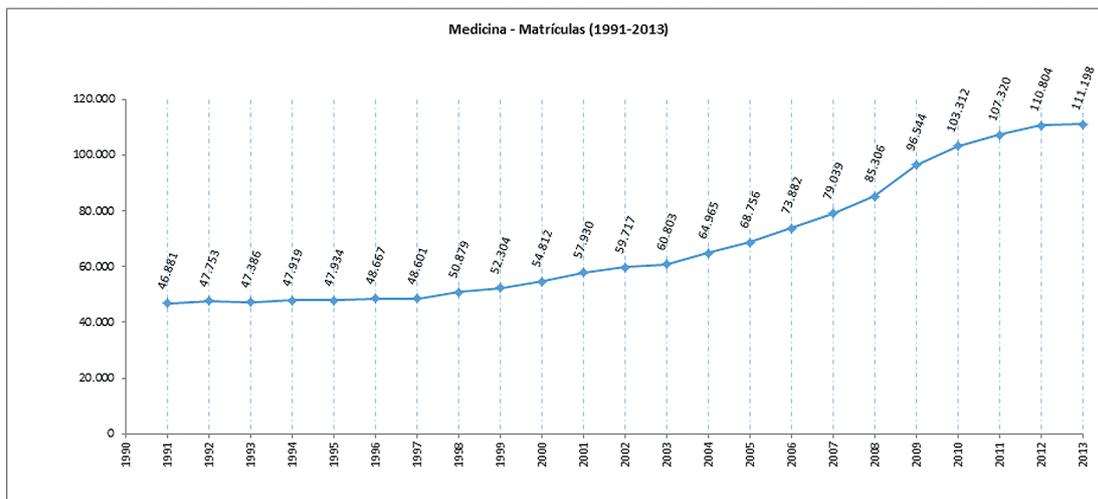
Fonte: Inep – Censo da Educação Superior (2013).



No que tange ao número de matrículas, a realidade não é diferente. As matrículas de estudantes em cursos de Medicina, no período de 1991 a 2013, alcança um

crescimento de 137,2%, considerado abaixo do crescimento do número de matrículas dos outros cursos da área da saúde (Gráfico 4).

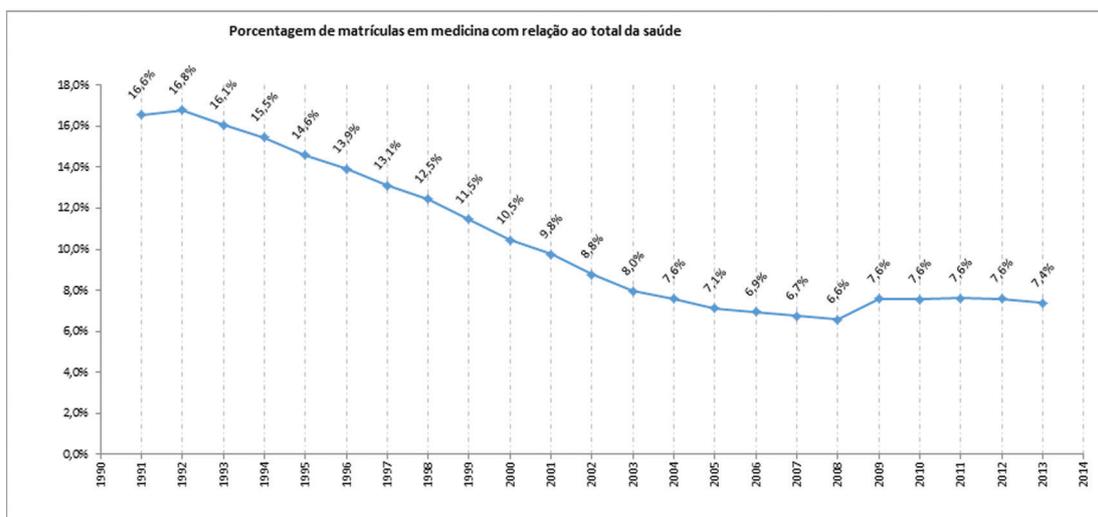
Gráfico 3. Evolução do número de matrículas de estudantes de Medicina no Brasil (1991-2013)
 Fonte: Inep – Censo da Educação Superior (2013).



O número de matrículas de estudantes em cursos de Medicina em relação aos cursos da área da saúde, no período de 1991 a 2013, chega a se reduzir 9,2%. Essa trajetória denota o desencontro com as políticas de expan-

são e de formação para a atuação interdisciplinar na área da saúde. Enquanto em 1991 as matrículas de estudantes de Medicina representavam 16,6% em relação aos cursos de saúde, em 2013 representam apenas 7,4%.

Gráfico 4. Evolução do número de matrículas de Medicina em relação ao número de matrículas nos cursos da área da saúde (1991-2013)



Os dados dos cursos de Medicina aqui apresentados revelam uma realidade que tem consonância com as

novas orientações das políticas públicas de promoção do desenvolvimento da área de Medicina. É preciso se

desenvolver para crescer, se responsabilizar para investir, formar para atuar e, ainda, atender as necessidades da população para obter qualidade de vida.

Esse crescimento precisa ser acompanhado por novas ações de educação que aproximem os contextos de prática e os contextos da formação. Daí a necessidade de ações de controle social e de acompanhamento da proposta de formação na área da Medicina.

POLÍTICA DE ACOMPANHAMENTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA

O diagnóstico atual da área de Medicina tem apontado situações educacionais que fragilizam a formação, tais como: falta de integração do conhecimento da área básica com a clínica; fragmentação do conhecimento médico e do paciente; falta de integração entre ensino e serviços de saúde; prática médica tardia nos cursos; baixa frequência de formação ética e humanização no atendimento ao paciente.

Com esse entendimento, o Programa Mais Médicos institui uma política com a finalidade de formar profissionais na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre seus objetivos, o programa se propõe aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação, além de fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos³ (Art. 1º, III e V).

A referida lei³, em seu Art. 3º, § 7º, destaca que os atos do Ministério da Educação que autorizam o funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sinaes:

I – os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II – a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

Esse condicionante impõe um grande desafio, pois a cultura avaliativa, que deveria se caracterizar como política institucional, em que pese o desenvolvimento do Sinaes há mais de uma década, ainda não é, integralmente, uma realidade em todos os projetos pedagógicos de cursos. Os instrumentos de avaliação do Sinaes exigem o cumprimento de padrões de qualidade pelas IES, em todas as dimensões: organização didático-pedagógica, infraestrutura e corpo docente. Esse processo é dinâmico e conta com a revisão dos indicadores sempre que necessário para garantir a qualidade da oferta.

Nessa proposta, inclui-se a discussão de novos indicadores e a reestruturação de outros no instrumento de avaliação de cursos de graduação utilizado pelas comissões de avaliação *in loco*, uma vez que as diretrizes expressam questões referentes a interprofissionalidade, integração com a rede pública de saúde e formação em serviço, com especial atenção à Medicina na área de Família e Comunidade. Outros pontos a destacar na alteração dos instrumentos do Sinaes são a ênfase no trabalho em equipe, o papel do preceptor na qualidade da forma-

ção, a responsabilidade social e a articulação com os programas de residência médica.

Esta mudança representa uma postura diferenciada no processo de formação, que enfatizava a atenção terciária e passa a discutir a atenção básica, a formação do SUS e os determinantes de saúde como conhecimentos estruturantes dos currículos de Medicina.

As DCN de Medicina já em 2001 sinalizavam a importância da avaliação em relação ao perfil do médico formado. As DCN publicadas em 2014⁶ avançam na definição da avaliação seriada para os cursos de Medicina e determinam, no Art. 36, “a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada dois anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes [...]”.

A mudança das DCN dos cursos de Medicina impõe uma formação diferente daquela praticada nos últimos anos e exige uma nova postura profissional dos docentes na formação de seus estudantes de Medicina. É preciso criar estratégias para avaliar as habilidades e competências adquiridas pelos estudantes durante o processo de construção do conhecimento e a aplicação prática deste e da atitude adotada frente ao conhecimento.

Neste sentido, o papel do professor torna-se essencial na gestão do processo de ensino e aprendizagem, bem como a avaliação seriada dos alunos. O que se espera é reconhecer, ao final do curso, se o estudante adquiriu competência para a profissão. Com essa compreensão, o processo de avaliar pressupõe determinar em que medida os objetivos do curso estão sendo alcançados e quais as mudanças provocadas no comportamento do estudante. Esta exigência é corroborada no Art. 9º da lei que institui o Programa Mais Médicos³:

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

[...]

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Edu-

acionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

A proposta é construir uma forma de avaliação institucional sem caráter de classificação ou aprovação, mas de cunho formativo, para aferir se o conhecimento adquirido pelo estudante está sendo contínuo e progressivo.

Essa avaliação se propõe: (i) reconhecer o processo evolutivo de ensino e aprendizagem dos estudantes; (ii) realizar o diagnóstico das necessidades de desenvolvimento da estrutura curricular ao longo do processo educacional; (iii) promover alterações curriculares e avaliações específicas de disciplinas, mediante o uso dos resultados obtidos.

A experiência do Teste de Progresso, desenvolvida pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), espelha essa nova proposta. A principal vantagem desse tipo de avaliação é que o conhecimento de todos os componentes curriculares vai sendo continuamente revisado, com uma metodologia de devolutivas consistentes à comunidade acadêmica com a finalidade de corrigir prováveis lacunas do processo de ensino e aprendizagem.

Nesse sentido, a criação da avaliação específica, assim denominada pela lei do Programa Mais Médicos e proposta pelas novas DCN de Medicina, tem como objetivo principal a avaliação formativa do estudante, além de se caracterizar como instrumento de regulação dos cursos, servindo de subsídio à implementação de políticas públicas na área da educação.

A elaboração da prova deve conter os pressupostos da formação geral de um profissional médico, a exemplo do formato já apreendido pelo Teste de Progresso. A elaboração da prova preconiza uma matriz de competências para a elaboração dos itens contida na proposta de formação geral do médico em atenção às DCN para os cursos de Medicina. Essa orientação volta-se ao investimento em avaliações práticas em que o aluno deverá demonstrar sua habilidade por meio de simulações ou realidades que possam ser observadas pelo professor.

Assim, entende-se que é preciso mudar a realidade da formação médica por meio de processos que possam avaliar o desempenho do estudante em casos reais e fortaleçam a atitude prática clínica. O desafio para o cumprimento das DCN 2014 é a avaliação do estudante em

atitudes e competências, que deverá fazer parte do processo de avaliação.

Destaca-se nesse cenário a experiência do Inep na construção das provas Enade aplicadas a cada três anos aos estudantes concluintes dos cursos de Medicina e, mais recentemente, a partir de 2010, na implementação do Exame de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeiras (Revalida) – uma iniciativa conjunta dos ministérios da Educação, Saúde, Relações Exteriores e de universidades públicas brasileiras. Uma de suas maiores contribuições foi a Matriz de Correspondência Curricular, elaborada por especialistas médicos integrantes da Subcomissão do Revalida, que detalha, com base nas DCN, o perfil de habilidades e competências do médico recém-formado no Brasil e estabelece o grau de desempenho para essas competências, referencial antes inexistente no País.

Acrescenta-se que o processo de construção das provas pelo Inep conta com a participação de docentes das diferentes IES brasileiras, selecionados por edital de ampla divulgação, garantindo um processo democrático e de valorização dos saberes produzidos em cada área do conhecimento.

Com o marco do Programa Mais Médicos em 2013 e as novas DCN em 2014, o que se espera é a integração dos exames Revalida e Avaliação Seriada, contando com a experiência do Teste de Progresso realizado pela ABEM, possibilitando construir uma avaliação seriada dos estudantes de Medicina que permita avaliar os médicos brasileiros e estrangeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção das DCN é determinante para a reorientação curricular e a revisão do papel da formação médica na consolidação do SUS. O inegável avanço na avaliação instituída pelo Sinaes e seu uso para regular, avaliar, supervisionar e qualificar a formação dos profissionais de saúde se traduz na criação de políticas de Estado que denotam a decisão política de investir na formação dos profissionais de saúde.

A reflexão realizada neste artigo, resultado da experiência desenvolvida pelo Sinaes na avaliação da formação dos estudantes da educação superior, em especial na área de Medicina, remete à discussão sobre o papel das IES na sensibilização e motivação dos estudantes sobre as questões que envolvem a sua formação.

A partir do momento em que os cursos de Medicina tiverem seus projetos pedagógicos reestruturados à luz das novas DCN, apoiados por ações propositivas de avaliação para o acompanhamento da formação dos estudantes, passarão a oferecer condições para a construção de um novo perfil profissional dos egressos desses cursos. Nessa instância, as reformas curriculares e a busca de estratégias pedagógicas são fundamentais, para preparar os estudantes para os desafios relacionados à diversidade de embates afetivos, tecnológicos e inovadores com os quais irão lidar.

REFERÊNCIAS

1. 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. Diário Oficial da União, Brasília, n. 72, 15 abr., Seção I, p. 3-4.
2. Griboski CM. Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. Brasília; 2014. Doutorado [Tese] - Universidade de Brasília.
3. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, out., n. 206, Seção I, p. 1-423.
4. Bernheim CT, Chauí MS. Desafios da Universidade na Sociedade do Conhecimento. Brasília: UNESCO; 2008.
5. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior. Brasília: Inep; 2013.
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, 2014.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Claudia Maffini Griboski
Setor de Mansões Lago Norte – SMLN, MI Trecho 12/13
Rua 03, Casa 10 A
Brasília
CEP: 71.540-135 DF
E-mail: claudia.griboski@inep.gov.br

