

A educação médica e a arena política: os 60 anos da ABEM

Ana Nemi

Íris Vitorino dos Santos

Tairini Aparicio de Almeida



dados em entidades sem representativas da comunidade dos grupos interessados, propõe-se que:

O plenário da IIª Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas aprove a seguinte

R E S O L U Ç Ã O

a) - A Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), promoverá para dentro de breve prazo uma reunião de que participem, além dela própria, as seguintes entidades, que convidará:

Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Hospitais para elaborar e aprovar um plano e as normas de Internato e Residência para todo o País, nas regiões em que houver Escolas de Medicina.

b) - As entidades participantes da Reunião se farão representar por delegados plenipotenciários para assentar o citado plano que se desdobrará em Estatuto, Regulamento e criação de um Conselho Nacional para a matéria, incluindo todas e quaisquer medidas e providências para implantação e supervisão do sistema de Internato e Residência para o País.

Poços de Caldas, 19 de agosto de 1964

Pelo grupo B-4,

Roberto Santos
José Hilário
F. Victor Rodrigues

*Moraes
5.10.64
F. Victor Rodrigues*

*F. Victor Rodrigues
Volante Figueira Santos*

do o Anteprojeto (trigésimo) da ABEM, de autoria do Prof. Waldomiro Carlo Marfisi (Assessoria) para a reforma da educação sanitária. Sugeriu a ABEM pelo Prof. Frederico Barbosa (Internato) a) Prof. Waldomiro Carlo Marfisi cumprimenta a ABEM pelo anteprojeto e comenta alguns pontos. Sugere que os núcleos regionais sejam eleitos entre as Intelectuais da educação médica em cada região da UFPA e que os organizadores estudantis regionais o mesmo e Prof. Paula Castro agradece a comunicação Sérgio Peltendorfer, de Teresópolis solicita a ativação dos núcleos regionais. A Diretoria responde que esta é a ABEM. 3) Relatório Técnico-financeiro da ABEM apresentado pelo Presidente. 4) Palavra dos coordenadores Prof. Heitor Vieira Dourado (Norte)-propõe que se faça a representação estudantil, com sugestão para a realização de reuniões periódicas dadas as dificuldades de reuniões periódicas dadas as distâncias. Elegem membro docente com a eleição do Conselho de Medicina e o discente durante a reunião.

A educação médica e a arena política:

os 60 anos da ABEM

Ana Nemi
Íris Vitorino dos Santos
Tairini Aparicio de Almeida



2022 Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM

Preparação de originais: Svendla Chaves e Carina Sabino

Revisão de texto: Editora Cubo

Projeto gráfico e diagramação: Letícia Lampert

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

N434 Nemi, Ana; Santos, Íris Vitorino dos; Almeida, Tairini Aparicio de
A educação médica e a arena política: os 60 anos da ABEM / Ana Nemi, Íris Vitorino dos Santos e Tairini Aparicio de Almeida. - Brasília: ABEM, 2022. E-book. 216 p.; IL.

ABEM 60 Anos 1962-2022

ISBN 978-65-86406-06-1

1. Educação. 2. Ensino Superior. 3. Educação Médica. 4. Ensino na Saúde. 5. Política Educacional. 6. Formação do Profissional de Saúde. 7. Política de Saúde. 8. Saúde Pública. 9. História da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. I. Título. II. Os 60 anos da ABEM. III. O tempo, a memória, a medicina e a História. IV. Os anos 1960. V. Os anos 1970. VI. Os anos 1980. VII. Os anos 1990. VIII. Os anos 2000. IX. Os anos 2010. X. Projetando futuros: entre continuidades rupturas e desafios. XI. Nemi, Ana. XII. Santos, Íris Vitorino dos. XIII. Almeida, Tairini Aparicio de. XIV. ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica.

CDU 614.4

CDD 610.7

Catalogação elaborada por Regina Simão Paulino – CRB 6/1154

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Diretor-Presidente: Nildo Alves Batista

Diretor Vice-Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira

Diretora-Tesoureira: Denise Herdy Afonso

Diretora de Inovação: Eliana Goldfarb Cyrino

Diretor-Secretário: Eduardo Arquimino Postal

Diretor Discente: Carlos Eduardo Merss

Diretor Médico Residente: André Ferreira de Abreu Júnior

Secretaria Nacional

Gerente administrativa: Rozane Landskron

Assistente financeira: Cristiane Ruiz

Auxiliar administrativa: Erika Bandeira

Auxiliar administrativa: Sandra Soares Paiva

Assistente Administrativa: Isadora Abreu

Sumário

Apresentação	5
Introdução: O tempo, a memória, a medicina e a História	7
Capítulo 1: Os anos 1960	10
Capítulo 2: Os anos 1970	34
Capítulo 3: Os anos 1980	58
Capítulo 4: Os anos 1990	86
Capítulo 5: Os anos 2000	120
Capítulo 6: Os anos 2010	164
Epílogo: Projetando futuros	193
Anexos	201
Fontes e referências bibliográficas	209

Apresentação

Registrar os 60 anos da Associação Brasileira de Educação Médica significa para nós, atuais componentes do Conselho Diretor, deixar acesa uma chama do rico processo histórico que, de diferentes formas, busca qualificar a educação médica no Brasil. Mais do que isso, reunir e agregar professores, estudantes, gestores e profissionais de saúde diante dos desafios e questionamentos a respeito dos caminhos e descaminhos da educação médica em nosso país.

Esta obra traz diferentes perspectivas sobre a experiência única e bastante consolidada de acompanhamento da educação médica, reforçando a missão da ABEM de *“desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”*.

Entendemos que o registro histórico, ora concretizado, deve ser compromisso de gestores que valorizam a construção e a historicidade das instituições nas quais militam. Somos parte de um coletivo que em diferentes tempos, sob distintas pressões e demandas sociais, fez escolhas, definiu diretrizes, analisou contextos (des)favoráveis e guiou a ABEM até aqui.

Conhecer os desafios e oportunidades, os processos de aproximação e distanciamento dos objetivos da ABEM e reconhecer conquistas e retrocessos possibilita lidar com as incertezas do

futuro, valorizar o passado e apreender as potências no presente. Esse movimento de memória é fundamental se queremos de fato entender e aprofundar a compreensão sobre os caminhos já trilhados, os que estamos trilhando e os que trilharemos.

Este livro registra os itinerários da ABEM que, ao longo de seus 60 anos, mostra-se protagonista ao debater, compartilhar vivências e buscar caminhos coletivos para os desafios do ensino médico no Brasil.

Um ensino médico comprometido com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), com as lutas pela garantia da equidade e da inclusão a serviço da construção de uma sociedade com justiça social, diversidade, pluralidade cultural, étnica e racial. Comprometido com a construção de epistemologias plurais, com currículos abertos, sintonizado com as necessidades e demandas sociais, implicado com práticas pedagógicas que contribuam para as aprendizagens inventivas, críticas e transformadoras.

Retomar a história nos possibilita reconhecer o que foi realizado, mas também o que não foi feito; perceber, por exemplo, a invisibilidade da participação das mulheres em períodos remotos e como, em tempos contemporâneos, elas passam a estar tão presentes na educação médica. A força da presença das professoras Cecília Magaldi e Regina Estela que, claramen-

te, estavam à frente de seu tempo, buscando a maior participação política da instituição, com um olhar bastante progressista no sentido de uma ABEM mais engajada nos problemas políticos do país e a favor de uma educação médica transformadora, respondendo aos problemas sociais do Brasil.

Trazer os estudantes e ex-estudantes também significa conhecermos importantes momentos da nossa história, na qual os e as estudantes foram fundamentais para as mudanças de rumos da associação, em busca de uma educação médica mais orgânica e comprometida com a necessidade de mudança política e com a saúde da população brasileira. Conhecer o empoderamento dos e das estudantes, o envolvimento e a mobilização destes nas questões políticas nacionais nos parece fundamental neste momento que vivemos um país com disputas tão intensas sobre o projeto ético-civilizatório que, como sociedade, desejamos.

A comunidade da educação médica brasileira recebe, sem dúvida, uma grande obra! Sua leitura reveste-se de uma efetiva oportunidade de ampliar a compreensão de pressupostos, teorias e práticas sobre a educação médica no Brasil, com seus embates e dilemas na (re)construção de processos formativos que tenham significado e representem possibilidades efetivas de transformação das práticas de cuidado.

Entre processos mais antigos e processos mais recentes é incrível ver nas páginas deste livro todo o caminho da associação e poder compreender melhor tantos projetos realizados e tantos projetos que não foram a frente e foram interrompidos.

Este livro nos possibilita conhecer, dialogar e analisar a nossa história e, dessa forma,

reconhecer que somos muitos e muitas envolvidas com a continuidade da luta por uma escola médica que se caracterize como espaço de formação, pesquisa, assistência e extensão, articulando os conhecimentos científicos, os saberes das comunidades, as inovações tecnológicas, as demandas sociais e o desafio permanente do fortalecimento da democracia e da saúde como direito.

Registramos nossa gratidão a todos e todas que compuseram e atualmente compõem a gestão da ABEM (central e regional), garantindo à nossa associação seguir e ampliar seu protagonismo. Com as palavras de Cecília Meireles, expressamos o desejo que a ABEM continue sua trajetória agregadora, propositiva e engajada pela saúde como direito:

“Todos os dias estarás refazendo o teu desenho. Não te fatigues logo. Tens trabalho para toda a vida”.

Conselho Diretor
Gestões 2018-2020 e 2020-2022

Introdução

O tempo, a memória, a educação médica e a história

A ABEM foi fundada em 1962, como entidade privada sem fins lucrativos. Inicialmente foi chamada de Associação de Escolas Médicas do Brasil (AEMB), mas ainda durante as reuniões de preparação do seu primeiro estatuto passou a se chamar Associação Brasileira de Escolas Médicas, nome que permaneceria até 1975, quando adquiriu o nome pelo qual é hoje conhecida: **Associação Brasileira de Educação Médica**. Em seus 60 anos de história, professores e alunos de cursos médicos estiveram em seus congressos, organizaram seminários e atividades e participaram de comissões para discutir o ensino e as práticas médicas, em diálogo com o governo federal, outras entidades, profissionais de saúde diversos, gestores e representantes da comunidade. Por isso, testemunharam as transformações nos rumos da saúde no país resultantes de três Leis de Diretrizes e Bases (1961, 1971 e 1996); da Reforma Universitária empreendida pela ditadura militar em 1968; do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do aprofundamento da noção de Saúde Coletiva; da expansão e da crise do modelo previdenciário de atendimento à saúde; da fragmentação dos currículos em disciplinas segmentadas e da especialização precoce dos estudantes; do desenvolvimento da residência médica e da pós-graduação; do fortalecimento do hospital como equipamento central do sistema de saúde em face das intenções de enraizamento do médico generalista e de desenvolvimento da Atenção Primária em Saú-

de (APS); além de dois conjuntos de Diretrizes Curriculares Nacionais (2001 e 2014). Em meio a esse conjunto de acontecimentos, e como decorrência de muitos deles, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a maior conquista do processo de redemocratização dos anos 1980 e 1990.

A história que é contada neste livro, portanto, é também a história do Brasil e de suas práticas de atendimento à saúde, articuladas aos debates sobre a saúde como direito, que se fortaleceram após a Segunda Guerra Mundial, e com os cenários de conflitos, epidemias, desenvolvimentismos e pobreza que marcaram a chamada Guerra Fria, ganhando novos contornos entre o final do século 20 e as primeiras décadas do século 21. Conjunturas brasileiras e internacionais serão, assim, apresentadas e discutidas a partir das propostas e argumentos oferecidos por suas diretorias e participantes em seus congressos, ações, cursos, grupos de trabalho, moções e publicações. Uma longa história da edificação de uma instituição, de currículos de cursos médicos, de aproximações entre diversos profissionais vinculados ao sistema de saúde e, principalmente, de aprimoramento da educação médica e do SUS, dimensões importantes e estruturantes da Reforma Sanitária ainda em processo de construção.

Trata-se da história de uma associação que cresceu junto com o aumento da demanda por saúde como direito no Brasil, fato que impli-

os aplausos que coroaram a
do Prof. Versiani Caldeira
ante declara franca a palavra.
palavra o Prof. Dr. L. Vaz,
a faculdade de Medicina
at Preto da USP, para, em
ilustres visitantes, agradecer
talidade mineira, depois
outros impressionados com
so no aperfeiçoamento do
medico em Minas Gerais.
al ênfase à finalidade
te reuniam, de cujo êxito
penderá o futuro da medi-
Brasil. Ao terminar, o Prof.
foi muito aplaudido. É indicado com
ando a ordem do dia da
inaugural o Prof. Versiani
declara franca a palavra
indicação dos componentes
O Prof. L. Vaz, apoiado
L. Cruz Lima, propõe que
mantidos os atuais membros
assento à mesa. Posta a
proposta é aprovada por
ção.

Versiani Caldeira, em seguida

cou o crescimento do número de escolas médi-
cas no Brasil. Quando a ABEM foi fundada, nos
anos 1960, o Brasil vivia o tempo da medicina
previdenciária, com 35 escolas médicas, sendo
16 delas privadas¹, mas com uma enorme parte
da população, sem carteira assinada, que não
tinha acesso à saúde, a não ser somente em ins-
tituições de caridade. Em 2022, quando a ABEM
completou 60 anos, todos os brasileiros podem
utilizar os serviços do SUS, um sistema univer-
sal cuja origem encontra-se nas lutas e reivindi-
cações da sociedade, dos profissionais em saúde,
na movimentação das universidades e de parti-
dos políticos progressistas. Hoje o Brasil tem 355
escolas médicas, e 59,72% delas são privadas².
Mas números enganam, e todos os avanços con-
quistados com o SUS, que são muitos e devem
ser louvados, assim como o aumento das esco-
las médicas, que traz em si o sonho de resolver
o problema da carência e má distribuição de
médicos pelos diversos brasis, guardam contra-
dições e problemas que frequentaram a ABEM
desde os seus primeiros passos. É esta trajetória
que contamos aqui, pois escolhemos trilhar os
debates políticos e sociais que movimentaram
a arena da ABEM. Esta é, portanto, a história de
uma arena política que se articulou com os po-
deres instituídos, os brasis e o mundo, com a saú-
de de populações dos sertões, florestas, beiras de
rios e periferias de grandes cidades, em nome das
quais se deveriam organizar os currículos médi-
cos e os serviços de saúde, de modo a oferecer à
sociedade um profissional que pudesse respon-
der às suas urgências e ao seu cotidiano.

Para a escrita dessa história, movimenta-
mos conjuntos documentais de sintaxes distin-
tas, quais sejam, atas de assembleias e de con-
selhos, anais de congressos, boletins, cadernos
informativos e temáticos, números da RBEM,

leis e portarias que incidiam sobre a educação médica e os serviços de saúde, relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e moções e posicionamentos do COBEM e da diretoria da ABEM. A esses conjuntos documentais juntaram-se as memórias dos depoentes recolhidas em entrevistas gravadas. Estabelecer relações entre memória e história é sempre um desafio, ou um perigo, porque se a “primeira se encontra enraizada no lugar, no gesto e na imagem”, a segunda “busca continuidades, relações e nexos” entre lugares e temporalidades distintas³, e ao historiador cabe articulá-las, conseguir que as memórias reveladas possam iluminar conjuntos documentais por vezes infensos à ordenação desejada pelo historiador. E, também, é preciso que os conjuntos documentais ajudem a compreender os caminhos da memória, que atua sobre o vivido, às vezes como sombra, outras refazendo experiências.

Assim, se de um lado cabe ao historiador observar os movimentos de domesticação da memória operados pelo entrevistado, cabe-lhe também, de outro lado, observar as possibilidades de irrupção, em meio à narrativa constituída como entrevista, daquilo que talvez tenha sido esquecido ou apagado dos documentos escritos estudados nos conjuntos documentais que compõem o projeto como um todo. Desta forma, aquilo que parece uma responsabilidade em relação aos depoimentos colhidos na forma de entrevistas, e no que diz respeito ao uso que delas se faz, transforma-se em uma responsabilidade do historiador em relação à perscrutação das muitas dimensões presentes nas conjunturas estudadas: é preciso deslindá-las, colocá-las em diálogo, complexificar as interpretações, os silêncios, as identidades construídas, supor nexos e, algumas vezes, sabê-los talvez inexistentes.⁴

Assim, “entre o contingente e o suposto, o esquecido e o sobrelevado, as memórias saídas das entrevistas pela metodologia da História oral aqui utilizada, colocadas em diálogo com os outros conjuntos documentais”,⁵ tornaram a história contada bem mais complexa, já que permitiram alinhar estratos de tempo⁶ que, sem este diálogo, talvez se mostrassem menos interessantes e capazes de ajudar a explicitar a história da educação médica no Brasil a partir da arena política da ABEM. E são muitos estratos de tempo alinhavados nesta narrativa histórica: o tempo vivido e o lembrado pelos depoentes, que podem se sobrepor ou contradizer; o tempo cristalizado nos conjuntos documentais aos quais se juntam temporalidades de leitura e interpretação que podem se modificar com o tempo e em função de estratos de tempo curtos, como a conjuntura de 2016, em que atores políticos e sociais encontraram comunismo onde se propunha apenas reformas mais profundas para a expansão da atenção primária no Brasil; estratos de tempo curto que parecem ruptura, como a edição das DCNs de 2014 como lei, mas que guardam estratos de tempo mais longos que encontramos nas experiências acumuladas pela arena política da ABEM.

Convidamos o leitor a analisar conosco todos esses estratos de tempo, e descobrir neles não apenas a história da ABEM, mas a história da educação médica e das lutas por um sistema de saúde efetivamente universal no Brasil.

**Ana Nemi
Íris Vitorino dos Santos
Tairini Aparicio de Almeida**

1 BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. Abertura de escolas médicas no Brasil – Relatório de um cenário sombrio. Brasília: AMB/CFM, 2005.

2 Dados Disponíveis em: <https://escolasmedicas.com.br/estatisticas-nacionais.php> Acesso em: agosto 2022.

3 NEMI, A.; SCHRAIBER, L. Filantropia e assistência à saúde: trilhas, pistas e diálogos possíveis entre números, legislação e histórias vividas. In: MOTA, A.; MARQUES, M. C. C. História, saúde coletiva & medicina. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 88.

4 Idem, p. 89-90.

5 Ibidem.

6 KOSELLECK, R. Los estratos del tiempo – estudios sobre la historia, Barcelona: Paidós, 2001.



RENUNCIOU O PRESIDENTE JANIO QUADROS

BRASILIA, URGENTE, 25 (U) - O Secretário de Imprensa da Presidência da República informou que o Presidente Quadros renunciou ao Congresso Nacional no período da sessão. O chefe do gabinete logo após deixou o documento com seus arquivos para ser entregue ao Congresso para a S. Paulo. Hoje pelo manhã o chefe do gabinete estava reunido com o chefe de seu gabinete militar, ministro militares e o senador Quintanilha Ribeiro, chefe da casa civil da Presidência, nas quais foi discutida a situação sobre a crise institucional que assombra o país desde o início de seu mandato para hoje, manifestando no mesmo tempo seu desejo de renunciar ao cargo de Presidente da República. O chefe do governo viajou para São Paulo, acompanhado de toda a sua família. O ministro Pedroso Horta se quer fazer a comunicação

Programas de Saúde Pública estruturados sob o modelo GENDES-OPAS

II Conferência de Faculdades de Medicina Latinoamericanas, resolução propõe a criação de associações nacionais voltadas ao ensino da medicina

Número de escolas médicas antes da criação da ABEM: 27

Renúncia de Jânio Quadros

Assume João Goulart (Reformas de base)

LDB

Criação da ABEM

CNS

Golpe Militar

Reformas Universitária Resolução CFE n 8/1968 regulamenta o ensino médico e estabelece currículo mínimo

CNS

Criação do INPS (unificação dos IAPs)

Movimento estudantil

AI-5 e Decreto 477

1960

1961

1962

1963

1964

1967

1968

POLÍTICAS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO MÉDICA/ABEM

CONTEXTO POLÍTICO

População [milhões]: **72,78**

Taxa de analfabetismo: **39,6**

Mortalidade infantil/00: **124**

Mortalidade geral/00: **13**

Taxa de Fecundidade: **6,3**

Expectativa de vida: **52**

Escolas médicas: **64**

CASTELO BRANCO ADVERTIRA OS COMANDOS: As Forças Armadas

“

Com as prerrogativas próprias de um catedrático, presenciarei aquele momento de deficiências da formação médica. A percepção do problema partiu de um grupo, de diferentes regiões. Na segunda metade da década de 1950, começou a ocorrer maior participação. Houve um fato curioso, em 1956: a reunião promovida pela Associação Médica Brasileira, em Ribeirão Preto (SP), incluindo o ensino médico como tema de discussão.

A reunião despertou interesse. Apareceram ideias revolucionárias para a época, como, por exemplo, a extinção da cátedra, defendida por professores mais jovens. As discussões foram acirradas, contrárias aos catedráticos. O argumento era de que os catedráticos transformavam os serviços num feudo, que mandavam e desmandavam, eram donos do serviço. Tinham pouco preparo geral e pouco interesse. Um professor de parasitologia de Pernambuco, Bezerra Coutinho, que defendia a manutenção do catedrático, disse que se podia bater na cátedra, mas não no catedrático. Foi o primeiro congresso que explorou o tema da educação médica e era organizado pela Associação Médica Brasileira. O fato confirma que já começava a preocupação com a formação do médico. Houve várias críticas à educação tradicional e uma série de recomendações, inclusive relativas à cátedra.

FRAGA, Clementino. Gestão universitária e liderança do ensino médico. In: EDLER, Flávio (org.). Clementino Fraga Filho – Depoimento de um médico humanista. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, p. 87.

Vinha com uma coisa fechada na mão. — “Que é isso, menino, que você está escondendo?” — «É a joaninha, Pai.» — «Que joaninha?» Era o besourinho bonito, pingadinho de vermelho. —»Já se viu?! Tu há de ficar toda a vida bobo, ó panasco?!” — o Pai arreliou. E no mais ralhava sempre, porque Miguilim não enxergava onde pisasse, vivia escorregando e tropeçando, esbarrando, quase caindo nos buracos: — “Pitosga...” (...)

— Este nosso rapazinho tem a vista curta. Espera aí, Miguilim...

E o senhor tirava os óculos e punha-os em Miguilim, com todo o jeito.

— Olha, agora!

Miguilim olhou. Nem não podia acreditar! Tudo era uma claridade, tudo novo e lindo e diferente, as coisas, as árvores, as caras das pessoas. Via os grãos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão de uma distância. E tonteava. Aqui, ali, meu Deus, tanta coisa, tudo... O senhor tinha retirado dele os óculos, e Miguilim ainda apontava, falava, contava tudo como era, como tinha visto. Mãe esteve assim assustada; mas o senhor dizia que aquilo era do modo mesmo, só que Miguilim também carecia de usar óculos, dali por diante. O senhor bebia café com eles. Era o doutor José Lourenço, do Curvelo. Tudo podia. Coração de Miguilim batia descompasso, ele careceu de ir lá dentro, contar à Rosa, à Maria Pretinha, a Mãitina. A Chica veio correndo atrás, mexeu: — “Miguilim, você é piticego...” E ele respondeu: — “Donazinha...”

ROSA, João Guimarães. *Manuelzão e Miguilim*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

”

Contextos e primeiros passos

As décadas de 1950 e 1960 foram de intensa discussão sobre a educação médica e sobre a saúde como direito. O chamado Estado de bem-estar social vinha sendo construído a partir de projetos de inclusão social e de planejamento em larga escala, entre os quais se destacam os que vinculavam a saúde ao desenvolvimento fabuloso. Em uma época de avanços da medicina no estudo de patógenos, na descoberta de vacinas e de medicamentos com enorme poder curativo, junto com equipamentos avançados de perscrutação das doenças, instituições privadas, Estados e organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), elaboraram projetos e convênios que pretendiam fazer circular novas tecnologias e aumentar a assistência à saúde em lugares pobres. O debate trazia tintas da Guerra Fria, havia que cuidar para evitar os avanços dos socialismos, já que nesta

época os progressos em educação e saúde nos países socialistas impressionavam.

A Repartição Sanitária Pan-Americana (PASB) havia sido criada em 1902 e, em 1958, foi renomeada como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), escritório regional autônomo em relação à OMS/ONU, reverberando as intenções sociais e políticas do pós-guerra, quando se acreditava que o Estado deveria atuar para evitar catástrofes em todas as suas dimensões, de guerras a fenômenos naturais e sociais vinculados às desigualdades, assim como se propunha a existência de organismos internacionais de arbitramento e regulação de conflitos e emergências, no caso aqui destacado, aquelas vinculadas à saúde dos povos. A partir da OMS e da OPAS, muitas experiências locais foram amplificadas e transformadas em cartas de intenção e convênios para enfrentamento de problemas locais e/ou globais. Os seminários e congressos promovidos com apoio de instituições internacionais,

O modelo flexneriano

Em 1909, o educador norte-americano Abraham Flexner (1866-1959) visitou 155 escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá e escreveu um relatório sobre a educação médica nos dois países, publicado em 1910. Ele viria a fazer o mesmo trabalho na Europa, em 1912. O que se chama de modelo flexneriano é um conjunto de práticas de ensino, pesquisa e clínica em medicina desenvolvidos a partir da aproximação entre escolas médicas, universidades e hospitais-escola. Seu relatório aponta a falta de desenvolvimento científico como principal problema a ser enfrentado pelas

escolas, o que supunha a ampliação da pesquisa experimental, fato que se refletiu na fragmentação dos currículos médicos em disciplinas especializadas e no encerramento do ensino entre os muros da universidade, distante, portanto, da experiência cotidiana e das necessidades da maior parte da população. Este modelo biomédico de formação sobreleva o atendimento individual e curativo, baseado em protocolos e receituário “avançados”, em detrimento de ações em saúde pública voltadas para o interesse das maiores.

como a Fundação Rockefeller, e associações de médicos e escolas médicas, contestavam a efetividade dos grandes complexos hospitalares para acolherem problemas de saúde resultantes de determinações sociais, e constituíram-se em fóruns de busca de alternativas que se desdobraram em ações e práticas de medicina preventiva e comunitária.

Se, por um lado, as conquistas científicas permitiam erradicar doenças como a varíola, por outro lado, os novos equipamentos de alta tecnologia e o crescimento das pesquisas em áreas específicas aumentaram as especialidades e a hierarquização das práticas médicas. O hospital, nesta lógica, concentrando equipamentos, profissionais e recursos, tornou-se o locus central das ações curativas, enquanto as ações preventivas e as campanhas de vacinação e de combate à proliferação de doenças ficavam relegadas à chamada saúde pública. Note-se que, ao passo que se pretendia maior responsabilidade do Estado na construção da assistência à saúde, aumentava a fragmentação em especialidades e a submissão dos cuidados médicos às novas tec-

nologias cada vez mais caras e encerradas em hospitais. O modelo norte-americano, baseado no Relatório Flexner do início do século 20, enraizava-se em muitos países, e no Brasil não era diferente. Apenas em alguns poucos países da Europa ocidental, em função dos efeitos sociais de duas guerras mundiais, e em países socialistas, pensava-se em sistemas públicos de saúde mais territorializados, considerando especificidades locais, como acontecia na Inglaterra e na China, e menos voltados para especialidades médicas.

O fortalecimento da medicina de caráter curativo, individual e de extrema especialização, movimentando-se entre o consultório privado e o hospital, sendo aquele a porta de entrada para este, apartada das ações e campanhas voltadas para epidemias e saneamento público, evidenciou um forte distanciamento entre as necessidades das populações, nomeadamente as menos favorecidas, e os conhecimentos ensinados nas escolas médicas. Já nos anos 1950, quando propostas desenvolvimentistas exigiam estudos epidemiológicos de territórios observando-se as determinantes sociais em saúde¹, começou-se

1 PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. *Recursos críticos: história da cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

2 FERREIRA, J. R. A formação do médico generalista – contextualização histórica. *Cadernos ABEM*, v. 2, p. 41-45 jun. 2006.

3 BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. *Abertura de escolas médicas no Brasil – Relatório de um cenário sombrio*. Brasília: AMB/CFM, 2005, p. 16.

Experiências pioneiras no Brasil

O professor José Lima Pedreira de Freitas (1917-1966) foi responsável pelo início das atividades do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva (hoje Departamento de Medicina Social) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) em 1955. O departamento, além de buscar integrar ensino e clínica, buscou espaços fora da faculdade para a realização do ensino, de modo que os alunos pudessem conhecer a realidade epidemiológica das áreas mais pobres da cidade. “(...) em 1956, o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, então dirigido pelo professor Sérgio Rodrigues, e as cadeiras de Psicologia e de Sociologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), elaboraram, em conjunto, um programa denominado: Prática Clínica Social, e os alunos do 3º ano médico visitavam, individualmente, famílias residentes em bairros periféricos da cidade de Ribeirão Preto, a fim de conhecerem os problemas ligados ao

modo de viver dessas famílias e identificarem os fatores que pudessem afetar a saúde mental” (FRANCO, HADDAD, FORSTER & CACCIA-BAVA, 2002). Na sequência, viria um ambulatório para o qual eram encaminhadas pessoas que, observadas a partir das visitas, precisavam de atendimento preventivo em níveis primário e secundário, com exames, diagnóstico e tratamento, processo no qual outros departamentos se envolviam, por exemplo, o de Parasitologia com os exames. Em 1964, Pedreira de Freitas liderou um projeto de atenção primária à saúde em Cássia dos Coqueiros, à época um dos lugares mais pobres da área metropolitana de Ribeirão Preto, no qual transformou o centro de saúde local em centro de estudos para atuação dos alunos de graduação e dos residentes. Ainda hoje, este centro mantém vínculos com o Hospital de Clínicas da FMRP.

A expansão das redes hospitalares ocorreu em paralelo às primeiras propostas de integração docente-assistencial.

4 No Arquivo do CEHFI/UNIFESP encontram-se as atas digitalizadas após trabalho do pesquisador Evandro Braga, que encontrou as atas da UNEM no Centro Acadêmico Pereira Barreto (CAPB) da EPM/UNIFESP. A UNEM seria fechada pelo golpe de 1964, mas suas reuniões seriam renomeadas como *Encontro Científico de Estudantes de Medicina* (ECEM), de modo a driblar a censura e a perseguição. Consultar BRAGA, E. A Unem e a busca por uma medicina humanizada. In: *Relatório da Comissão da Verdade Marcos Lindenberg da UNIFESP*. São Paulo: Editora PontoCom, 2021, p. 255-268. Disponível em: <http://www.editorapontocom.com.br/1/67/Comiss%C3%A3o-da-Verdade-Marcos-Lindenberg-da-Unifesp>. Acesso em: junho 2022. A Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), fundada com a abertura em 1986, vinha a substituir a UNEM, condenada pela Lei Suplicy de 1964, que tornou ilegais as entidades estudantis.

a discutir a abertura de serviços de saúde interiorizados, a formação de médicos generalistas que pudessem atuar nessas comunidades e a organização de ações preventivas também de caráter local². Como destacou Clementino Fraga (1880-1971), no trecho de suas memórias reproduzido na abertura deste capítulo, havia muito que discutir sobre a formação e a capacitação dos médicos. Era preciso vincular os laboratórios de ensino às comunidades, rever os currículos e os espaços de ensino, integrar cuidados curativos individuais a ações de caráter preventivo e ao conhecimento das realidades locais, aproximar a docência dos serviços de assistência à saúde, em suma, era preciso formar o médico para além dos muros do hospital e das especialidades, observando-se as necessidades sociais.

Dessa forma, a expansão das redes hospitalares, com concentração de tecnologia, equipamentos, profissionais e serviços diagnósticos especializados, ocorreu em paralelo às propostas de desenvolvimento de projetos como os de medicina preventiva, integral e/ou comunitária, assim como dos primeiros projetos de integração docente-assistencial (IDA), que buscavam aproximar a educação médica das comunidades e suas singularidades e se contrapor ao modelo curativo-hospitalar. Não por acaso, a criação dos departamentos de medicina preventiva a partir dos anos 1950, com forte incentivo da OPAS e da Fundação Rockefeller, constituiu um importante primeiro passo das escolas para a reformulação do ensino médico em relação aos serviços de saúde e à prática médica. Congressos, seminários e conferências pan-americanas sobre educação médica e o ensino de medicina preventiva reuniram escolas e incentivaram sua associação para a consecução das reformas que eram propostas.

O conjunto de propostas que então foram desenhadas adquiriram características específicas entre os países que participavam dos debates, mas em todos eles a reforma curricular era incontornável, e não se tratava apenas de criar

departamentos de medicina preventiva, mas de integrar o médico generalista com o especialista, tanto em suas formações, no âmbito da escola médica, quanto nos serviços de assistência à saúde. No caso brasileiro, a Associação Médica Brasileira (AMB), em 1956, reuniu em Ribeirão Preto escolas médicas e trouxe para o centro do debate o tema do ensino, seus lugares e prioridades. No mesmo ano, a AMB criou a *Comissão de Ensino Médico*, preocupada com a expansão das escolas médicas. Em um momento marcado pelos debates sobre o currículo e os espaços de ensino, era preciso verificar a qualidade das novas escolas. Os trabalhos da Comissão, entregues ao então presidente da República, Juscelino Kubitschek (1902-1976), permitiram a criação de uma comissão interministerial com a incumbência de propor reformulações no ensino médico, fato que, infelizmente, não conseguiu ultrapassar as barreiras da burocracia das comissões do Congresso Nacional.³ Mas o debate estava colocado e envolvia docentes, estudantes e governantes.

Em 1958, a partir de encontros nacionais de estudantes de medicina, havia sido fundada a União Nacional de Estudantes de Medicina (UNEM)⁴, que militou pela transformação do currículo médico por meio de uma educação mais humanista, com a inserção de disciplinas como Sociologia, História, Literatura e Filosofia, pela criação de farmácias populares e pela expansão dos serviços de saúde para as populações desassistidas do país. No âmbito dos projetos que a UNEM discutia com o governo federal e em seus congressos, destaca-se a aproximação dos cursos de medicina aos serviços de saúde e

Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e, não apenas, a ausência de moléstias ou enfermidades. Não falte, pois a colaboração da medicina e dos médicos para a prevenção e a cura dos males que, tão gravemente, afetam e infelicitam o homem. (...)

(...) ou as Faculdades de Medicina resolvem promover a educação humanística, eventualmente iniciada no ciclo secundário, ou elas continuarão a ser escolas que se diferenciam das de Medicina Veterinária, apenas porque a espécie animal nelas estudada é o Homo sapiens.

A quem queira disso convencer-se bastará comparar os respectivos programas e currículos. (...)

Só a educação integral, científica e humanística, poderá preparar os médicos de tal forma que, suficientemente esclarecidos e

motivados, se interessem tanto pelo que sua profissão oferece quanto aos últimos objetivos, que saibam encontrar o necessário equilíbrio entre suas necessidades materiais e os imperativos da profissão; equilíbrio que, só ele, proporcionará a tranquilidade e a satisfação interiores necessárias à construção de uma vida produtiva e feliz. (...)

Complete-se, pois, a formação do médico com estudos de Literatura, de História e de Filosofia, o tripé da educação humanística, agregando-se-lhe, ainda, o indispensável conhecimento das Artes.

LINDENBERG, M. *Medicina, Civilização e Humanismo*. Discurso datilografado para a turma formada em 1966 pela Escola Paulista de Medicina (EPM). Disponível no Arquivo do CEH-FI/UNIFESP.

às urgências das populações rurais e das regiões Norte e Nordeste do país, consideradas as mais carentes. Em ata de reunião de maio de 1961, por exemplo, a diretoria, à época presidida pelo pernambucano Gentil Porto⁵ (1940-2019), apontava problemas a serem enfrentados no Nordeste: carência proteica, alta mortalidade infantil, a incidência de parasitoses e a tuberculose como grave problema social.⁶

A história da ABEM se inicia a partir do entroncamento e dos desafios colocados para a educação médica pelos debates até aqui sumariados. Em seus 60 anos de história, ela acompanhou, incentivou, encaminhou politicamente e propôs transformações para as ações e práticas dos médicos e de suas escolas, em seus espaços de ensino e de integração entre a docência e a assistência. Fundada em meio às tratativas e articulações para cooperação entre países do continente americano, que também levariam à fundação da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) no mesmo ano, teve sua primeira sede na cidade de Belo Horizonte (MG), valendo-se do apoio do corpo jurídico da Universidade Federal

de Minas Gerais (UFMG) na figura de seu primeiro presidente, Oscar Versiani Caldeira.⁷ Entre a sua fundação, em 21 de agosto de 1962, os debates que lhe antecederam e que remontam a 1960, e seu primeiro boletim, em agosto de 1963, a ABEM realizou um conjunto de simpósios e reuniões, nacionais e internacionais, voltados para a urgência de se retomar a formação do médico generalista e de se incluir medicina preventiva na formação dos alunos. Sempre em parceria com a FEPAFEM, buscou liderar o processo de modificação dos currículos médicos e interceder pela qualificação das novas escolas médicas.

Em novembro de 1962, o então ministro da Educação e Cultura, o professor Darcy Ribeiro, promoveu um Simpósio sobre Ensino Médico, que foi dirigido pelo presidente da ABEM. Na ocasião, a ABEM aprovou seu primeiro regimento em assembleia extraordinária convocada para o dia 9 de novembro. As principais discussões do Simpósio giraram em torno da formação e das práticas médicas em comunidades pobres e zonas rurais, era preciso resgatar os muitos *Miguelins* que andavam pelos sertões dos brasis. Seus estatutos haviam já sido discutidos em pré-reu-

5 G. Porto, Depoimento à CVML/UNIFESP, 11 mai. 2015.

6 “Ata do dia 17 mai. 1961 na Sexta Reunião Ordinária da UNEM”, ocorrida em Recife (PE), em Livro de Atas da UNEM 1958-1965, APUD BRAGA, E. op. cit., p. 261.

7 ABEM, *Programa de Fundação da Associação das Escolas Médicas do Brasil*, Belo Horizonte, 20 a 22 de agosto de 1962, e ABEM, *Ata da III e IV Sessões da Fundação de Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM)*, Belo Horizonte, 22 de agosto de 1962.

8 ABEM, *Boletim*, nº 1, ago/1963.

niões ainda em maio de 1962, e foram apresentados em proposta por Zeferino Vaz.⁸

O tema do primeiro Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), à época denominado Reunião Anual da ABEM e realizado entre 21 e 25 de agosto de 1963, em Belo Horizonte, *Novos Rumos para o Ensino Médico no Brasil*, definiu a vocação da ABEM, assim como os convidados presentes evidenciam seus interlocutores e apoios institucionais, destacando-se a OPAS, a Fundação Rockefeller, a Fundação Kellogg, a Fundação Ford, o Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI), a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Milbank Memorial Fund, USAID/Brasil, Escolas de Saúde Pública, AMB, secretarias estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, Capes, entre outros.

Os debates desta primeira reunião foram marcados por propostas de humanização das práticas médicas, de integração intrauniversitária, de modos de implementação e desenvolvimento da medicina preventiva nas escolas, além de ter sido indicada a necessidade de avanço na pesquisa acadêmica em medicina, nomeadamente pelo incentivo da docência em tempo integral. Além disso, em sua conferência intitulada *Carência de médicos no Brasil*, o presidente Oscar Versiani destacou a irregular distribuição de médicos pelas regiões do Brasil, mesmo com o aumento das vagas disponíveis nas escolas existentes e o nascimento de novas escolas, fato que apontava para dois problemas: a ausência de equipamentos de ensino adequados – pelo que se apontava a possibilidade de ocupar equipamentos públicos como filiados – e o provimento dos serviços de saúde em áreas rurais. Para este último caso, foram sugeridas facilidades de financiamento para o médico que montar seu aparato em cidades carentes de representantes da saúde, indicando como parâmetro o Egito, que havia instituído a prestação de serviços médicos compulsórios ao recém-formado, em zonas rurais, mediante condições compensatórias (ver reprodução na página 18).

Comissão de Planejamento e Legislação:

Presidente : Antônio S. dos Santos Figueira
Membros : Lucas Monteiro Machado
Rubens Siqueira
Humberto Nóbrega

O Regimento da A.B.E.M. foi discutido e aprovado em Assembléia extraordinária, convocada pelo Sr. Presidente, em 9 de Novembro do ano findo, em Brasília, durante a realização do Simpósio Sobre Ensino Médico, promovido pelo então Ministro da Educação e Cultura, Prof. Darcy Ribeiro. Esse conclave foi confiado à direção do Sr. Presidente da A.B.E.M. e reuniu, na Capital Federal, a quase totalidade dos Diretores de Escolas Médicas, além de muitos outros nomes exponenciais da medicina brasileira, que durante três dias debateram relevantes problemas relativos à formação de médicos e ao exercício da medicina no Brasil, tendo em vista as ingentes necessidades de assistência médica às pequenas comunidades e à zona rural. Na parte final deste Boletim, será transcrito o Regimento aprovado e, em outro tópico, comentar-se-ão as recomendações do referido Simpósio.

Outro importante evento que marcou os primeiros meses de atividade da A.B.E.M. foi a realização entre 26 de Novembro e 1º de Dezembro últimos, em Viña Del Mar (Chile), da 3ª Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, em que a Associação se fez representar pela maioria dos membros da Diretoria e grande número do Conselho, os quais foram autorizados pela Assembléia Extraordinária de Brasília, a votar a criação da Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina, efetivamente realizada durante aquele conclave, conforme noticiário destacado adiante.

Antes de completar o primeiro ano de atividades da A.B.E.M., seu Presidente empreendeu, em Abril e Maio últimos, longa viagem de visita a todas as escolas médicas, em funcionamento no extenso território nacional, a fim de concitá-las ao fortalecimento da A.B.E.M. e ao comparecimento à primeira reunião anual de estudos, marcada para o corrente mês no Recife, conjuntamente com o 2º Seminário Nacional sobre o Ensino de Medicina Preventiva. Nessa oportunidade, realizar-se-á a primeira reunião ordinária da Diretoria e do Conselho da A.B.E.M., eventos que coroarão o ano inicial de existência dessa agremiação, a qual tem como finalidade precípua o progresso da medicina brasileira, considerado elemento indispensável na contextura do desenvolvimento material e social da Nação.

A abertura desta reunião, em sua sessão solene, contou com conferência de Gilberto Freyre. Discorrendo sobre a tema *Sociologia e Medicina*, o sociólogo acompanhou a proposta de humanização das práticas médicas, constante dos grupos de estudos, ressaltando a necessidade de o médico interpretar o paciente observando suas dimensões social, política, econômica e psicológica, o que poderia resultar em profícuo diálogo entre medicina e sociologia. Este tema

somava-se à instituição da Psicologia, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), como matéria básica no curso de medicina, a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1961. A Conferência de José Leme Lopes, que tratou sobre esse assunto, salientou as dificuldades envolvidas nesse quesito, pois não havia interação das escolas de medicina com as outras escolas e nem mão de obra qualificada nas escolas médicas, sendo ideal instituir a matéria como Psicologia Médica.

— 82 —

ser formados com a cooperação das municipalidades e por elas aproveitadas na assistência social, distribuindo-os periféricamente, em zonas atendidas pelo médico que supervisionará seus serviços.

Diga-se logo que preferencialmente deverão ser moças, a fim de aproveitá-las no atendimento ao parto.

Os homens ficariam poupados para os trabalhos braçais da lavoura ou da indústria.

IV

Distribuição geográfica dos médicos

Este um capítulo delicado da política assistencial do País. Deve ser cuidado de modo objetivo.

Já inicialmente mostramos que Capitais e grandes cidades estão com uma população médica talvez excessiva, enquanto o Interior e sobretudo zonas rurais se encontram carentes de assistência.

Ora, em maio passado o Conselho da Associação Médica Mundial, reunido na Iugoslávia, entre outros itens de seu projeto de assistência médica rural, todos dignos de atenção, incluiu o de n.º IV — “A autoridade pública deve objetivar sempre a preservação da relação médico-paciente no desenvolvimento de serviços de saúde nas áreas rurais.”

Para que a comunidade seja mais justamente atendida (não esquecendo que o problema envolve aspectos econômico-sociais que por todos os meios o Estado deve procurar resolver), podem-se propor algumas providências que venham concorrer para uma melhor distribuição dos médicos. Dentro das medidas adiante alvitradas nenhuma interferirá no direito que assiste a qualquer profissional de escolher seu campo de atividade, seja quanto ao setor da medicina seja quanto à escolha do local de trabalho.

Primeira providência — Estabelecer em lei que nenhum médico poderá ser admitido ao serviço público

— 83 —

federal, estadual, municipal ou autárquico, sem que previamente tenha exercido atividade profissional pelo menos durante um ano em localidade até então desprovida de médico.

Segunda providência — Facilitar o crédito em estabelecimentos bancários para financiamento de aquisição de instrumental médico (consultório, laboratório, gabinete radiológico, de eletrocardiografia ou outros) quando o médico se comprometer conservar-se na localidade escolhida durante o tempo de financiamento.

Terceira providência — Fornecer casa residencial, com respectivo consultório ao médico ou financiar a aquisição de residência, se ele o preferir para radicação.

Quarta providência — Estabelecer padrões de vencimentos para o médico do Interior em níveis mais elevados do que os das capitais e cidades que tenham serviço médico organizado. Caso seja desligado de funções públicas, remunerá-lo pelos serviços que possa prestar como sanitarista-auxiliar, assim como à clientela carente de recursos, mediante tabelas previstas no sistema de livre escolha.

Quinta providência — Facilitar sua atuação mediante um sistema radiodifusor, estabelecido pelas Escolas Médicas, para atender a consultas em horas de dificuldade. Para isso se conseguiria faixa de amadorismo própria. Um sistema de ligações telefônicas entre especialistas, por intermédio da estação difusora, é perfeitamente exequível e econômica, cabendo às Escolas e seu corpo docente assistir aos médicos do Interior.

Essas providências não são utópicas. Ao contrário, encerram aspectos práticos, algumas já em execução em países que enfrentam as mesmas dificuldades.

Assim, por exemplo, o Egito tornou compulsória a prestação de serviços médicos pelos recém-formados, durante dois anos, nas zonas rurais, procurando, entretanto, dar-lhes também condições compensadoras.

A década de 1960 foi marcada pelo debate sobre como organizar os internatos e a residência médica, tema que foi tratado em diversas atividades da ABEM.

A preocupação com a formação intelectual do estudante que ingressava nos cursos médicos também esteve presente em duas conferências proferidas pelos médicos Oscar Versiani Caldeira, Oromar Moreira, Hércio Weeneck e Galeno P. Alvarenga, que questionaram a avaliação apenas de habilidades como física, biologia e química, deixando de lado questões primordiais que estão mais relacionadas às ciências humanas, tais como proatividade investigativa, capacidade de raciocínio, interesse social e solidariedade humana, aspectos que podem ser vinculados à conferência de Freyre sobre as aproximações sugeridas entre medicina e sociologia. O debate se estendeu às falhas dos últimos anos da educação básica, que priorizava essas áreas. Os conferencistas haviam instituído, em suas universidades, testes psicológicos que avaliavam os ingressantes, e concluíram que estes não estavam aptos para as urgentes questões vinculadas ao tema da humanização e da aproximação do ensino com as comunidades. Sendo assim, indicavam que “modificar o sistema de seleção e também modificar os métodos de estudo devem ser, portanto, os fundamentos de qualquer tentativa para o progresso da educação médica”⁹. A possibilidade de se criar um *Curso pré-Médico* para dar conta dos problemas levantados voltaria ao debate na reunião do ano seguinte, assim como, na terceira reunião, o ingresso de estudantes treinados apenas na memorização de conteúdos, e sem qualquer avaliação sobre suas motivações para a carreira médica, seria bastante criticado.

A década de 1960 foi marcada pelo debate sobre como organizar os internatos e a resi-

dência médica, tema que foi objeto de moção na reunião de 1964, das próximas reuniões e de injunções da ABEM ao governo federal para criar os regulamentos necessários para as escolas médicas, especialmente considerando o aumento de vagas e o nascimento de novas escolas (ver reprodução na página 20)..

Cabe destacar ainda que, na primeira reunião oficial, no relatório do presidente Oscar Versiani, foi informado que a ABEM enviou projeto de decreto para seu reconhecimento como entidade de utilidade pública, cujo trâmite foi iniciado no Senado sob o nº 49/1962 e aprovado com pareceres favoráveis nas comissões de Justiça, Educação e Saúde. O reconhecimento veio em Decreto de 23 de maio de 1969.¹⁰

No final do ano de 1963, por solicitação do ministro da Saúde, Wilson Fadul, o presidente da República, João Goulart, convocou a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), que se realizou no mês de dezembro. Em meio às reformas de base propostas pelo governo, esta conferência associou o desenvolvimento econômico do país à perscrutação das necessidades em saúde dos brasileiros, e a programas construídos a partir de realidades sociais locais. Por isso, seus temas oficiais foram:

- a) *Situação Sanitária da população brasileira. Apreciação geral do problema.*
- b) *Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.*
- c) *Municipalização dos serviços de saúde.*
- d) *Fixação de um Plano Nacional de Saúde.*¹¹

O tom progressista das propostas, apontando para uma reestruturação dos serviços de saúde em seus aspectos médicos e sanitários, nas três esferas de poder, e destacando o município como lugar a partir de onde se estruturaram os serviços de saúde com base em um Plano Nacional de Saúde, certamente permite inseri-las nas intenções reformistas do governo Goulart,

9 ABEM, *Anais da I Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM)*, Belo Horizonte, 21 a 25 de agosto de 1962, p. 68.

10 ABEM, *Anais da VII Reunião*, Niterói, 23 a 26 de agosto de 1969, p. 249

11 BRASIL, MS. Decreto n. 52.391, de 4 de julho de 1963. *Relatório III Conferência Nacional de Saúde*, 1963. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1488-relatorio-final-da-3-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em junho 2022.

M O C I O

Considerando o que expõe o excelente Relatório do Prof. Caio Benjamin Dias a respeito da urgência de se implantar no País o sistema do Internato e Residência;

considerando que as amostragens já tentadas aqui e acolá em dadas Escolas, revelam a receptividade para a procura de uma solução mais global do problema;

considerando as vantagens de abordar-se a questão escudados em entidades bem representativas da comunidade e dos grupos interessados,

propõe-se que:

O plenário da IIª Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas aprove a seguinte

R E S O L U Ç Ã O

- a) - A Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), promoverá para dentro de breve prazo uma reunião de que participem, além dela própria, as seguintes entidades, que convidará:
Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Hospitais para elaborar e aprovar um plano e as normas de Internato e Residência para todo o País, nas regiões em que houver Escolas de Medicina.
- b) - As entidades participantes da Reunião se farão representar por delegados plenipotenciários para assentar o citado plano que se desdobrará em Estatuto, Regulamento e criação de um Conselho Nacional para a matéria, incluindo todas e quaisquer medidas e providências para implantação e supervisão do sistema de Internato e Residência para o País.

Poços de Caldas, 19 de agosto de 1964

Pelo grupo B-4 ,

Roberto Santos
José Hilário
F. Victor Rodrigues

Roberto Figueira Santos

Roberto

assim como explicam a mudança de tom na CNS seguinte, em 1967, com metas estritamente técnicas acerca da formação e alocação de recursos humanos em saúde, em acordo com as orientações autoritárias do regime que se instalou em 1964. Em paralelo, porém, e mesmo por dentro dos espaços oficiais de discussão e de ação política controlada, como as CNS e as secretarias de Saúde municipais e estaduais, a ABEM continuaria a desenvolver as temáticas que marcaram a sua fundação, o que se tornaria importante na organização do Movimento pela Reforma Sanitária dos anos de 1970 e 1980. E os desafios para a organização dos serviços de saúde e do ensino médico nos anos de chumbo foram enormes: à inviabilização das reformas de base seguiram-se o agravamento dos problemas sociais nas áreas rurais que, invadidas por grandes empreendimentos, provocaram um forte êxodo rural e o crescimento das áreas periféricas e pobres dos grandes centros urbanos. Novos contornos sociais para velhos problemas: urgências sociais em saúde que não podiam ser ensinadas nos leitos dos hospitais, ausência de equipamentos e recursos humanos para atendimento à saúde em áreas distantes, rurais ou nas periferias das grandes cidades.

Do ponto de vista dos serviços de saúde, o que se viu foi o fortalecimento da medicina individual e curativa no binômio consultório/hospital, ao passo que a saúde pública, responsabilidade do Ministério da Saúde para campanhas de saneamento e vacinação, recebia poucos recursos, fato que fazia aumentar a incidência de doenças endêmicas, como a febre amarela e a malária, e ainda traria a epidemia de meningite a partir de 1970. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 reuniu os antigos institutos de aposentadoria e pensões isolados, que atendiam categorias de trabalhadores em separado, em um grande órgão público de controle federal e centralizado. A lógica da medicina previdenciária¹², ancorada nos recolhimentos feitos por trabalhadores com

carteira assinada, o que lhes permitia receber atendimento em consultórios e hospitais conveniados ao INPS, continuava a manter trabalhadores sem carteira assinada, especialmente os das áreas rurais, desassistidos ou dependentes de instituições de caridade e filantrópicas.

Do ponto de vista da organização curricular das escolas médicas, a Reforma Universitária de 1968, as tratativas para a regulação dos internatos e residências e os projetos para organização de hospitais de ensino informaram as ações da ABEM na década. As cátedras seriam abolidas e substituídas por departamentos nas universidades, assim como seria instituído o regime de dedicação integral nas universidades federais, com forte incentivo para a pós-graduação e a pesquisa. Os currículos, bastante controlados pelo Conselho Federal de Educação (CFE), no caso das escolas médicas, radicalizaram a separação entre disciplinas básicas e clínicas. O hospital, motivo de injunções pela ABEM para sua regulação de modo a poder ser, de fato, espaço de ensino, manteria sua trajetória de expansão como centro do sistema de saúde brasileiro e

12 FONSECA, C. M. O. *Saúde no governo Vargas (1930-1945). Dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007; NEMI, A. *Entre o público e o privado – Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933-1988)*. São Paulo: Hucitec, 2021.

Os desafios para a organização dos serviços de saúde e do ensino médico nos anos de chumbo foram enormes: à inviabilização das reformas de base seguiram-se o agravamento dos problemas sociais nas áreas rurais e o crescimento das áreas periféricas e pobres dos grandes centros urbanos.

do ensino, ao passo que se adensavam os projetos de ensino extramuros e em contato com as comunidades. Nas reuniões da ABEM, a defesa do ensino público e gratuito e as reivindicações pelo aumento do seu financiamento foram uma tônica dos anos 1960, enquanto ações do governo em favor da expansão do ensino superior privado criavam zonas de atrito e, também, de negociação, para garantir a qualidade do ensino médico, fato que levaria à formação, pelo MEC, da Comissão de Ensino Médico de 1971. A especialização precoce, apesar da 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica no Brasil, em 1961, propor que as escolas se voltassem para a formação do médico generalista, seguiu seu curso.

Espaços de ensino, internato e currículos

A FEPAFEM se consolidou na 4ª Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, em agosto de 1964, em evento sediado em Poços de Caldas (MG) durante a 2ª Reunião Anual da ABEM, recebendo representantes de países latino-americanos, além de Estados Unidos e Canadá. Os eventos foram apoiados pelo governo federal, governo de Minas Gerais, município de Poços de Caldas, Fundação Rockefeller, OPAS, National Institutes of Health, Milbank Memorial Fund, Fundação Kellogg, United States for American Development, Organização Hope, entre outras entidades privadas e de governo.

Tais apoios, no entanto, precisam ser considerados em suas contradições. A medicina comunitária, conforme a proposta que vinha de organismos de financiamento dos Estados Unidos, como a Fundação Kellogg, e que ofereceram suporte para iniciativas da FEPAFEM e da OPAS com governos da América Latina, Brasil incluído, além de apoiar eventos da ABEM, supunha uma forte separação entre os recursos destinados aos que podiam pagar e aqueles voltados para as populações mais pobres, configurando uma

separação do atendimento à saúde em termos de renda e classe social. Mas no debate que vinha se consolidando a partir da ABEM, não se tratava de medicina simplificada para os mais pobres, mas de distribuição dos recursos humanos, equipamentos e tecnologias em face das efetivas realidades sociais, um primeiro passo para a formatação de atendimentos primários que, segundo estudos que remontavam aos anos 1950, indicavam que a maior parte dos serviços de saúde solicitados dispensavam o hospital e poderiam ser oferecidos por médicos generalistas e fazer parte de uma estrutura hierarquizada de serviços.

Dessa forma, é possível acompanhar, por meio dos relatórios das reuniões e dos seminários promovidos pela ABEM, uma movimentação política em relação aos poderes instituídos, verificada também em decisões que eram tomadas por governos nos âmbitos estadual e municipal, assim como por escolas médicas, que ultrapassaram as fronteiras e barreiras sugeridas pelo financiamento e pelas fortíssimas limitações impostas pela ditadura militar. Esta reunião de 1964, poucos meses após o Golpe, tipifica o argumento, já que são encontrados nos seus anais discursos ufanistas em relação ao novo regime, ao mesmo tempo em que algumas conferências indicam a urgência de investigar os fatores médicos, sociais, culturais e ecológicos responsáveis pela situação sanitária na América Latina.¹³ Também nesta reunião, em agosto de 1964, a assembleia da ABEM aprovou moção a ser enviada ao presidente da República defendendo a autonomia universitária na aplicação de verbas, no preenchimento de vagas, já que havia forte pressão para aumento das vagas no sistema público, na criação de cargos e no estabelecimento de horários de funcionamento (ver reprodução ao lado).¹⁴ Mas é fato que temas de desenvolvimento da pesquisa em especialidades, formação de centros, de bibliotecas e intercâmbios interuniversitários, bastante comuns nos modelos de financiamento promovidos pelas fundações Rockefeller e Ford, tributários tanto das propostas preventivistas quanto das flexnerianas,

ganharam mais espaço do que os embates dos primeiros anos da década de 1960 faziam supor. Uma estratégia política que se movimentava entre resistência, negociação e integração¹⁵ e que, considerando correlações de forças conjunturais, garantiu à oposição e aos setores críticos ao regime construir uma esfera pública de atuação e cimentar um caminho que seria fundamental para o movimento sanitário das décadas seguintes.

Na 3ª Reunião Anual da ABEM, realizada em Porto Alegre (RS) no mês de outubro de 1965, observa-se forte tendência para discussões centradas em questões curriculares dentro dos limites estabelecidos pelo preventivismo de matriz norte-americana, embora apareçam críticas à especialização precoce e sejam destacados aspectos de formação geral a partir do ensino de Nutrição. Com os temas *Formação de pessoal paramédico* e *Preparo e seleção de alunos*, além de dois seminários sobre o ensino de Nutrição nos cursos médicos do Brasil, foram apresentadas pesquisas sobre os assuntos, nomeadamente sobre o que se ensina em Nutrição e sobre as doenças que podem ser evitadas a partir do ensino e de políticas públicas voltadas para a boa saúde dos trabalhadores, e sugeridos meios de renovação do ensino com maior participação dos alunos.

13 ABEM, OPAS, Anais da IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina e II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Belo Horizonte, 16 a 22 de agosto de 1964, p. 61. O discurso citado é bastante contraditório, ao passo que reconhece a importância das ciências sociais para que comunidades culturalmente diversificadas possam ser mais bem conhecidas, sugere sua incorporação aos modelos higiênicos "ocidentais".

14 ABEM, Reunião Extraordinária do Conselho da ABEM e Assembleia Ordinária da ABEM, Poços de Caldas, 19 a 21 de agosto de 1964.

Indicar ao governo a necessidade de cumprir os preceitos de autonomia universitária, inclusive na aplicação de verbas, no preenchimento de vagas e criação de cargos da universidade, assim como, no estabelecimento de horários, a fim de evitar a burocratização dos quadros docentes.

Apresenta

Papaluzhin
Victor Rodry
Caulest
José Maria da G. F.

As tabelas apresentadas pelo relator José Eduardo Dutra de Oliveira para a metodologia do ensino de Nutrição (imagem ao lado) são bastante elucidativas dos termos deste último assunto.

Ainda nesse sentido, há um documento, apresentado pela Faculdade de Medicina do Pará, que visava orientar professores para um melhor relacionamento com os alunos, e entre as indicações estavam: atenção à opinião do aluno; a falta de preparo adequado de alguns professores como causa das más relações professor-aluno; a necessidade de compreensão, pelo aluno, dos objetivos fixados nas disciplinas; a articulação entre autoridade, rigidez e boas relações humanas; o papel do professor pelo incentivo à participação efetiva do aluno no processo de ensino-aprendizagem, entre outros. O assunto já havia sido tema da reunião de 1964, sob o título *Pedagogia Aplicada à Medicina*, quando se compararam as potencialidades das aulas “magistrais” em relação à formação de pequenos grupos, considerada mais dinâmica e efetiva.

Nessa reunião de 1965, sob incentivo da OMS, que propunha uma revisão do conceito de saúde, entrou em pauta a formação e a regula-

15 RIDENTI, M. As oposições à ditadura: resistência e integração. In: REIS, D. A.; RIDENTI, M.; MOTTA, R. P. S. *A ditadura que mudou o Brasil – 50 anos do golpe de 1964*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014, p. 30-47; RIDENTI, M. *O segredo das senhoras americanas*. Intelectuais, internacionalização e financiamento na Guerra Fria cultural. São Paulo: Editora da Unesp, 2022; ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde – Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

TABELA 1

Relações típicas do Aluno com os Agentes de aprendizagem em dois tipos extremos de cursos

AGENTES	CURSO TRADICIONAL	CURSO RENOVADO
Professor	Aula expositiva.	Discussão, em classe, de problemas, planificação de trabalhos, análise de resultados, conclusões.
Colegas	Estudo para prova em grupos, pelas notas de aula.	Equipes de trabalho, colaboração e troca de idéias em todas as fases de atividade.
Caderno	Cópia do que o Professor diz em aula.	Planos, registros de resultados experimentais, conclusões, exercícios.
Texto	Estudo (raramente).	Consulta, para obter dados necessários à solução de problemas em estudo.
Práticas	Como verificação do que já foi explicado.	Como experimentação para descobrir “fatos novos” e princípios.
Técnicas	Como treino.	Para uso na obtenção de dados significativos.

TABELA 2

Tendências opostas nos dois tipos extremos de cursos

CURSO TRADICIONAL	CURSO RENOVADO
Motivação artificial (provas, notas).	Motivação natural (interesse pelos problemas em estudo).
Objetivo informativo predominante. Aprendizagem de idéias inertes. Matéria formalmente ordenada, mas psicologicamente desordenada (noções soltas).	Objetivos formativos predominantes. Matéria formalmente desordenada, mas psicologicamente organizada (noções integradas).
Capacidade repetitiva. Maior disciplina formal. Maior passividade.	Capacidade criadora. Menor disciplina formal. Maior atividade.

mentação dos profissionais paramédicos, tais como enfermeiras, obstetrias, auxiliares de enfermagem etc. O principal problema referia-se aos lugares de formação desses profissionais, se dentro ou não da escola médica, e ainda qual o papel do médico neste contexto. Apresentou-se o exemplo do Serviço Social de Saúde Pública, que, na Amazônia, havia estabelecido atendimento à saúde por enfermeiros, que recorriam a médicos apenas em situações específicas. Tratava-se de definir quais as funções que os paramédicos poderiam cumprir, principalmente nas localidades em que não há médicos, onde, por exemplo, enfermeiras podiam acompanhar crianças em cuidados com higiene. O relatório final sobre este tema apontou a importância de as escolas de medicina assumirem a formação desse pessoal e de se aproximarem de outras

áreas de conhecimento na formulação do conceito de saúde (veja reprodução abaixo).

A seleção dos alunos e a organização do curso são temas retomados das reuniões anteriores. Discutiu-se especialmente a duração do curso, já que o ministro da Educação e Cultura, Flávio Suplicy de Lacerda, havia indicado a possibilidade de diminuir a graduação para cinco anos, e a UFMG havia acatado a sugestão, inclusive apresentando painel com as vantagens encontradas no modelo. Via de regra, porém, mesmo reconhecendo as positivas alterações curriculares feitas na UFMG, como a introdução da formação pré-médica, a integração dos programas das disciplinas, com redistribuição e carga horária, a participação dos alunos e a reestruturação da pós-graduação, não houve adesão formal à proposta.

Do ponto de vista conceitual, todos os grupos aceitam a definição básica do co-relator do tema, Professor R. Mascarenhas, que caracteriza pessoal para-médico como "aquêlo que desempenha, por definição ou delegação, atividades que permitam uma assistência mais ampla aos pacientes sadios ou doentes, sendo o trabalho do médico a razão d a existência desse pessoal." Os grupos B, D e E, no entanto, consideram o conceito restritivo e fazem-no em atenção ao estatuído na Carta da Organização Mundial de Saúde, que ensina ser a saúde um estado de bem estar físico, mental e social" e que seu gozo é um dos direitos fundamentais de cada ser humano. Daí que, os que defendem a ampliação do conceito incluem entre o pessoal para-médico profissionais ou atividades cujo exercício não está necessariamente subordinado à ação médica e/ou relacionadas ao binômio saúde-doença. O co-relator, a cuja conceituação, essencialmente todos os grupos se subordinam, cinge-se a três categorias gerais: a) pessoal para-médico profissional (o que exerce uma profissão de nível superior, capacitado, pois para o exercício de uma profissão liberal ou equivalente); b) pessoal para-médico auxiliar (cujo ingresso na carreira, exige conhecimentos equivalentes ao primeiro e segundo ano do primeiro ciclo do curso médico); e c) pessoal para-médico não técnico (com preparação equivalente ao curso primário). Os membros dos grupos B, D e E, no entanto, incluem outras categorias como dentistas, veterinários, farmacêuticos, sociólogos, físicos, estatísticos, biólogos, químicos, engenheiros sanitários e eletrônicos, economistas, antropólogos, técnicos de laboratório, técnicos de raios X, secretárias, estenógrafas, arquivistas, desenhistas e fotógrafos.

Com Mascarenhas, porém, todos conferem ao médico o papel de líder, cabendo-lhe, mediante, uma clara noção de suas responsabilidades, a coordenação das próprias atividades com as do pessoal para-médico, de tal forma que se atente para o bem estar do indivíduo e da comunidade.

Não foi possível ao Relator Geral deprender, pelo menos da representação intelectual que lhe foi dado compulsar a definição precisa da natureza e do âmbito das atividades de cada categoria de pessoal para-médico, quando incluída pelos grupos no sentido amplo do termo. Foi salientada, sim, sua índole de equipe, com ênfase para conveniência de que na etapa de formação do médico, nêle sejam inculcadas noções precisas da natureza e da valia do pessoal para-médico, para seu ulterior exercício profissional.

Todos os grupos destacam a absoluta necessidade de que as Escolas de Medicina assumam a liderança da preparação de pessoal para-médico, coordenando ou diretamente organizando cursos para a sua formação. A solicitação é tão consistente e generalizada, que deixou no relator a convicção de que as Escolas de Medicina se têm até aqui omitido na consideração e execução de programas de ação, pelo menos, no que tange à maioria das categorias ou tipos de pessoal para-médico. Destacam-se como exemplo a seguir os projetos da Faculdade de Ciências Médicas da Guanabara e o da Escola Paulista de Medicina, atinentes a cursos especializados ou de licenciados em ciências básicas, bem como cursos de pessoal auxiliar técnico no campo da pesquisa.

Muitas escolas médicas não tinham hospital próprio para ensino, e nem sequer o internato organizado.

Em 1966, na 4ª Reunião Anual da ABEM, realizada em Salvador (BA) no mês de agosto, quando então já se havia criado o cargo de diretor executivo, sendo o primeiro José Roberto Ferreira, os temas norteadores foram dois: *O Ensino da Psicologia no Currículo Médico e Atividades Extracurriculares do Estudante de Medicina*. Além disso, houve um seminário sobre administração de escolas e um subtema voltado para a questão do planejamento educacional. Sobre o primeiro tema, tanto as conferências quanto o relatório final incentivaram a presença da disciplina nos cursos médicos, mas sempre vinculada a um médico como responsável. Alguns grupos admitiram a possibilidade de o psicólogo formado ser docente, mas desde que sob coordenação e supervisão médica, como manda a ação corporativa... Quanto ao segundo tema, tanto conferências quanto o relatório final apontaram como primordial as atividades extracurriculares para ampliação cultural do discente.

Cabe destacar nesse ano o painel *Ampliação da Rede Médico-Assistencial no Brasil*, e não apenas pela presença do ministro da Educação, Raymundo Moniz de Aragão, mas pelas discussões sobre a necessidade de aumentar os graduados em medicina e sobre as possibilidades de equipamentos públicos serem utilizados como hospitais de ensino. A ABEM já vinha indicando em suas atas e relatórios suas atividades como órgão de assessoramento em educação médica, principalmente em relação à Diretoria de Ensino Superior (DESu), dentro do MEC¹⁶. Oscar Versiani Caldeira, por exemplo, sugeriu a possibilidade de manutenção dos hospitais de ensino pelos órgãos assistenciais públicos e o aproveitamento de hospitais não públicos para o ensino, com reembolso de serviços prestados pelos hospitais de ensino por parte dos pacientes com recursos e a celebração de convênio com o Departamento Nacional de Previdência Social, além de levantar a possibilidade de utilização dos hospitais de ensino pelo docente para prática privada, desde que fora do horário de expediente, fixando o pro-

fessor de tempo parcial à escola em que atuava. Houve concordância com a proposta, pensada apenas em seus aspectos técnicos de aumentar a presença do docente nos espaços de ensino, mas claramente ampliando a dimensão de um problema que ainda existe em escolas médicas, dado que muitos dos docentes médicos dividem seu tempo de trabalho entre a clínica privada e o ensino na escola médica, mesmo que pública.

O relatório da Diretoria Executiva apresentou o andamento de um estudo feito entre vestibulandos de escolas médicas, a partir de convênio entre a DESu/MEC e a ABEM, sobre seu perfil socioeconômico¹⁷, cujo resultado foi apresentado na abertura da 5ª Reunião Anual, na cidade de Campos de Jordão (SP), em agosto de 1967¹⁸. Interessante observar que a Fundação Milbank Memorial Fund, e antes dela a FEPA-FEM, financiou este primeiro biênio de atividades da Diretoria Executiva.¹⁹

Os temas *O Hospital de Ensino* e o *Preparo Pedagógico do Pessoal Docente em Medicina* foram os centrais na reunião de 1967. O primeiro tema se justificava porque muitas escolas médicas não tinham hospital próprio para ensino, e nem sequer o internato organizado. A USP, por exemplo, tinha o internato desde 1956, e a Escola Paulista de Medicina (EPM) desde 1961, independentemente de regulação federal, e a experiência de fazer parte do “serviço” de um médico não chegava a constituir internato, conforme viria a ser organizado a partir de 1969. A administração dos hospitais usados para ensino também estava em pauta, pois havia hospitais de ensino que

16 ABEM, *Ata da Reunião da ABEM*, Porto Alegre, 29 de outubro de 1965.

17 O resultado foi publicado em livro de 1967: ABEM, DESu/MEC, *Características Socioeconômicas dos Candidatos aos Cursos de Medicina – Ensino Médico no Brasil Parte II*, Rio de Janeiro, 1967.

18 Idem, *ibidem*.

19 FERREIRA, J. R. “Relatório da Diretoria Executiva”. In: ABEM, *IV Reunião Anual*, Salvador, 02 a 06 de agosto de 1966, p. 196.

Em 1967, a ABEM publicou os resultados da pesquisa sobre os dados socioeconômicos dos vestibulandos dos cursos de medicina. Das 40 escolas médicas, apenas 23 responderam, totalizando 14.002 candidatos ao vestibular. O questionário foi respondido por 12.990 dos candidatos. Foram apontados os seguintes dados no que tange à formação dos pais dos candidatos: 17,7% apresentaram que os pais tinham nível superior; 44,3% apontaram que os pais não ultrapassaram o primário e 33,2% chegaram à escola média. Quanto às mães: 45,4% dos candidatos apontaram que a mãe frequentou a escola primária; 20,1% dos candidatos apontaram que a mãe frequentou o ginásio; 18,4% apontaram que a mãe frequentou o colégio; 3,8% das mães de candidatos foram apontadas como graduadas. Quanto a características finan-

ceiras dos candidatos, os seguintes dados foram apontados: 11,6% dos pais de candidatos exerciam atividade manual; 63,7% dos pais exerciam atividades de inspeção e supervisão; 16,7% dos pais de candidatos eram profissionais liberais e administradores. Quanto às mães: 16,8% das mães de candidatos se dedicavam a atividades remuneradas. Das 2.180 genitoras que trabalhavam: 57,6% estavam como dirigentes, executivas, profissionais liberais ou altos cargos administrativos; 29,6% das mães que trabalhavam desempenhavam funções de inspeção e supervisão; 12,7% das mães que trabalhavam desempenhavam funções manuais.

ABEM, DESu/MEC, *Características Socioeconômicas dos Candidatos aos Cursos de Medicina – Ensino Médico no Brasil Parte II*, Rio de Janeiro, 1967. p. 19-23.

não eram administrados pelas escolas que, por isso, não participavam de importantes processos administrativos. Nesse sentido, os grupos de trabalho definiram um conceito para o hospital de ensino:

Hospital de Ensino é aquele que tem suas atividades assistenciais ajustadas ao ensino e treinamento, sob responsabilidade do corpo docente de uma Escola Médica, com os objetivos primordiais de:

- a) *graduação de médicos*
- b) *treinamento para graduados visando o aperfeiçoamento e especialização*
- c) *preparo de pessoal paramédico*
- d) *pesquisa clínica*
- e) *desenvolvimento da medicina na comunidade (...)*²⁰

Os requisitos mínimos exigidos na proposta eram:

- a) *Serviço de enfermagem dirigido por elemento formado na Escola oficial ou reconhecida*
- b) *Serviço radiológico*
- c) *Laboratório clínico*
- d) *Arquivo único central e estatística*

- e) *Serviços de anatomia patológica*
- f) *Banco de sangue*
- g) *Residência e Internato*
- h) *Acesso às bibliotecas*
- i) *Dependências especiais para a função de ensino (salas de aula etc.)*
- j) *Serviço social*
- k) *Serviço de emergência*
- l) *Serviço de treinamento intensivo*
- m) *Serviço de isolamento*²¹

Considerou-se, de maneira geral, que as escolas deveriam ter hospitais de ensino, que hospitais apenas assistenciais não seriam interessantes, sendo ideal vincular a escola à administração do hospital. Por isso, sugeriu-se a possibilidade de as escolas estabelecerem convênio com o INPS para uso de seus hospitais convenientes no ensino. Dentro do modelo preventivista então vigente, mas já apontando para cenários alternativos de ensino, destacou-se a necessidade de trabalho em postos periféricos, relacionados aos programas de medicina social das escolas e à necessária vinculação com comunidades. Aloysio Salles Fonseca, no Relatório de Introdução aos trabalhos, afirmou que um hospital de padrão

20 ABEM, “Tema I Relatório Final”. In: ABEM, *Anais da V Reunião Anual*, Campos do Jordão, 25 a 30 de agosto de 1967, p. 145.

21 Idem, p. 145-146.

22 ABEM, “Relatório Final”. Idem, p. 203.

elevado deveria atuar em conformidade com os problemas sanitários, atuar nos âmbitos social e educativo, como órgão comunitário expressivo.

Para o segundo tema, *Preparo Pedagógico do Pessoal Docente em Medicina*, discutiu-se a falta de preparo pedagógico para os docentes de escolas médicas, nomeadamente sua ausência nos currículos de formação. Os problemas decorrentes das más relações entre professores e alunos voltaram a ser elencados. Este assunto foi levantado em razão da grande quantidade de problemas envolvendo a relação professor/aluno e os conflitos sociais, econômicos e filosóficos acentuados do “momento presente”²², frase que seguramente se refere aos avanços do movimen-

to estudantil na conjuntura dos anos de 1967 e 1968. À frente desse debate, podemos afirmar a forte presença de Célia Lúcia Monteiro de Castro que, em 1967, aparece como chefe da Seção de Pedagogia da ABEM, e viria a ser a primeira mulher a assumir a Diretoria Executiva da associação em 1968, substituindo Aloysio Amâncio.

Os problemas financeiros da ABEM, então em busca de autonomia financeira, além de terem já sido objeto de discussão pelo diretor executivo na reunião anterior, continuavam sendo um desafio. O boletim havia deixado de ser impresso desde o seu segundo número, em 1963, e voltara a circular em abril de 1967, por meio da *Revista Tribuna Médica*, sem ônus para a instituição.

Mesa solene da 10ª
Reunião da ABEM,
com Célia Lúcia
Monteiro de Castro
falando ao microfone.
Nesse momento, Célia
ocupava o cargo de
diretora executiva da
ABEM e era a única
mulher representante
da diretoria. Ao seu
lado estava o então
presidente da ABEM,
Walter de Moura
Cantídio.

Foto Acervo ABEM



Os debates promovidos em 1969 estavam articulados à Reforma Universitária e à 4ª CNS.

No ano da 6ª Reunião Anual da ABEM, na cidade de Fortaleza (CE), em agosto de 1968, o “momento presente”, que dificultava as relações professor/aluno, seria mais ainda constrangido. Um conjunto de medidas de exceção atingiram severamente as universidades, impondo reformas e aposentadorias que exigiram muita resistência e negociação. E em um momento em que a ABEM se movimentava politicamente perante os poderes públicos para regulamentar o internato e a residência, e para fortalecer o espaço das escolas nos hospitais de ensino, além de mudar seu estatuto de modo a poder receber estudantes associados com direito a voto em suas assembleias e a abrir suas reuniões para temas livres em educação médica, conforme já iniciado na reunião de 1967. Não por acaso, é em uma ata do ano de 1969 que aparece o nome de um estudante, Alexandre Kalache, solicitando a inclusão da Associação dos Estudantes de Medicina da Guanabara²³ e, no ano seguinte, defendendo a interiorização do ensino e a presença de estudantes nas reuniões anuais da ABEM²⁴.

Embora os dois temas dos grupos de trabalho de 1968, *Integração do Ensino das Ciências da Saúde* e *O Ensino das Ciências Básicas nas Escolas Médicas e sua Integração na Formação Profissional*, pareçam reforçar discussões técnicas sobre currículo, quando se observam as propostas de integração dos cursos em Ciências da Saúde e o ensino das ciências básicas, o tema da integração é sempre relatado à ideia da formação integral do médico, de modo que as ciências bá-

sicas não sejam apartadas da formação clínica profissional e que a formação do pessoal que atua na assistência à saúde tenha parâmetros comuns e voltados para as necessidades das comunidades. Todos os grupos de trabalho concordaram que a integração deveria prevalecer, seja na formação, seja no oferecimento de saúde à comunidade ou na integração entre os cursos voltados para a saúde. O entrosamento entre as disciplinas oferecidas e entre a universidade e a assistência às populações foi argumento estruturante nas discussões.

Na conjuntura pós-AI5 e Decreto 477, além das exigências da Reforma Universitária, a Reunião Anual de 1969 – já com Célia Lúcia Monteiro de Castro como diretora executiva da ABEM – teve como tema geral *A formação do profissional de saúde frente à realidade socioeconômica do Brasil*. Este subdividiu-se em três subtemas: “A realidade médico-assistencial brasileira”, “O pessoal de saúde necessário”, “A formação do médico face às diferenças regionais e diversidade das próprias equipes de saúde”, além de um conjunto de palestras sobre currículo, ensino, ritmo de formação de médicos, e relatos de experiências que vinham sendo desenvolvidas, como o estágio médico rural na Amazônia. Os debates promovidos estavam articulados à Reforma Universitária e à 4ª CNS, que havia destacado o tema da formação dos recursos humanos em saúde, já que levaram à proposta do chamado Currículo Mínimo, que era motivo de debate na ABEM desde 1963.²⁵ Na reunião de 1969 é citado o documento final da 4ª CNS, que havia concluído “não serem suficientemente conhecidos os recursos humanos no setor saúde”, por isso, os grupos de estudos formados para a reunião concordaram “com a necessidade do levantamento de tais dados como etapa fundamental para a elaboração de programas globais ou regionais”.²⁶ No mesmo sentido, ainda, desde a moção sobre a urgência de se regulamentar o internato e a residência, na reunião de 1964 referida mais acima, nunca se deixou de discutir

23 ABEM, *Ata da II Assembleia Geral da VII Reunião Anual da ABEM*, 26/08, 1969, p. 01. Destaque-se o nome da “associação” de estudantes que, já sob efeitos do Decreto 477, tinha que escolher nomes diferentes em relação aos tradicionais União Nacional ou União dos Estudantes do Estado da Guanabara.

24 ABEM, *Ata da Reunião do Conselho da ABEM*, 05 de setembro de 1970, p. 03.

25 Nas décadas de 1970 e 1980, este Currículo Mínimo foi bastante criticado, especialmente pela não consideração dos determinantes sociais em saúde. Mas também havia quem os defendesse, como Alice Reis Rosa, membro atuante da ABEM. ROSA, A. R. Críticas que não constroem. In: *Boletim da ABEM*, v. XV, n. 6, nov.-dez. 1983, p. 3.

26 SILVA, G. R. da. Formação do Médico de Acordo com as Diferenças Regionais e a Diversidade das Equipes de Saúde. In: ABEM, *Anais da VII Reunião...* Op. cit., p. 100 e 177. Interessante lembrar que Sérgio Arouca (1941-2003) era relator do Grupo de Trabalho 1, cujo presidente era Nagib Haddad.

EDITADO O ATO 5

- 1) Congresso em recesso
- 2) Confisco de bens
- 3) Suspensos "habeas" políticos
- 4) Restabelecidas as cassações
- 5) Liquidada a vitaliciedade

É o seguinte o texto do Ato Institucional nº 5, ontem editado pelo Presidente da República:

CONSIDERANDO que todos foram feitos para melhorar a ordem e a disciplina em matéria de vitaliciedade de funcionários públicos, e considerando que a lei de 1964, que alterou a lei de 1950, não trouxe a necessária clareza e objetividade em matéria de vitaliciedade de funcionários públicos, que criou sua definição;

Resolve editar e suprir o ATO INSTITUCIONAL

Art. 1.º — São mantidas a Constituição de 1964 e a Lei de 1964 em matéria de vitaliciedade de funcionários públicos, com as modificações constantes deste Ato Institucional.

Art. 2.º — O Presidente da República poderá decretar a revogação do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores, por Ato Constitucional, em qualquer dia útil no mês de maio, no entanto de ser o mesmo o primeiro dia útil de cada mês de maio.

Art. 3.º — Decretada a revogação parlamentare, a Poder Executivo exercerá plenamente as atribuições e funções de todos os poderes dentro da Constituição e da Lei Orgânica do Município.

Art. 4.º — Deputado e senador em exercício, os membros de deputados federais, estaduais e os senadores no governo e o chefe de cada uma de suas comissões.

Art. 5.º — Em caso de revogação do Congresso Nacional, a Assembleia Legislativa e a Câmara Municipal não poderão exercer suas atribuições, ficando a competência para a elaboração de leis e decretos, exclusivamente, do Poder Executivo.

Art. 6.º — O Presidente da República, no exercício de suas atribuições, poderá decretar a suspensão de todos os poderes dentro da Constituição e da Lei Orgânica do Município.

Parágrafo único — Os Deputados e Senadores não poderão exercer suas atribuições dentro da República e a suspensão terá as mesmas consequências para os deputados, senadores e membros de comissões parlamentares e de suas comissões.

Art. 7.º — Na suspensão de poderes a República, o Presidente da República, poderá decretar a suspensão de todos os poderes dentro da Constituição e da Lei Orgânica do Município.

Parágrafo único — As Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais não poderão exercer suas atribuições dentro da República e a suspensão terá as mesmas consequências para os deputados, senadores e membros de comissões parlamentares e de suas comissões.

Art. 8.º — A suspensão dos poderes políticos não terá efeito sobre os poderes constitucionais, nem sobre os poderes delegados.

Art. 9.º — A suspensão de poderes de fora do âmbito de atuação.

Art. 10.º — Suspensão de direitos de todos e de seu relativo nas eleições municipais.

Art. 11.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 12.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 13.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 14.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 15.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 16.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 17.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 18.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 19.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 20.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 21.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 22.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 23.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 24.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 25.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 26.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 27.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 28.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 29.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 30.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 31.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 32.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 33.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 34.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 35.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 36.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 37.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 38.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 39.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 40.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 41.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 42.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 43.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 44.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 45.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 46.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 47.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 48.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 49.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 50.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 51.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 52.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 53.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 54.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 55.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 56.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 57.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 58.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.

Art. 59.º — Suspensão de atividades de mandato legislativo de todos os membros do Poder Legislativo.



ANO XLIV - Rio de Janeiro, sábado, 11 de dezembro de 1964 - Nº 1314

O GLOBO

FUNDAÇÃO DE ERENO MARINHO
Diretor-Geral: RICARDO BASTOS | Diretor-Administrativo: RICARDO BASTOS

Jato cai no mar: cinquenta mortos



DESTRÓFOS RESCUEADOS NO MAR APÓS O CRASH DE UM AVIÃO DA FAB



ENTRE OS CONVULSA, ABBEIDE DO JATO, AS TRÊS AERONAUTAS

HOJE O JOGO COM ALEMÃES

Hoje à noite, no Maracanã, apresentação das melhores equipes do mundo de futebol

Artigo de uma revista de julho de 1964, sobre a medicina preventiva e social e para a formação integral do médico, tiveram dificuldade de se expandir com liberdade, mas é fato que houve forte incentivo à pesquisa científica e crescimento da pós-graduação. Tal fato, no entanto, marcado pelos convênios conhecidos como MEC/USAID, que deram origem a um enorme conjunto de leis e decretos, redundaram em excessiva especialização precoce, combatida pela ABEM desde o seu nascedouro e que foi reforçada pelos financiamentos a viagens internacionais, especialmente para os Estados Unidos, onde o modelo flexneriano, radicalizado pelo desenvolvimento tecnológico aplicado à medicina, era dominante. Também nos Estados Unidos, que, através da OPAS, incentivou a formação dos departamentos de medicina preventiva e a chamada medicina comunitária, tais propostas significavam custos mais baratos para o atendimento à saúde da população pobre, e não uma visão custo-efetiva da saúde a partir das necessidades locais e da sociedade como um todo, considerando seus determinantes sociais, o que, no Brasil, significaria discutir a enorme concentração de renda que foi produzida pela ditadura e que implicou no aumento dos níveis de pobreza em meio ao ufanismo com o "milagre brasileiro".

Decreto 477, que, em 1969, "disciplinaria" as ações de docentes, estudantes e funcionários de instituições de ensino. No conjunto, essas medidas amordaçaram as universidades e impuseram uma modernização administrativa em busca da chamada "eficiência" e de "aumento da produção científica". Entre as escolas médicas, além da já referida excessiva separação entre ciência básica e pesquisa, já reportada anteriormente, as aproximações com a comunidade, necessárias para a medicina preventiva e social e para a formação integral do médico, tiveram dificuldade de se expandir com liberdade, mas é fato que houve forte incentivo à pesquisa científica e crescimento da pós-graduação. Tal fato, no entanto, marcado pelos convênios conhecidos como MEC/USAID, que deram origem a um enorme conjunto de leis e decretos, redundaram em excessiva especialização precoce, combatida pela ABEM desde o seu nascedouro e que foi reforçada pelos financiamentos a viagens internacionais, especialmente para os Estados Unidos, onde o modelo flexneriano, radicalizado pelo desenvolvimento tecnológico aplicado à medicina, era dominante. Também nos Estados Unidos, que, através da OPAS, incentivou a formação dos departamentos de medicina preventiva e a chamada medicina comunitária, tais propostas significavam custos mais baratos para o atendimento à saúde da população pobre, e não uma visão custo-efetiva da saúde a partir das necessidades locais e da sociedade como um todo, considerando seus determinantes sociais, o que, no Brasil, significaria discutir a enorme concentração de renda que foi produzida pela ditadura e que implicou no aumento dos níveis de pobreza em meio ao ufanismo com o "milagre brasileiro".

Ato Complementar nº 38

Também em data de ontem, o Presidente da República baixou o seguinte Ato Complementar de nº 38:

O regime ditatorial e militar instalado em 1964 criou forte divisão na sociedade, já que havia, entre os civis, apoiadores de primeira hora e apoiadores das reformas propostas pelo presidente João Goulart (pesquisas recentes permitem saber da sua alta popularidade à época). À medida, porém, que o regime dava sinais de reprodução e de aumento da brutalidade contra seus opositores, movimentos sociais, como o de estudantes e o sindical, aumentaram suas ações pela redemocratização, e é neste contexto dos anos de 1967 e 1968 que as universidades foram atingidas pela Reforma Universitária, pelo Ato Institucional 5 e pelo

“(…) eu vim e consegui passar para UERJ, naquela época UEG, Universidade do Estado da Guanabara. Eu entrei em um momento, em 1968, que foi um ano terrível na Faculdade de Ciências Médicas, teve repressão aos estudantes, morreu um colega do segundo ano, eu estava no primeiro. E aí, na verdade me envolvi, e a minha história com a ABEM, eu já ouvia falar durante o curso da graduação, porque tinha um professor que era muito atuante, muito próximo aos estudantes, embora ele fosse de uma outra clínica diferente da minha. Mas eu ouvia ele, ele era diretor executivo da ABEM, eu não sabia bem o que significava isso, mas ele falava muito na questão da educação médica, que foi o professor Aloysio Amâncio. Ele foi diretor, o segundo diretor-executivo da ABEM, o primeiro foi o professor José Roberto Ferreira e o segundo professor Aloysio Amâncio. Ele era muito atuante e muito próximo dos estudantes, de modo geral, e falava da ABEM. (...)”

Mas a maior surpresa foi quando comecei a militar na ABEM mesmo, e participar de direção e tudo, quando encontrei um professor, que era professor catedrático quando eu entrei. Aí, com a Reforma Universitária de 1968, 69 e implantações de leis novas e a extinção das cátedras, passou a ser professor titular, e fui

aluno dele no terceiro ano. Ele era o diretor da faculdade quando entrei em 1968, ele foi diretor até 1971 da Faculdade de Ciências Médicas da então UEG, o professor Américo Piquet Carneiro. E foi uma surpresa quando vi que ele tinha participado de uma das diretorias mais... no momento mais crucial, vamos dizer assim, da própria ABEM, que foi a diretoria de 1968 até 1970! (...)”

(...) ele foi de uma diretoria que estabeleceu as primeiras regras para o ensino médico, que foi o chamado Currículo Mínimo, logo no ano em que começou a implantação da Reforma Universitária, 1969, e aí foi aprovado, discutido, debatido na ABEM a resolução do Currículo Mínimo, a proposta de resolução, a minuta. Lembro que até eu analisei isso, chegou com quatro artigos, saiu com 13 artigos, mas foi a primeira organização mesmo para o ensino médico, porque antes cada escola fazia de sua maneira, utilizando, copiando de algumas outras, internacionais e tudo, mas ali começou uma regulamentação do ensino médico e tornou o internato médico obrigatório (...)”

Francisco Barbosa,
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
20 de fevereiro de 2022.

modos de instituir a obrigatoriedade do internato e de organização da residência.

A Resolução 08/1969 do Conselho Federal de Educação²⁷, resultado direto dessas discussões, oficializou o internato como estágio obrigatório, conforme sugerido por grupos de trabalho da ABEM durante suas reuniões, superando os estágios informais em determinados serviços clínicos. A especialização atingia, assim, a graduação, mesmo que na forma de rodízio pelas especialidades, de modo a permitir ao aluno uma visão global dos problemas médicos.²⁸ As residências, porém, ainda teriam que esperar o final dos anos 1970 para se oficializar, embora já existissem em parte das escolas e, em 1967, tenha sido formada uma Associação Nacional de Médicos Residentes, que foi chamada a colaborar com a ABEM nos estudos sobre hospitais de ensino em 1969.²⁹

Na reunião de 1969, uma das palestras, a de Amador Neghme, intitulada *Um plano para o desenvolvimento de uma rede de comunicações científicas na América do Sul*, apresentou o histórico de instalação da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), resultado de um acordo/convênio entre a OPAS, MEC, MS e Escola Paulista de Medicina (EPM)³⁰, à época escola médica isolada, destacando a possibilidade de aumentar o fluxo de informação científica internacional na América Latina com a criação de bibliotecas internacionais³¹, proposta alinhada com a urgência de circulação de informações científicas e de médicos das escolas da América Latina, para formação e troca de experiências. Tais propostas, também alinhadas com os projetos financiados pelos acordos MEC/USAID, consequente e contraditoriamente articulados ao processo de modernização autoritária que ia constituindo, se, de um lado, tinham apoiadores entre os membros da

27 Apud, BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. *Educação Médica no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015, p. 237-239.

28 ABEM. *O internato nas escolas médicas brasileiras*. ABEM, 1982. Arquivo ABEM.

29 ABEM. *Anais da VII Reunião*. Niterói, 23 a 26 de agosto de 1969, p. 244-245.

ABEM, de outro lado, também a partir da ABEM, ampliaram conhecimentos e formaram uma massa crítica que se adensaria nas décadas de 1970 e 1980, naquele processo que chamamos aqui de resistência e negociação.

Ainda nessa reunião de 1969, o Relatório da Diretoria Executiva afirmava a necessidade de priorizar pautas na agenda da ABEM, considerando a escassez de recursos para sua atuação. Por isso, foram definidos projetos a serem desenvolvidos em três pontos básicos: “criação de requisitos mínimos para a criação e funcionamento de escolas médicas, regionalização das faculdades de medicina e meios para um efetivo entrosamento de escolas médicas e serviços locais de saúde”³². Para dar conta desses pontos, foram desenvolvidas as seguintes atividades: a distribuição do livro produzido pelo Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP), sobre legislação do ensino superior; a conclusão do estudo “Sobre o ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina”, patrocinado pela OPAS; a realização de estudos sobre os hospitais de ensino, em colaboração com a OPAS, UFC, UFBA e Universidade do Estado da Guanabara (UEG), com possibilidade de expansão do estudo para parceria com a Associação Nacional de Médicos Residentes; e também encaminhou-se parceria com órgãos de governo e agências internacionais para criação de “um sistema de estatísticas básicas” e “uma unidade de documentação na ABEM”³³. Sobre as bibliotecas médicas, foram mencionados dois projetos (ABEM/4 e ABEM/5), ambos para a criação de livros didáticos em Medicina, patrocinado pela OPAS.

Em 1969, ainda em busca de sua autonomia financeira, e também por isso, o Relatório da Diretoria Executiva da ABEM já apontava para a necessidade de uma publicação própria, mais especificamente uma revista, o que não seria possível naquele momento por falta de verbas.³⁴

O trecho abaixo, retirado do Relatório da Diretoria Executiva (DE) da reunião de 1967, tal-

vez possa resumir os esforços da ABEM nesses seus primeiros anos de existência:

Escolas novas

*Continuando na sua participação quanto à organização de novas escolas médicas no Brasil, a DE tem contribuído para a estruturação das escolas de Volta Redonda e Petrópolis, ambas no estado do Rio. Entretanto, em vista da política de educação médica deflagrada pelo Governo federal, esta DE tem manifestado certa retração em participar desses trabalhos.*³⁵

O desconforto se justifica pelas dificuldades em enfrentar o dilema da falta de profissionais para os serviços de saúde, considerando sua necessária qualificação a partir de currículos médicos, articulados com os outros cursos envolvidos na assistência à saúde, e com os problemas sociais e econômicos da realidade brasileira. A simples abertura de vagas nas escolas existentes, ou a abertura de novas escolas, principalmente isoladas e sem vínculos com a pesquisa e equipamentos públicos de saúde, conforme vinham relatando parte dos grupos de trabalho nas reuniões anuais, seguramente não redundaria em bons resultados. Menos ainda a abertura indiscriminada de hospitais de ensino, ou a transformação de hospitais, privados ou públicos, em hospitais de ensino, daí a preocupação constante em criar regulamentos para sua administração e organização, além de mecanismos de controle das práticas neles desenvolvidas e de incentivar modificações qualitativas no currículo e nos processos e cenários de ensino/aprendizagem.

**A Resolução 08/1969
do CFE oficializou
o internato como
estágio obrigatório.**

30 A primeira tentativa de se edificar uma Universidade federal em São Paulo teve na Escola Paulista de Medicina um de seus sustentáculos, especialmente pela figura de seu primeiro Reitor, Marcos Lindenberg. O Golpe de 1964 enterraria o projeto e o Reitor seria afastado de suas funções no primeiro Ato institucional da ditadura, ainda em 1964. Cf. *Relatório da Comissão da Verdade Marcos Lindenberg da UNIFESP*, Op. cit.

31 NEGhme, A. *Um plano para o desenvolvimento de uma rede de comunicações científicas na América do Sul*. In: ABEM. *Anais da VII Reunião*, 1969, p. 191-205. Sobre a BIREME, cf.: Uma 'biblioteca sem paredes'. In: SILVA, M. R. B.; FERLA, L.; GALLIAN, D. M. C. *História da criação da BIREME. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 91-112, jan.-mar. 2006.

32 CASTRO, C. L. M. de. “Relatório da Diretoria Executiva”, In: ABEM, *Anais da VII Reunião...* Op. cit., p. 262.

33 Idem, p. 263-264.

34 Idem, p. 267

35 AMÂNCIO, A. “Relatório da Diretoria Executiva”. In: ABEM, *Anais da V Reunião Anual...* Op. cit., p. 416.

3.0 — *Fatores determinantes - Análise das perspectivas ...*

A identificação dos fatores determinantes da situação esboçada exigiria a análise de dados mais completos do que aqueles de que ora dispomos. Poderemos aqui apenas apontar aqueles fatores mais evidentes em uma abordagem inicial do problema. É evidente que o baixo nível do P. N. B. é o fator limitante principal, pois sem o seu incremento será impossível a destinação de maior soma de recursos ao setor Saúde. Os fatores econômicos atuam ainda condicionando a má distribuição dos recursos humanos à disposição do setor conforme já apontado. A falta de planejamento, levando a baixa rentabilidade dos investimentos em saúde, agrava ainda mais a situação. A explosão demográfica, levando a um aumento mais acentuado das faixas dependentes da população, vem contribuindo para uma progressiva sobrecarga dos serviços, já insuficientes, sobretudo no setor de assistência à maternidade e à infância. Finalmente, o baixo índice de educação das populações, sobretudo nas zonas rurais, resulta em sub-utilização dos serviços de saúde existentes por falta de conhecimento e de motivação.

As perspectivas futuras dependem evidentemente da tomada de medidas, visando a corrigir os fatores determinantes da situação, sem o que tenderá ela a agravar-se progressivamente.

Na programação dos serviços de Saúde, dentro de um plano global de desenvolvimento econômico do País, está a esperança de modificação do panorama apresentado, o qual no momento não satisfaz às necessidades da população do País.

As escolas médicas, responsáveis pela formação da parcela mais significativa dos recursos humanos postos a disposição do setor, deverá caber papel de relêvo na modificação do panorama sanitário do País. A adequação da formação dos profissionais de saúde à situação médico-sanitária do Brasil é um imperativo. O entrosamento das Faculdades de Medicina com os Serviços de Saúde Pública, já debatido e recomendado em reunião anterior da A. B. E. M., é hoje reconhecida como uma das medidas mais importantes no sentido de preparar os futuros chefes das equipes de saúde para a tarefa de modificar uma realidade médico-assistencial, com o qual eles não teriam contacto na vivência exclusiva dos bancos acadêmicos e dos Hospitais de Clínicas.

Na conferência relativa ao subtema 1, da reunião de 1969, intitulada "A realidade médico-assistencial brasileira", o professor José Duarte de Araújo (1934-1992) reuniu dados oficiais dos anos de 1965 a 1968 para formular um diagnóstico da realidade brasileira.³⁶ Nas suas considerações, é possível encontrar os termos em que o "dilema preventivista" viria a ser formulado nos anos 1970 (reprodução ao lado).

Araújo destaca, entre os fatores que considera determinantes do precário cenário de distribuição de profissionais em saúde e de saneamento no Brasil, o baixo Produto Nacional Bruto (PNB, hoje chamado de PIB, Produto Interno Bruto), a falta de planejamento, a explosão demográfica e o baixo índice de educação dos brasileiros, o que explicaria o pouco conhecimento sobre regras mínimas de higiene. Dessa forma, ao passo que se reconhece a necessidade de enfrentar os problemas sociais, sem o que não é possível programar e organizar serviços de saúde de acordo com as necessidades das comunidades, também se acredita ser possível resolver problemas sociais apenas com educação sanitária, fundamental, sem dúvida, mas seguramente insuficiente diante dos determinantes sociais apresentados em sua fala. Além disso, o palestrante atribui às escolas médicas papel relevante na formação dos profissionais necessários para que a equação escolas médicas/serviços de saúde pública/panorama sanitário possa responder aos desafios do desenvolvimento do país, o que tem sido uma tópica nos debates da ABEM desde então e, mais recentemente, no processo de edificação do SUS em busca de uma sociedade mais equânime.

36 ARAÚJO, J. D. In: ABEM, *Anais da VII Reunião*, Niterói, 1969, p. 27-46. Araújo utilizou dados IBGE, Censo Hospitalar Brasileiro (MS, 1965), EPEA, Política Nacional de Saúde e Diretrizes de Ação (MS, 1967), SUDENE e OMS.

Diretorias

1962-1964

Presidente	Oscar Versiani Caldeira
1° Vice-Presidente	Antônio S.S. Figueira
2° Vice-Presidente	Zeferino Vaz
3° Vice-Presidente	José C. F. Milano
1° Secretário	Caio Benjamin Dias
2° Secretário	Affonso Rodrigues Filho
Tesoureiro	Liberato J. A. Di Dio

1964-1966

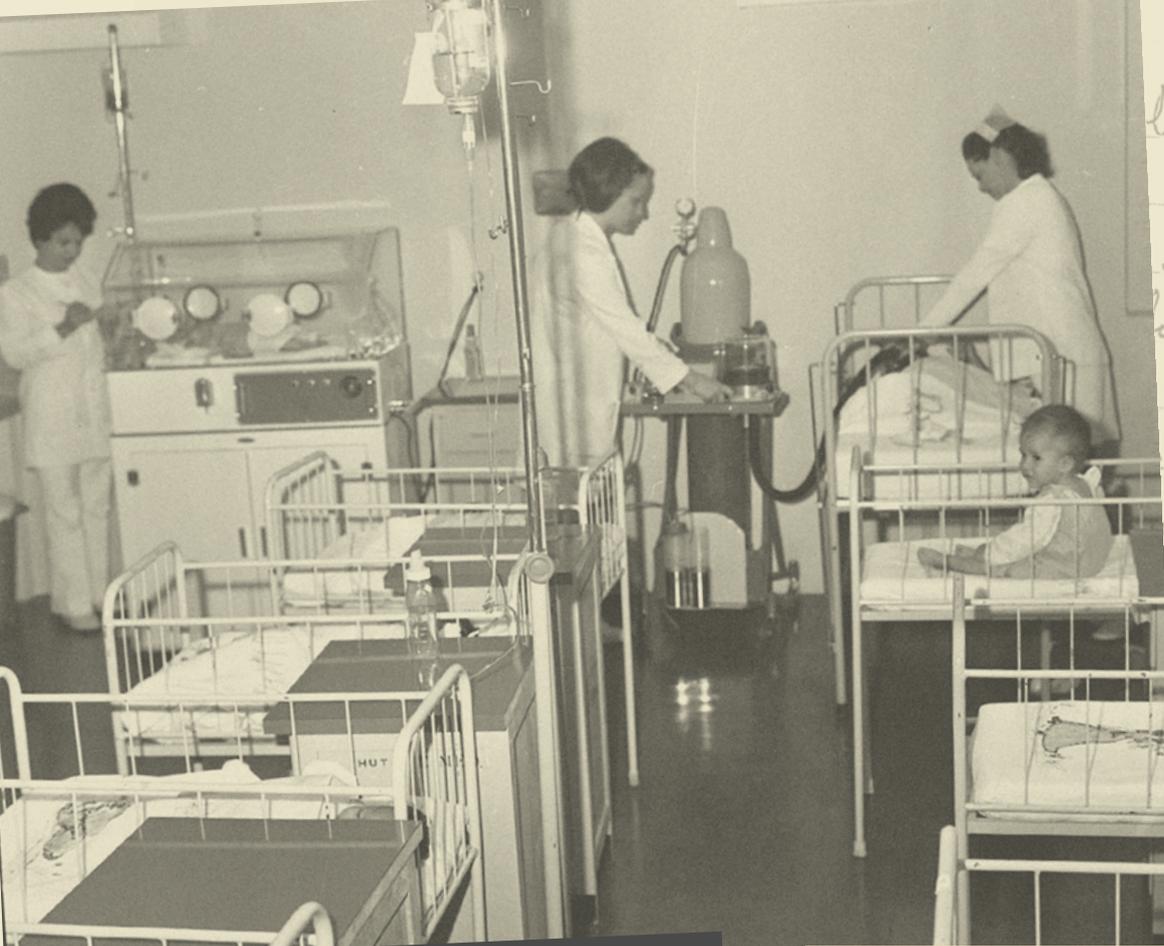
Presidente	Antonio Simão dos S. Figueira
1° Vice-Presidente	Zeferino Vaz
2° Vice-Presidente	José C. F. Milano
3° Vice-Presidente	Antenor Pamphilo dos Santos
1° Secretário	Caio Benjamin Dias
2° Secretário	Liberato J. A. Di Dio
Tesoureiro	Hélio Lourenço de Oliveira
Diretor Executivo (1965)	Dr. José Roberto Ferreira (O cargo de diretor executivo foi incluído neste ano. Cargo por indicação.)

1966-1968

Presidente	Carlos Cruz Lima
1° Vice-Presidente	João Alves Meira
2° Vice-Presidente	Francisco C. Marques Pereira
3° Vice-Presidente	Ocelo Pinheiro
1° Secretário	José Geraldo Albernaz
2° Secretário	Aluizio Prata
Tesoureiro	Oromar Moreira
Diretor Executivo (out 1966)	Aloysio Amâncio

1968-1970

Presidente	Roberto Santos
1° Vice-Presidente	José Maria de Freitas
2° Vice-Presidente	Caio Benjamin Dias
3° Vice-Presidente	Anchises de Faria
1° Secretário	Américo Piquet Carneiro
2° Secretário	Luiz Tavares da Silva
Tesoureiro	Ruben David Azulay
Diretora Executiva (jan 1969)	Célia Lúcia Monteiro de Castro



lo da homenagem dos profes-
serviço prestados pelo honraria
a seguir o professor Orlando
em nome da ABEM. O
o professor Amador Nephone
falava para o professor
do Congresso, que lê os
desenvolvidos durante o Congresso
criação do plano e após o mesmo
O presidente comunica a
publica e cominde a todos
ste ao tipo a VI Conferência
ste a realizar-se em Belém
estão suprida na reunião

Ala pediátrica de internação do HUSM em 1971.
Departamento de Arquivo Geral da UFSM - fotografia não
identificado UFSM 1971 304.001

Criação do SINPAS (INAMPS,
IAPAS, INPS E DATAPREV)

Decreto nº 80.281 de 5 de setembro
de 1977 regulamenta a residência
médica, cria a Comissão Nacional
da Residência Médica e dá outras
Providências.

Conferência de
Alma - Ata Atenção
Primária em Saúde

Crise do INPS

Lei nº 6.229
do Sistema
Nacional de
Saúde

Criação do Ministério da
Previdência e Assistência Social

Lei da
Anistia

Reconstrução
da UNE

Criação da RBEM

1974

1975

1977

1978

1979

POLÍTICAS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO MÉDICA/ABEM

CONTEXTO POLÍTICO

População
[milhões]:
96,06

Taxa de
analfabetismo:
33,6

Mortalidade
infantil/00:
155

Mortalidade
geral/00:
9

Taxa de
Fecundidade:
5,8

Expectativa
de vida:
54

Escolas
médicas:
75

professores Nelson Rodrigues do Santos, Antonio Luis Boavista Nery, Cicero
Adolpho Silva, Pedro Carlos Veixeira e Eduardo Villenas

“

Nesse período também, tive a satisfação de conhecer o doutor Ernani Braga, que era o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública e que foi um dos artífices da criação da ABEM, naquela que precedeu a fase de grande expansão das escolas médicas no Brasil, que ocorreu entre o final de 60 e início dos anos 70, basicamente quando foi o ministro da Educação Jarbas Passarinho. A grande discussão na época era sobre os rumos que tomaria a educação médica no Brasil, nesse novo contexto quando já se estava com um número muito elevado em relação aos dez anos anteriores de novos médicos, de demandas, inclusive por formação pós-graduada. Uma discussão muito grande era sobre o percurso da formação dos médicos na pós-graduação, se deveria ser feito através de sistema de mestrado e obviamente doutorado, que ainda não era expandido como é hoje. Hoje tem mestrado e doutorado para todo lado e em todas as áreas, na época era muito pequena a oferta, inclusive nas grandes especialidades tradicionais, isso era muito infrequente. Havia uma experiência maior no Brasil, mas ainda de poucos anos, que eram as residências médicas. Foi então constituída a Associação Nacional de Médicos Residentes e regulamentado o funcionamento das residências médicas, e eu fu, digamos assim, um jovem aprendiz dos veteranos da Comissão de Educação Médica do MEC e da Comissão Nacional de Residência Médica, que inclusive tinham muitos professores, diretores de faculdades, ex-diretores da ABEM, que participavam, às vezes, das duas comissões.

José Paranaguá.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
31 de maio de 2022.

”

A

s décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por tentativas de reformas da saúde pública na América Latina, incentivadas pela OPAS e pela OMS. De um lado, o modelo norte-americano de reforma curricular e das práticas médicas a partir da organização da medicina preventiva, integral e comunitária; de outro lado, as propostas do sanitarismo desenvolvimentista, que, buscando compreender o processo saúde-doença a partir de determinantes sociais, advogava um planejamento capaz de estender a cobertura dos serviços aos cidadãos que não tinham acesso à assistência à saúde. Os custos dos cuidados em saúde, em sua modalidade diagnóstica e curativa operada no binômio consultório/hospital, mostravam-se cada vez mais altos, ao passo que as desigualdades sociais pareciam crescer junto com as atividades econômicas vinculadas à expansão de fronteiras do capital. As reformas necessárias sugeriam perscrutação de territórios, compreensão de perfis epidemiológicos, conhecimento e racionalização dos recursos disponíveis, organização de sistemas locais de assistência e, no que especialmente interessa à história que contamos aqui, transformações na educação médica e na formação de profissionais para atuar nos sistemas públicos de saúde. Não por acaso, nos anos 1970, os debates das reuniões anuais da ABEM centraram-se nos regramentos necessários para o funcionamento de um hospital de ensino, na urgência de se organizarem cenários de aprendizagem mais próximos às comunidades e fora dos hospitais, na organização do internato, da pós-graduação e da residência nos currículos médicos e no debate que opunha a especialização precoce à formação do médico generalista.

No que diz respeito ao Brasil, essa especialização precoce e o conseqüente afastamento da realidade dos serviços públicos já vinham sendo motivo de militância da AMB e da ABEM, que lutavam contra a abertura de vagas e escolas de maneira indiscriminada e antes do equacionamento das questões acima sumariadas. Diante da pressão das entidades, o MEC for-

mou a *Comissão de Ensino Médico* em 1971, com a participação de professores atuantes na ABEM, como Aloysio de Salles Fonseca, Horácio Kneese de Mello e Clementino Fraga Filho. A comissão conseguiu evitar o aumento dos cursos privados sem avaliação dos equipamentos e recursos disponíveis entre os anos de 1971 e 1976, e ainda entre 1979 e 1987¹. Do ponto de vista da organização dos serviços e do ensino, no entanto, embora os debates nas reuniões anuais da ABEM tenham criticado a lógica da medicina previdenciária ancorada no binômio consultório-hospital, houve forte defesa da formação de hospitais de ensino a partir do controle administrativo pelas escolas médicas, mas, contraditoriamente, também se procurava ampliar os cenários de aprendizagem a partir de redes de serviços locais em experiências municipais e de aproximação das escolas médicas com as comunidades.

Articulando os debates de suas reuniões às solicitações vindas do governo para trabalho em comissões e na ampliação da rede de serviços, por meio de distintos programas que se desenvolveram nos anos 1970, a ABEM, como arena política de expressão de saberes médicos, poderes políticos, práticas assistenciais e propostas polissêmicas, vivenciou a expansão e a crise do modelo previdenciário de assistência à saúde e as movimentações do regime militar em busca de legitimação social. Essas movimentações permitiram, conforme já o demonstraram Jairnilson Paim e Sarah Escorel², a criação de espaços institucionais para os sanitaristas críticos, herdeiros dos desenvolvimentistas, que atuavam nos departamentos de medicina preventiva, na burocracia das secretarias municipais e estaduais de saúde e nas campanhas de vacinação e expansão de cobertura na esfera federal.

Em março de 1970, a ABEM organizou, junto com INEP, a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), o Núcleo Integrado de Recursos Humanos para a Saúde (NIERHS)³ e a OPAS, o *Seminário sobre Hospitais de Ensino*, coordenado pela professora Célia Lúcia Monteiro

1 EDLER, Flávio (org.). *Clementino Fraga Filho – Depoimento de um médico humanista*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, p. 86-87.

2 PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2008; ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde – Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998; TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária – Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989.

3 Até onde a documentação permitiu compreender, tratou-se de um núcleo que, em sua fase mais atuante com a ABEM, era coordenado pela professora Célia Lúcia Monteiro de Castro, mas que foi formado a partir do MEC com financiamento da OPAS e apoio da ABEM.

RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO

Prof. Emerson Ferreira (*)

Tema I — O hospital moderno e a saúde da comunidade

- a) 1 — Cabe ao Hospital Moderno uma responsabilidade muito grande na promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade onde está situado. Sua participação ativa se fará através da integração dos objetivos em forma programática.
- 2 — Há necessidade de integração dos Centros de Saúde com o Hospital Moderno, pois este, como unidade de referência altamente especializada, se ocuparia do tratamento sob forma intensiva, cabendo àquêles o tratamento do tipo extensivo.
- 3 — O ambulatório do Hospital de Ensino deverá ser considerado a peça fundamental do ensino de formação dentro do Hospital; para isso deveriam os responsáveis pela gestão de Hospitais de Ensino destinar áreas e recursos maiores para este setor, de tal modo que o centro de gravidade do hospital seja deslocado da enfermaria para o ambulatório. Faz-se mister a doutrinação adequada para a indispensável mudança de atitude por parte do corpo clínico.
- 4 — Tendo em vista os resultados que vêm sendo obtidos na Unidade Integrada de Sobradinho, recomenda-se que o exemplo seja seguido por outras escolas médicas para o ensino global da medicina.

(*) Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

de Castro, então diretora executiva da ABEM. Os quatro temas tratados, “O hospital moderno e a saúde da comunidade”, “Organização e administração do hospital de ensino”, “O ensino e a pesquisa no hospital” e “A utilização de hospitais do setor público e do setor privado para o ensino médico”, evidenciam a relevância dos debates que vinham sendo conduzidos pela ABEM, desde a relação dos serviços de saúde com a comunidade, passando pela pesquisa e ensino no hospital e sua administração. Neste último caso, destacam-se dois problemas que ocuparão a década de 1970: equipamentos públicos e privados de saúde poderiam ser considerados espaços de ensino quando não pertencentes a uma escola médica ou universidade? Em quais condições pedagógicas e gerenciais isso poderia ser feito? E mais: o financiamento dos leitos de ensino poderia ser feito pelo regime da previdência social a partir de pagamentos do INPS? Ou os leitos de ensino deveriam ser apenas aqueles dedicados ao que se chamava então de “indigentes”, e que aqui chamaremos de desassistidos? O relatório final (imagem ao lado) destaca a aproximação com centros de saúde e a organização de ambulatórios, de modo a pluralizar os espaços de ensino, mas a percepção do hospital de ensino, pertencente ou não à escola médica, como centro do processo de ensino-aprendizagem proposto, mesmo quando se aponta seu papel na comunidade, parecia irreversível, assim como a assinatura de convênios com a previdência social. Nos anos 1970, no mais das vezes, os hospitais de ensino operavam convênio com a previdência e subvenções nas três esferas de poder para financiamento dos leitos de ensino que eram, por isso, de pacientes previdenciários e desassistidos.

A Reunião Anual da ABEM de 1970, realizada em setembro, na cidade de Brasília (DF), com o tema *O planejamento do Ensino Médico*, preocupou-se em discutir a formação de recursos humanos para a saúde a partir do planejamento curricular, e contou com a apresentação de ex-

periências, à época inovadoras, da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu e da Faculdade de Medicina do Pará, que mantinha curso de formação de profissionais para servir à região amazônica. O debate se inseria no conjunto de ações da ABEM com os poderes instituídos, já que, além de participar da Comissão de Ensino Médico, a Diretoria Executiva também atuava como representante do MEC em uma comissão interministerial que havia sido convocada pelo Ministério da Saúde para "elaborar um plano de assistência médica a ser implantado no país"⁴, seguramente os primeiros passos para as ações de interiorização da assistência que marcaram os anos 1970, junto com a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975.

Em setembro de 1971, em Curitiba (PR), aconteceu a 9ª Reunião Anual da ABEM, com o tema *Expansão do Ensino Médico e criação de novas escolas médicas no Brasil: problemas e soluções*. As discussões dividiram-se em três subtemas, sendo eles: "Análise do crescimento provável no número de médicos no Brasil: opções necessárias", "Requisitos mínimos para a criação de uma Escola Médica" e "Novas Faculdades de Medicina: uma tentativa de abordagem analítica". A ata da reunião do Conselho da ABEM, no mesmo evento, permite conhecer os termos do debate, já que alguns professores, como Antônio D. dos Santos, defendiam que a associação padronizasse o ensino e os currículos, o que foi repellido pelo então presidente Rubem Maciel, para quem a diversidade seria mais interessante, sendo os responsáveis pelas escolas capazes de definir seus melhores caminhos.

Logo no prefácio dos anais, escrito pelo presidente, destaca-se o tema do aumento de vagas e escolas, já que "o assunto transcendeu da esfera dos educadores e dos profissionais da Medicina, para ganhar as manchetes dos jornais

4 CASTRO, C. L. M de. "Relatório da Diretoria Executiva". In: ABEM, *Anais da VIII Reunião*, Brasília, 03 a 06 de setembro de 1970, p. 218.

da Bahia); c) "qual o significado da realização do ciclo básico do curso médico em um Instituto e o do ciclo clínico em outro Instituto?" A sugestão apresentada pelo professor Leis Pariz (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás) foi justificada, admitindo-se que o Conselho Federal de Educação e o próprio Ministério de Educação e Cultura possuem ainda a este respeito uma política bem definida; como exemplo dos problemas existentes, foi mencionada a determinação de critérios de promoção do aluno do ciclo básico para o clínico; d) "a carreira universitária, da residência ao professorado" (professor Athalides Borba Cortes, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Paraná); e) "análise das origens e do emprego dos recursos, nas escolas médicas particulares que passaram de uma situação de quase invariabilidade para uma boa situação econômico-financeira" (apresentado pelo professor Coriolano Caldas Ribeiro da Mata, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Paraná). O presidente da ABEM tomou, neste momento, a palavra, ressaltando que a mesma deveria ser tentada uma outra sistematização ou encontrada uma outra maneira para a entender que a ABEM não fagocita, dado que, ao que parece, a maior parte deles não é nem lida nem estudada; quando a carreira universitária, afirma que é necessário programá-la como um todo, incluindo a residência, a qual, tanto em hospitais universitários como em outros hospitais, deve ser um pré-requisito da carreira. Na continuação dos debates voltou o professor Walter Saier (Escola Paulista de Medicina) a se fazer ouvir, propondo que o tema central e o sub-tema para a V Reunião Anual fossem o critério de criação da ABEM, uma vez que no decorrer do ano poderiam surgir novas instituições, depois de estudo e de debate; submelhada a votação, a proposta foi aprovada por unanimidade. Quando o professor Antônio Dias dos Santos (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Paraíba) sugeriu o mesmo que a ABEM deveria padronizar o currículo pleno do curso médico. A isto respondeu o professor Rubem Maciel, alegando que a diversificação talvez seja importante e interessante; o que se deve considerar é a responsabilidade dos responsáveis pelas faculdades de medicina, no sentido de que estudem melhor como devem ser feitos os currículos, não se limitando a copiar os currículos de outras faculdades de medicina. Passou-se, assim, ao próximo item da agenda da reunião, qual seja a escolha do local da realização da XI Reunião Anual em 1973. Dois propositores

ABEM, Ata de Reunião do Conselho, set. 1971.

Os grupos de trabalho apontavam a insuficiência de recursos humanos na saúde.

e constituir-se em tema de debates nos mais diversos círculos de opinião pública”⁵. O motivo da reação pública devia-se à precariedade das escolas após o aumento indiscriminado de vagas nos anos 1960, e o presidente apontava a urgência de cessar novas aberturas de escolas e vagas. A conferência do professor Mário Chaves e os grupos de trabalho reunidos a partir do subtema 1 concluíram pela incongruência em estabelecer uma relação direta entre a ausência de médicos em alguns lugares e a necessidade de aumentar as vagas, já que os dados apontados na conferência mostravam ociosidade de médicos nas grandes capitais, o que configurava um problema de distribuição geográfica, de inadaptação do currículo médico e de um inadequado planejamento da assistência médica. Os grupos de trabalho foram unânimes ao apontar a insuficiência de recursos humanos na saúde, e não se tratava só de médicos, mas de enfermeiras, atendentes e técnicos. Para sanar tais problemas, recomendaram: estimulação por meio de remuneração adequada e possibilidade de se manter atualizado, criação de carreira no serviço público com promoção e remoção para centros maiores, a exemplo do Poder Judiciário, regionalização das organizações de saúde. Dessa forma, pode-se afirmar que a resistência à abertura de novas vagas vinha já atrelada ao receio da proletarização e assalariamento do profissional médico⁶, por isso, com relação ao número de matrículas, cinco grupos foram unânimes em recomendar a suspensão de sua ampliação; um único grupo optou pela recomendação de uma política de desaceleração da abertura de vagas.

Já no segundo subtema, com conferência do professor Horácio Kneese de Mello, destacou-se a formação preventiva, fora dos “muros dos hospitais” e próxima aos centros de saúde, o que levou à recomendação, pelos grupos de trabalho, de observação dos recursos disponíveis nos lugares que receberiam novas faculdades, considerando os serviços de saúde disponíveis, atendimento ambulatorial e de urgência e dois alunos por leito, outros cursos de formação de recursos humanos em saúde próximos, equipamentos culturais para formação humanística dos profissionais em saúde e qualificação do corpo docente com professores em regime de tempo integral.

O terceiro subtema, com conferência de José Aristodemo Pinotti, e que contou com a relatoria de Sérgio Arouca, apresentou comparações entre a chamada “faculdade tradicional” e a desejada “faculdade inovada” e orientou a transição para a segunda, de modo que o paciente pudesse ser reconhecido em seus aspectos biopsicossociais e não apenas biopsicológicos. Essa transição, afirmou-se nos grupos de trabalho e relatório, só seria possível com a utilização da rede de saúde disponível nas comunidades, o que garantiria a melhor formação do médico. Nesse sentido, a ABEM deveria trabalhar no apoio às escolas, de modo a reconhecer espaços para ensino e orientar a elaboração de financiamento, convênios e pontes necessárias para melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Mas, ao passo que se afirmava a necessidade de a ABEM participar das instâncias de governo para garantir que as recomendações se tornassem efetivas, também se reivindicava sua participação mais direta na política nacional de formação de médicos.

As reuniões de 1972 e 1973, acontecidas em setembro nas cidades de João Pessoa (PB) e Rio de Janeiro (RJ), respectivamente, pautaram o mesmo tema: *A Pós-Graduação no Ensino Médico*. Em 1972, os grupos de trabalho organizaram seus debates e relatórios a partir de três confe-

5 MACIEL, R. “Prefácio.” In: ABEM, *Anais da IX Reunião*, Curitiba, 4 a 7 de setembro de 1971, p. 11-15.

6 Para um aprofundamento do tema do assalariamento da profissão médica, consultar: SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho – Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

7 MARCONDES, Eduardo, “Curso Experimental de Medicina”. In: ABEM, *Anais da X Reunião Anual*, João Pessoa, 09 a 12 de setembro de 1972, p. 149-164. Em suas memórias, Clementino Fraga também fez este apontamento.

rências principais: “Expansão do Ensino Médico”, proferida por Roberto Santos, membro da Comissão de Ensino Médico que atuava no MEC; “A Pós-Graduação no Ensino Médico”, proferida por Hilton Rocha; “A formação do docente”, proferida por Rodrigues Costa. Em 1973, foram duas conferências que nortearam os trabalhos dos grupos: “Aspectos normativos e legais para a organização, pedido de aprovação e reconhecimento de cursos de pós-graduação na área médica”, proferida por João Paulo do Valle Mendes, e “Aspectos fundamentais da organização dos cursos de pós-graduação na área clínica”, proferida por Sylvio Fraga. A primeira conferência de 1972 apresentou o primeiro relatório da Comissão de Ensino Médico, que havia sido formada em 1971, especificando a dinâmica dos trabalhos da comissão, seus resultados e recomendações. O pressuposto era de que o ensino de pós-graduação deveria ser definido de acordo com o panorama encontrado, de modo a contribuir para o desenvolvimento dos currículos de graduação, residência e pós-graduação.

Segundo o relatório da comissão, os principais problemas que a aceleração de abertura de vagas e escolas acarretava eram o de formação de recursos humanos, já que faltavam professores qualificados, os leitos não eram suficientes para a quantidade de alunos, as bibliotecas eram péssimas, do que se concluía que o aumento do número de médicos por habitantes não seria suficiente para minimizar a falta deles em determinados locais, já que a assistência à saúde exige outros profissionais e equipamentos qualificados. Cabe citar as recomendações finais da comissão encaminhadas ao ministro: a suspensão no processo de criação de novas escolas pelo menos no prazo de três anos, período que seria utilizado para corrigir deficiências das escolas em funcionamento; que o número de vagas para o próximo vestibular fosse reajustado pela capacidade real de cada escola; a fixação de requisitos mínimos para funcionamento da escola; o aperfeiçoamento de pessoal docente;

Os anos 1970 conheceram experiências inovadoras, que já demonstravam o desenvolvimento de um sanitarismo crítico e que mantinham diálogos na ABEM, na OPAS e na OMS. O curso experimental de Medicina da USP, aprovado em 1967, iniciado em 1968 e encerrado em 1975, foi relatado na Reunião Anual da ABEM de 1972, faz parte das memórias de Milton de Arruda Martins.

A tendência natural do ensino médico tem sido a valorização da medicina curativa, organicista e individual, com a máxima utilização do paciente internado. Tal enfoque não está de acordo com as atividades que a maior parte dos médicos irão desempenhar no exercício da profissão. De fato, a exigência cada vez maior da sociedade no aprimoramento da saúde (e não só na cura da doença) obriga a uma profunda meditação sobre se é válida a estrutura curricular que não atende inteiramente as exigências da sociedade. Isso porque, na realidade, o curativo não pode desvincular-se do preventivo, o orgânico do psicológico, o individual do coletivo e o paciente internado do de ambulatório.

ABEM, Anais da X Reunião, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972, p. 154

“Então participei intensamente da vida da faculdade (além de estudar, claro!), principalmente do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, e de lutas pelo ensino e pela democracia. Na época, a gente discutia muito a importância de o ensino médico ser um ensino mais adequado às necessidades da sociedade brasileira (já era uma discussão que existia na época). No curso de medicina na USP, conviviam dois cursos, era muito interessante na época porque havia um curso que se chamava “Curso Experimental de Medicina” e havia outro curso que se chamava “Curso Tradicional de Medicina”, e o aluno ao entrar na faculdade optava: havia 100 vagas no curso tradicional e 75 vagas no curso experimental. Então, o curso experimental de medicina já fazia experimentos muito inovadores na época; o líder era o professor Eduardo Marcondes, então o ensino era integrado, havia uma ideia de que o aluno devia se formar numa rede de atenção, numa região da cidade, tanto que surgiu a proposta de construir o hospital universitário.

Mas foi um curso um pouco atrapalhado no começo, porque muitos de seus idealizadores foram cassados ou aposentados pela ditadura e tiveram que se exilar. Então, por exemplo, o professor Isaías Raw, que tinha idealizado a Bioquímica, ele foi para o exílio, toda a equipe da Parasitologia foi cassada ou aposentada. Havia todo esse clima, que é importante de contar aqui, que foi o clima que favoreceu a minha formação.”

Milton de Arruda Martins.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de fevereiro de 2022.

o estabelecimento de convênio nos hospitais gerais e de assistência nas cidades onde se localizam as faculdades; a regionalização do sistema de escolas; a criação de uma política nacional de saúde melhor delimitada, visando à formação do médico dentro deste parâmetro.

A conferência seguinte anunciou a suspensão de novas escolas e a definição de requisitos mínimos pelo MEC para manter em funcionamento as existentes⁷, fato que configurava forte atuação da corporação médica perante os poderes instituídos, especialmente pela afirmação de Hilton Rocha acerca da necessidade de a ABEM não se calar frente aos efeitos negativos da Reforma Universitária de 1968.

Hilton Rocha destacou, ainda, acompanhando o professor Newton Sucupira, responsável pelo parecer ao Conselho Federal de Educação (CFE) sobre a matéria, que a instituição do mestrado, antes do doutorado, no caso da medicina, não se justificaria, sendo a especialização mais importante para a prática da profissão. Por isso, a residência deveria ser a especialização do médico, equivalente ao mestrado e base para o doutorado, com preceptores disponíveis em todo o tempo. O debate estava pautado pelos novos regimentos de pós-graduação que haviam sido definidos a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1971. Era preciso especificar o que seria a residência em termos de curso de especialização, já que a pós-graduação também indicava uma especialidade em pesquisa. Também por isso, na terceira conferência, J. Rodrigues Coura diferiu especialização/residência, como aperfeiçoamento profissional, de mestrado e doutorado, esses como fases de formação para pesquisador e educador, o que aparece como consenso no relatório final, onde também se afirmou que tais cursos de especialização deveriam caber às universidades e associações de classe, e que o primeiro documento produzido pela *Comissão de Ensino Médico*, lido ao começo da reunião, deveria ser integralmente apoiado pela ABEM.

Neste ano de 1972, o Relatório da Diretoria Executiva (DE) indicou a necessidade de criar núcleos regionais e locais, visando ecoar os objetivos da ABEM, além de uma campanha de aumento de sócios, com novos sistemas de cobrança e ampliação da participação de estudantes e representações estudantis, podendo a associação colaborar nos Encontros Científicos organizados pelos estudantes, o que de fato se efetivou conforme relatórios das próximas DEs. A diretora executiva Célia Lúcia Monteiro de Castro era responsável pelo *Programa de Preparo Pedagógico* da ABEM e informou que apresentou o programa ao MEC, solicitando financiamento, mas que, de qualquer forma, havia iniciado os cursos, tendo ofertado o Curso de Pedagogia Médica na Faculdade de Medicina da Universidade de Goiás em fevereiro de 1972 e na Universidade de Pernambuco em abril de 1972, além de ter solicitação de outras faculdades.

A Reunião Anual de 1973, além de dar continuidade aos debates sobre as relações e características da pós-graduação e da residência, considerando seus aspectos legais, inseriu, com maior profundidade e por meio de um painel o tema “Inter-relações entre a Previdência Social e o Ensino Médico”. O assunto era urgente, já que nas reuniões anteriores houve consenso em torno da possibilidade de uso de hospitais não universitários como espaço de ensino, e havia que definir como financiar os leitos de ensino. Compuseram o painel: Aloysio Salles Fonseca (ABEM); Heitor Gurgulino de Souza (diretor do Departamento de Assuntos Universitários do MEC); Horácio Kneese de Mello (membro da *Comissão de Ensino Médico*); Hugo Vitorino Alqueres Batista (secretário-geral de Assistência Médica e Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social); Michel Curi (representante do Ministério da Saúde); Roberto Figueira Santos (presidente do Conselho Federal de Educação). Houve forte discussão sobre a necessidade de integração entre previdência e ensino no financiamento dos hospitais de ensino, visto que, muitas vezes, o

paciente previdenciário era atendido nestes hospitais, assim como o desassistido e, ademais, os médicos que saíam das universidades seriam, majoritariamente, absorvidos pelo sistema previdenciário. Além disso, o INPS conseguia atender apenas 10% da sua demanda, tendo que contratar para ampliar a sua rede de hospitais. Um ponto de impasse era a cláusula nona da Portaria SAMS-42, de 29 de março de 1973, que vedava ao hospital contratado utilizar, ou permitir que terceiro utilizasse, beneficiários do INPS para fins de experimentação ou ensino, assinada pelo professor Hugo Alquéres. Roberto Figueira Santos argumentou que o estudante faz parte do complexo de recursos humanos de um hospital, sendo assim, a sua presença e o seu exame, com supervisão, deveria ser parte integrante do processo de cuidado, e que a resistência dos pacientes, assim como a mentalidade dos administradores, deveria ser alterada.

No relatório final dos grupos de trabalho, escrito por Roberto Alcântara Gomes, o tema da pós-graduação apareceu como sendo de alta qualificação, os termos usados à época não deixam dúvidas sobre as intenções: a pós-graduação nos cursos médicos seria curso para a elite e concentrada em alguns centros, embora se tenha afirmado a necessidade de abertura de vagas para qualificar os auxiliares e assistentes de ensino contratados para a graduação. Sobre a posição da residência no campo da pós-graduação, os diversos grupos apontaram ser uma etapa altamente benéfica, tanto para docentes quanto para profissionais de alta qualificação; um dos grupos apontou que ela deveria valer como créditos para o mestrado. Residência e mestrado, segundo o relatório, não se confundiam, mas se completavam. O assunto de que muitos médicos formados e atuantes, tanto na área profissional quanto como auxiliares de docência, ainda não possuíam residência, dentro dos parâmetros do momento, preocupava os grupos, daí a solicitação de prazo para que pudessem se adequar, assim como a possível re-

O INPS conseguia atender apenas 10% da sua demanda, tendo que contratar para ampliar a sua rede de hospitais.

validação das residências feitas anteriormente à padronização. Foi solicitado que a ABEM tomasse parte ativa nesse processo por meio de seus programas de treinamento. Sobre os docentes dos cursos de pós-graduação, destacou-se a realização de cursos curtos para aperfeiçoamento docente sem interrupção de suas atividades, como o Plano de Preparo Pedagógico do Docente Médico da ABEM, que, segundo se afirmou, prestava ótimo serviço nesta direção.

O tema das relações entre ensino médico e previdência social voltaria na Reunião Anual de 1974, realizada em setembro na cidade de São Paulo, assim como os regramentos do internato, que havia sido introduzido nos debates há dez anos, na segunda reunião da ABEM, e agora exigia novos olhares, conforme o relator destacou no texto reproduzido na próxima página.

Na apresentação do painel “Ensino Médico e Previdência Social”, Oswaldo Ramos afirmou: “o hospital de ensino só será válido como tal, se tiver uma população de doentes que represente a situação nosológica da região onde está situado (...) o hospital de ensino precisa receber pagamento pelos serviços prestados (...), deve dar assistência médica global (...), deve ser um hospital de referência para casos de diagnósticos mais difíceis e de terapêutica mais complexas”⁸. O conferencista apontou, ainda, os percalços da previdência para atender os pacientes previden-

ciários considerando a necessidade de mais leitos e atendimento de qualidade, e defendeu a assinatura de um “convênio global” entre o INPS e os hospitais de ensino para solucionar problemas de ambas as partes. As quatro conferências oferecidas neste painel também se referiram ao convênio proposto, que estava em negociação e seria assinado entre o MEC e o MPAS no mês seguinte⁹, destacando que hospitais, ambulatorios e outros estabelecimentos deviam ser espaços de ensino e contemplados no convênio proposto, já que a previdência, sendo a principal pagadora dos serviços de assistência à saúde, não poderia estar ausente do processo de formação de mão de obra capacitada e qualificada para sua rede. Os conferencistas, J. Treiger, Nildo Aguiar, Ernesto Lima Gonçalves e Marcionildo Barros Lins, retomaram o debate da reunião anterior, acerca da responsabilidade dos alunos nos cuidados com

os doentes, previdenciários ou não, e insistiram na prioridade que devem ter os hospitais universitários/públicos e de ensino para convênios com o INPS. O debate trazia conteúdos bastante sensíveis, desde a remuneração do INPS para o então chamado médico generalista ou clínico geral, que era menor do que a de especialistas, e, por isso, os próprios alunos buscavam a especialização precoce, até a referida exigência de contratos e convênios diferenciados, proposta que esbarrava nos interesses de hospitais privados, filantrópicos ou não, que mantinham acordos com o INPS e não aceitavam os termos da diferenciação, que incluíam pagamentos mensais de acordo com as altas de internação hospitalar (AIH) e não por unidades de serviço (US).

O tema do Convênio Global, ou MEC/MPAS, seria mantido no centro das discussões da

8 RAMOS, O. L. (coord.). Discussão em Painel: “Ensino Médico e Previdência Social”. In: ABEM, *Anais da XII Reunião Anual*, São Paulo, 11 a 14 de setembro de 1974, p.38..

9 ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde – Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, p. 52-54.

Decidiram os participantes da XII Reunião Anual da ABEM considerar indispensável, para a complementação da formação básica do médico, a adoção do sistema de Internato. Este é definido como a fase final do curso de graduação em Medicina, durante o qual os alunos, que tenham satisfeito os pré-requisitos, trabalham em regime compulsório de tempo integral e em condições de treinamento intensivo, assumindo responsabilidades crescentes junto aos pacientes atendidos em todos os setores dos serviços de saúde.

O Internato deverá ter duração mínima de dois semestres, podendo atingir até quatro.

Foi admitido que ele constitua pré-requisito para a Residência.

A maioria dos participantes, considerou, que nas condições atuais do Brasil, o melhor modelo de Internato é o rotatório. Dependendo de situações locais, poderá haver Internato em áreas eletivas e sempre sucedendo ao rotatório; o eletivo direto e exclusivo foi unanimemente rejeitado. Alguns participantes salientaram a necessidade de que o eletivo se desenvolva numa das seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Toco-Ginecologia e Pediatria, sempre após o rotativo de 2 semestres.

A programação das atividades do interno deve caber a um colegiado específico, ouvidos os departamentos interessados.

O controle e avaliação do aproveitamento do interno será feito pela área ou áreas específicas em que tenha atuado, devendo ser contínuos, visando aos objetivos programados e procurando também observar suas atitudes e habilidades, além da aquisição de conhecimentos. Nos estágios em que o aproveitamento tenha sido julgado insatisfatório, a recuperação será feita em período supletivo especial, segundo normas estabelecidas pelo colegiado.

Se o interno ainda um aluno, a maioria dos participantes considerou que não deva ser remunerado, julgando, porém, válida, a concessão, em casos especiais, de bolsas de estudo.

O Internato poderá ser realizado fora dos serviços subordinados às Escolas Médicas, desde que se desenvolva em estabelecimentos credenciados pelo colegiado o que implica segurança de que os objetivos do Internato, sob supervisão contínua de docentes, sejam cumpridos, há que dar preferência às instituições de saúde da região onde estiver localizada a Faculdade de Medicina.

O interno, sob supervisão contínua, é responsável pelos atos que lhe forem devidamente delegados, respeitados sempre os princípios da ética médica.

Não houve uniformidade dos grupos quanto a um programa nacional para o Internato, havendo quem o julgasse indispensável e outras que o consideravam impraticável; a maioria dos participantes encontrou nas diferenças regionais, os argumentos para fundamentar suas posições.

Foi considerado altamente conveniente que parte das atividades do Internato se realize em programas de extensão comunitária, áreas rurais, campus avançados, etc., desde que haja uma infra-estrutura adequada para o trabalho do interno, garantida a supervisão contínua direta ou delegada; alguns participantes opinaram que essas atividades devam ser realizadas antes do Internato.

ABEM, *Anais da XII Reunião*, São Paulo, 11 a 13 de setembro de 1974, p. 157-158.

ABEM, e não apenas pelas vantagens financeiras para os hospitais de ensino e universitários defendidas por parte dos seus membros, mas pela urgência de sua implementação diante da criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS, criado pela Lei 6.229/1975), para o qual seria necessário organizar planos de assistência/docência regionalizados para a execução do internato, inclusive em ambulatorios, assunto ao qual também se juntava o da regulamentação da residência, já que os valores pagos aos médicos nos hospitais conveniados à previdência eram considerados muito baixos.

O MPAS havia sido criado em 1974, no bojo de um conjunto de ações da ditadura que tinham por objetivo estabelecer diálogos com a sociedade e conferir maior legitimidade ao governo, que vinha debilitado pelos efeitos negativos do crescimento desigual dos anos anteriores, pela crise do petróleo que marcaria os anos 1970, pela expansão do MDB nas eleições restritas então permitidas e pelo aumento da insatisfação popular, não apenas como efeito da evidente repressão, mas pelo retorno de algumas endemias, a epidemia de meningite, que mesmo escondida era sentida, e o aumento da carestia. É neste cenário que o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que priorizava saúde, educação e infraestrutura urbana, retomou, ao menos parcialmente, os conteúdos do sanitário desenvolvimentista da 3ª CNS de 1963, por meio do incentivo ao planejamento social e a programas de pesquisa para o trato de endemias, doenças urbanas e problemas de nutrição vinculados a questões sanitárias.

O 2º PND deveria disponibilizar recursos para formação e contratação de pessoal, financiamento de pesquisa e investimento em equipamentos de saúde, e foi nesse contexto que se desenvolveram tanto o referido Convênio Global quanto o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O primeiro com o objetivo de diferenciar o financiamento dos leitos dedicados ao ensino nos hospitais, o segundo para custear

Na época, a resistência foi muito grande em muitas escolas, porque o médico era professor da faculdade e recebia pelo INAMPS, pelos doentes que ele internava, pelos procedimentos que ele fazia, que eram as “unidades de serviço”, ele recebia as unidades de serviço. Lá no Rio de Janeiro nós tínhamos um professor muito combativo, ele não era professor da minha faculdade, o professor Carlos Gentile de Melo, ele dizia que “essas unidades de serviço eram um fator incontrolável de corrupção na Saúde”, ele bombardeava isto. Apesar de ele ter uma posição muito mais à esquerda do que o professor Jayme Landmann, que a gente o considerava bem linha-dura, o professor Landmann foi o grande ideólogo desse convênio MEC-MPAS, ele lutou. Ele permitiu fazer este convênio, e passar esse convênio dentro do Hospital Pedro Ernesto, porque tinha resistência, mas ele passou por cima dela com a coragem que lhe era peculiar. A segunda grande política foi com Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS, que era o grande financiador das políticas de hospitais, quer dizer, era quem tinha um volume de recursos grande, e ele criou o Índice de Valorização de Desempenho, exclusivo para os Hospitais de Ensino; não apenas isto, ele criou os IAVs, Índices Adicionais de Valorização, que eram para o hospital que está comprometido com uma referência regional, o hospital que realiza atividade extramuros, como tipo internato rural, e o hospital que utiliza tecnologia. E talvez o hospital que melhor aproveitou isto foi o Hospital São Paulo, da então Escola Paulista de Medicina, hoje UNIFESP. O Hospital São Paulo ampliou seus ambulatorios, tornou-se sem dúvida nenhuma o hospital com mais amplo atendimento ambulatorial, porque esses índices também incidiam sobre o atendimento ambulatorial, e isso permitiu ao Hospital São Paulo, ali na Vila Clementino, comprar vários imóveis, transformando em ambulatorios de especialidades. Por isso se tornou uma referência para o interior do Estado, foi uma política muito bem desenhada.

Francisco Barbosa Neto.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
28 de fevereiro de 2022.

A 5ª CNS, realizada em 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde.

ações estratégicas a partir de empréstimos bastante generosos conseguidos com a Caixa Econômica Federal (CEF). Mas os setores privados, que se beneficiavam da possibilidade de execução de recursos da previdência, também se movimentavam e, evidentemente, encontravam modos de operar seus interesses a partir das propostas do 2º PND, tendo recebido em torno de 70% dos recursos do FAS, e concentrados no eixo Rio-São Paulo. “Durante a década de 1970 a rede particular de hospitais, filantrópica ou não, chegou a ser responsável por mais ou menos 90% dos atendimentos faturados junto ao INPS, consolidando os hospitais como porta de entrada dos cidadãos no sistema de saúde”¹⁰, ao contrário do que os debates da 5ª CNS sugeriam e dos caminhos em favor da atenção primária que a OPAS vinha construindo e que as reuniões da ABEM repercutiam.¹¹

A 5ª CNS, realizada em agosto de 1975¹², criou o SNS, destacando a necessidade de hierarquização, programação e planejamento entre as esferas de governo, observando diferenças regionais e a formação e contratação de recursos humanos. Além disso, foram propostos mecanismos de dinamização do sistema de vigilância epidemiológica, programas de saúde materno-infantil, de controle de grandes endemias e de extensão das ações de saúde às populações rurais. Em todos os programas, recomendavam-se ações simplificadas e proximidade com populações locais, de modo a ouvi-las e encaminhar suas solicitações. O principal programa de extensão da cobertura foi o Programa de In-

teriorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cuja elaboração contou com a participação do sanitarista Mário Magalhães. Assim, e contraditoriamente, enquanto buscava bases sociais para sua legitimação, a ditadura precisou ampliar sua burocracia no atendimento à saúde, criando espaços para expressão de discursos contra-hegemônicos e de projetos de municipalização, simplificação e interiorização da assistência à saúde, especialmente nos municípios em que o MDB ganhava as eleições, como aconteceu em Campinas (SP) e Niterói (RJ).

Como arena política de expressão de projetos e crítica social em relação à educação médica, a ABEM não poderia deixar de trazer para os debates dos seus congressos, seminários e reuniões, o conjunto das propostas do governo, da OPAS e da sociedade que se iam desenhando nos espaços institucionais disponíveis. Em suas reuniões, os muitos estratos de tempo e grupos sociais e políticos que se enfrentavam e articulavam na arena pública encontravam lugar de expressão e de disputas em um contexto no qual o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira desenhava os primeiros rabiscos do projeto que nos levaria ao SUS.

Na mesma direção da 5ª CNS, a reunião da ABEM de 1975 – a partir deste ano nomeada de Congresso Anual de Educação Médica (COBEM), evidenciando também a primeira indicação da mudança do nome original (referido inicialmente a Escolas Médicas)¹³ – apontou para os efeitos negativos que o FAS poderia ter na hipertrofia de hospitais em detrimento da medicina simplificada que parecia o melhor caminho para a expansão da cobertura. Os documentos que reproduzimos aqui evidenciam a presença dos debates referidos. Nas moções aprovadas pela assembleia do COBEM (ver reprodução na página 48), encontramos a defesa do convênio MEC/MPAS em espaços que não apenas os hospitalares, da regionalização de programas de saúde a partir da integração docente-assistencial (IDA) e a recomendação para que os recursos do FAS

10 NEMI, A. *Entre o público e o privado...* Op. cit., p. 200. Para dados mais pormenorizados, consultar BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

11 Os dados e as conclusões foram mais bem desenvolvidos por ESCOREL, Op. cit. e BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. Op. cit.

12 *Relatório V Conferência Nacional de Saúde*, 1975. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_5.pdf

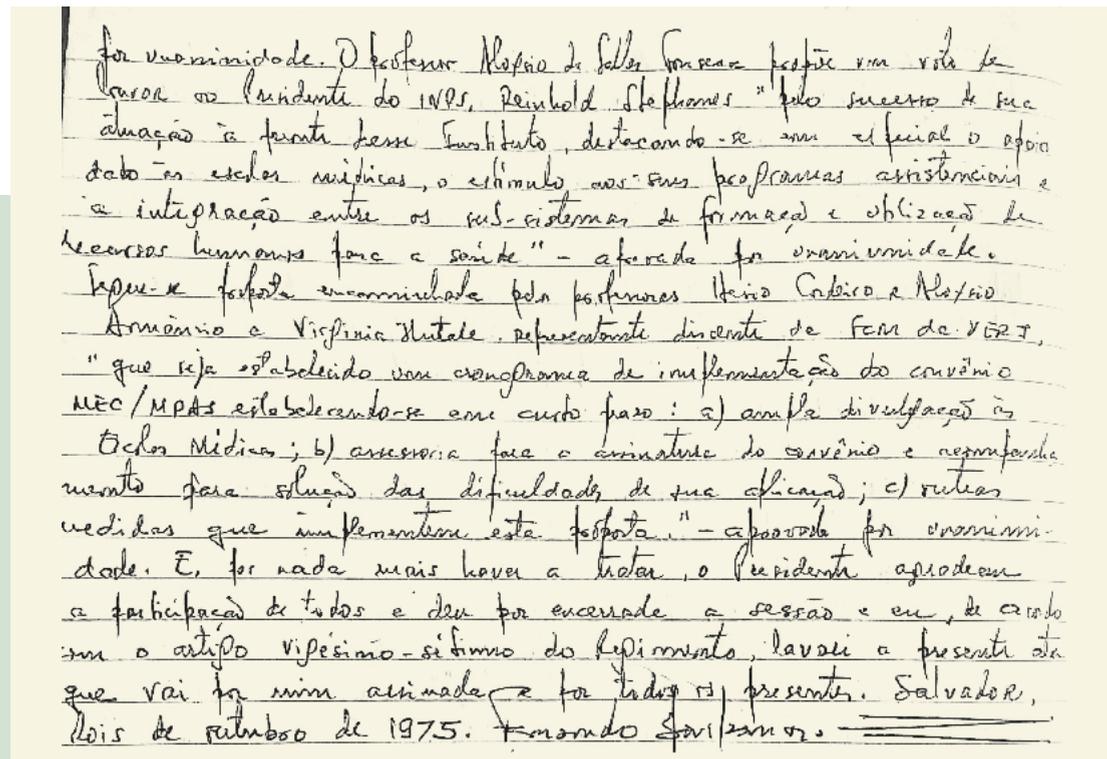
não fossem aplicados apenas em equipamentos hospitalares. No mesmo sentido, em ata da reunião do Conselho da ABEM no mesmo COBEM, os professores Hésio Cordeiro e Aloysio Amâncio, e a discente Virgínia Hortale (?)¹⁴, da UERJ, propuseram a solicitação de um cronograma de implementação do convênio MEC/MPAS (reprodução abaixo), fato que evidencia a luta do setor publicista do INPS contra os interesses privatizantes que tinham forte apoio dentro do próprio INPS (a partir de 1977, INAMPS), conforme estudado por Sarah Escorel.

Não por acaso, no encontro de 1975, realizado em outubro na cidade de Salvador (BA), todos os temas abordados – “Ciclo básico: comum ou diferenciado”, “O ambulatório no ensino médico” e “Residência Médica: análise e proposições” – implicavam definições de espaços de ensino, em hospitais, ambulatórios e centros de saúde, de regionalização das ações a partir de IDA, de modos de financiamento dos leitos de

ensino e de remuneração dos docentes e residentes. E em 1976 não seria diferente. O COBEM aconteceu no Rio de Janeiro, em novembro, e em parceria com a 6ª Conferência Pan-Americana de Educação Médica, promovida pela FEPAFEM, e teve por tema *Tendências atuais em educação médica*. O tema foi discutido a partir de quatro painéis: “Medicina comunitária”, “Regionalização docente assistencial”, “Massificação estudantil” e “Estratégias internacionais de desenvolvimento da educação médica”, além de uma mesa-redonda intitulada “Previdência social e educação médica”. A Fundação Kellogg vinha instituindo o *Programa Continental de Enseñanza de Medicina de la Comunidad*, em parceria com a FEPAFEM, e o primeiro painel apresentou a proposta e as experiências com representantes do Panamá, Colômbia, Venezuela, Bolívia, Brasil, Jamaica e Guatemala. O *Programa de Saúde da Comunidade*, desenvolvido pela UNICAMP a partir do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, uma das experiências

13 Em 1975, na reunião do Conselho durante o COBEM, o então presidente Walter de Moura Cantídio propôs a alteração do nome para Associação Brasileira de Educação Médica, considerando os efeitos da Reforma Universitária e articulações entre as escolas médicas, o que foi aprovado por unanimidade. As alterações definitivas, em estatuto e regimento, no entanto, foram votadas apenas na reunião do Conselho de 23 de novembro de 1978, durante o COBEM de Londrina. ABEM, Ata da Reunião do Conselho da Associação Brasileira de Educação Médica, Londrina, 23 de novembro de 1978.

14 A grafia da ata não permite ter certeza do sobrenome.



for unanimidade. O professor Aloysio de Sales Fonseca fez uma volta de favor ao presidente do INPS, Reinhold Steffens "pelo sucesso de sua atuação à frente desse Instituto, destacando-se em especial o apoio dado às escolas médicas, o estímulo aos seus programas assistenciais e a integração entre os sub-sistemas de formação e utilização de recursos humanos para a saúde" - aprovada por unanimidade. Inquirida a respeito encaminhada pelo professor Hélio Cordeiro e Aloysio Amâncio e Virgínia Hortale, respectivamente discente de FEM de UERJ, "que seja estabelecido um cronograma de implementação do convênio MEC/MPAS estabelecendo-se em curto prazo: a) ampla divulgação às Escolas Médicas; b) assessoria para a assinatura do convênio e remuneração para solução das dificuldades de sua aplicação; c) outras medidas que implementarem esta proposta." - aprovada por unanimidade. E, por nada mais haver a tratar, o presidente agradeceu a participação de todos e deu por encerrada a sessão e eu, de acordo com o artigo vigésimo-sétimo do Regimento, lavrei a presente ata que vai por mim assinada e por todos os presentes. Salvador, dois de outubro de 1975. Fernando Saviz Junior.

1. "Voto de louvor à Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador pela forma que assumiu o patrocínio do XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica."

2. "Voto de louvor ao Governo do Estado da Bahia, Departamento de Assuntos Universitários do MEC, Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES —, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional de Médicos Residentes, Associação Brasileira de Hospitais, Comissão de Ensino Médico do MEC e ao Professor Luiz Fernando Macedo Costa e ao pessoal que secretariou o XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, pelo empenho e ajuda emprestados ao Congresso."

3. "Considerando: 1) a Lei 6229 que criou o Sistema Nacional de Saúde; 2) a experiência adquirida com o Convênio MEC/MPAS; 3) os problemas levantados nesta Reunião sobre Ambulatório e Residência Médica e 4) necessidade de fornecimento de subsídios para a regulamentação da Lei 6299, a ABEM sugere às escolas médicas que:

- a. elaborem conjuntamente com as demais instituições que atuam na área de influência, planos de regionalização docente-assistencial;
- b. solicitem dos Ministérios que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social, assim como a outros órgãos federais e regionais financiadores de serviços de saúde, integral apoio a estes planos, que tornar-se-ão núcleos técnicos e operacionais de referência".

4. "Considerando a importância das modificações por que vem passando o sistema de saúde do país, após a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e a aprovação da Lei 6.229 que criou O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE;

Considerando a necessidade que, em curto prazo, sejam estabelecidos os atos disciplinares referentes à aplicação da Lei 6.229;

Considerando que a regulamentação da Lei 6.229 é de especial interesse das Escolas Médicas, particularmente no que se refere às atribuições do subsistema formador de recursos humanos e suas interações com os outros subsistemas;

A Assembléia Geral do XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica resolve:

1. Manifestar ao CDS o regozijo pela aplicação do convênio MEC/MPAS que já vem contribuindo para uma articulação mais racional entre os subsistemas formador de recursos humanos e prestador de assistência médica, particularmente por:

- a) serem convênios globais e que incluem o pagamento das ações dos diversos níveis de prevenção e assistência médica e não apenas o atendimento hospitalar, mas também o ambulatorial;
- b) serem convênios que estabelecem novas formas de pagamento da assistência médica, que visam corrigir as distorções dos procedimentos anteriores que comprometiam a qualidade da assistência e do ensino médico;

2. propor ao CDS seja estimulada a realização de programas regionais de saúde, com integração docente assistencial como forma de aplicação mais racional dos recursos humanos e materiais, evitando-se planos de emergência que acabem se perpetuando e gerando novas distorções;

3. propor ao CDS que tais experiências de regionalização incluam formas de financiamento da assistência médica, vinculadas ao tamanho da população a ser coberta e não a atos médicos ou altas hospitalares;

4. recomendar ao CDS que sejam normalizada, em curto prazo, a aplicação dos recursos do Fundo de Desenvolvimento Social (FAS) para equipamentos hospitalares, estabelecendo-se como pré-requisito que os solicitantes do financiamento participem de um plano de regionalização, a fim de evitar uma hipertrofia do setor hospitalar e concentração de alta tecnologia em detrimento de serviços simplificados de atenção à saúde, que devem cobrir totalmente a população de determinada área ou região.

5. manifestar ao CDS que os órgãos do Sistema Nacional de Saúde devem prioritariamente, buscar melhor articulação e fortalecimento do setor oficial de prestação de assistência médica (entidades públicas e privadas não lucrativas) como forma de assegurar mais racionalmente, o aumento da cobertura às populações carentes e elevação da qualidade da assistência prestada".

brasileiras pioneiras de aproximação entre serviços e ensino, foi apresentado pelo seu diretor, Júlio Henrique Basso.

No painel sobre a regionalização docente assistencial participaram representantes da FEPAFEM, OPAS, OMS, Brasil, Chile e Costa Rica, também com apresentação de experiências locais que destacaram o aproveitamento dos recursos humanos em relação às habilidades de estudantes e profissionais nas diferentes comunidades, objetivando a descentralização das ações e a melhor qualificação dos estudantes das diferentes áreas da saúde. A experiência

brasileira foi representada por outro projeto pioneiro, o de Planaltina, apresentado por Frederico Simões Barbosa e José Francisco N. P. de Santana, da Universidade de Brasília (UnB), que afirmaram:

Já ultrapassamos a fase do 'Hospital Universitário' ou 'Hospital de Clínicas' com a conotação antiga daquela instituição onde se ensinava a única 'boa medicina'. O ensino médico exige hoje uma visão ampla, de conjunto, sobre os diversos níveis de atendimento.

Medicina curativa e preventiva deverão estar associadas para que o aluno tenha a noção clara de saúde antes da de doença.

15 BARBOSA, F. S.; SANTANA, J. F. N. P. de "Regionalização Docente-Assistencial. O projeto Planaltina". In: ABEM; FEPAFEM, VI Conferência Pan-Americana de Educação Médica e XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 17 a 19 de novembro de 1976, p. 205.

16 É de destacar, neste ano de 1976, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), resultado de uma parceria do governo brasileiro com a OPAS para formação de pessoal técnico e auxiliar de nível médico, implementação de dez regiões docente-assistenciais e apoio a sistemas estaduais na produção de recursos humanos. Conferir em PIRES-ALVES; PAIVA, Op. cit. Segundo os autores, este programa respondia às necessidades de recursos humanos para a consecução do PIASS.

17 Renato Peixoto Veras estudou o discurso da ABEM nas décadas de 1960 e 1970 e também observou essa polissemia, embora considere, ao contrário dos argumentos que desenvolvemos aqui, que a ABEM mantinha posição “acrítica e a-histórica” em relação às transformações que se iam propondo e desenhando. VERAS, R. P. *A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil*, Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, UERJ, 1981.

18 O debate sobre os caminhos da saúde coletiva como programa de pós-graduação, assim como sua inserção nos programas de graduação, internato e residência, não será aprofundado aqui. Para um aprofundamento sobre o conceito e sua

*O Sistema Nacional de Saúde define as atribuições dos órgãos que deverão atuar conjuntamente na execução de seus respectivos programas de saúde.*¹³

O painel sobre a massificação estudantil, relacionado à expansão das escolas médicas na América Latina, preocupou-se com a qualidade da educação médica, já que os espaços de ensino não podiam acolher com qualidade todos os alunos, além de haver concentração em grandes áreas e distanciamento dos serviços de saúde. Mas também houve a proposta de restringir ingressos, por Juan Casiraghi, representante da Universidade de Buenos Aires, evidenciando uma tendência de parte da corporação médica de controlar a expansão evitando a proletarização da profissão. O último painel debateu estratégias nacionais amplificadas por mecanismos internacionais, reforçando a ação de instituições como a OPAS, OMS, FEPAFEM e Fundação Kellogg, e remetendo à plenária final do congresso a possibilidade de levantar sugestões e apoiar as parcerias cujas experiências haviam sido relatadas.¹⁶

A mesa-redonda que retomou as articulações entre previdência social e educação médica contou com relatos de experiências de Colômbia, México, Brasil, Costa Rica e Venezuela, sendo José Granado Neiva, então secretário de Assistência Médica do INPS, quem falou sobre o INPS e a relevância de atuação dos hospitais universitários dentro da previdência e do SNS recém-criado. A crise acerca do convênio global, entre o INPS e os hospitais de ensino, seguramente inspirou a formação do Departamento de Hospitais de Ensino na ABEM, que seria formalizado em 1977.

As palestras, experiências e análises apresentadas permitem observar aproximações e dissonâncias entre os participantes individualmente e a partir das instituições presentes.¹⁷ Discentes, residentes e parte dos docentes consideravam a medicina comunitária no bojo de uma proposta que vinha sendo desenhada e na

qual a municipalização e a regionalização docente-assistencial, a IDA, as ações de prevenção, promoção e curativas, fariam parte de uma estrutura do sistema de saúde em que os cidadãos poderiam se movimentar a partir das necessidades específicas dos seus lugares de origem. Mas a Fundação Kellogg, assim como os incentivos vindos da OMS, e mesmo de parte dos representantes da OPAS, quando tratavam de medicina comunitária, pareciam mais preocupados com a extensão da cobertura da assistência à saúde considerando apenas seus menores custos. Observa-se, assim, um caldo cultural no qual o termo “saúde coletiva”¹⁸ ganhou conteúdos que permitiam separar a chamada saúde pública institucionalizada, paralela à medicina previdenciária do binômio consultório/hospital, daquela que seria a saúde de fato proposta para todos os cidadãos.

Algumas das moções apresentadas na assembleia final do COBEM de 1976 são um forte indicativo dos caminhos que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira viria a traçar: os estudantes participantes do congresso apontaram a incompatibilidade entre a formação acadêmica e as necessidades da maioria da população, já que, pelo currículo, não podiam conhecer o indivíduo como “um ser biopsicossocial”, e também reivindicaram participação na reformulação de currículos e em práticas ambulatoriais; Davi Capistrano da Costa Filho (Faculdade de Medicina de Jundiaí) reuniu denúncias da sociedade sobre abusos nos usos de medicamentos e sugeriu ação da ABEM para cobrar maior controle dos órgãos de fiscalização; Rubem Ferreira de Alcântara Bomfim (FMUSP) solicitou que a ABEM organizasse seminário sobre a importância das Ciências Sociais na formação dos profissionais de saúde; Newton Ferreira Rodrigues (UFPA) solicitou intervenção da ABEM para facilitar a regionalização dos currículos; e foi novamente debatida a moção de Hésio Cordeiro em apoio ao convênio MEC/MPAS e sua proposta de um seminário sobre Atenção Médica Primária.¹⁹

O primeiro contato com a ABEM foi quando o professor Aloysio de Salles Fonseca era o presidente da FEPAFEM (Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina) e essa instituição desenvolvia o curso internacional de “Especialização em Saúde e População”, e no ano de 1976 ocorreu na cidade de Cali, na Colômbia, sediado pela Universidade do Valle. Foram indicados dois professores da UFF, um da área materno-infantil, eu, e um da área de saúde coletiva, o professor Hugo Coelho Barbosa Tomassini, para participar do referido curso, visando à elaboração de uma proposta para sua continuidade no Brasil. Essa proposta foi elaborada e entregue à ABEM, que a enviou aos canais competentes ao nível ministerial. Acreditamos não ter sido, na época, aprovado.

Nesse período, a UFF começou a desenvolver o Programa Materno-Infantil, apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde, sendo depois ampliado para o Programa de Integração Docente Assistencial na Área de Saúde (PIDAS). Fui, então, convidado para participar da coordenação desse projeto. Também ocupei um cargo na Secretaria de Saúde do Município de Niterói.

O COBEM de 1977, realizado em novembro na cidade de Belém (PA), apresentou o primeiro número da *Revista Brasileira de Educação Médica* (RBEM), com proposta de três números anuais, e teve como reflexão condutora a relação entre educação médica e serviços de assistência diante dos avanços científicos e tecnológicos em saúde, dividida em três painéis: “Ensino das disciplinas básicas na área da saúde face à Reforma Universitária”, “Ensino de clínica médica” e “Realidade da matrícula por disciplinas nas escolas médicas”.

Os relatórios finais dos painéis recomendaram a integração dos institutos isolados e grupos de pesquisa às ações das disciplinas e departamentos universitários, de modo a evitar compartimentalizar ensino, extensão e pesquisa e a fortalecer os colegiados das instituições, evitando, ainda a fragmentação do ensino da clínica médica em subespecialidades, mas houve discordâncias apontando o desenvolvimento científico necessário aos avanços da medicina.

Convém ressaltar duas atividades desenvolvidas pelo PIDAS: a organização do setor de triagem do HUAP//UFF, que favoreceu o sistema de referência e contrarreferência entre os serviços e o curso de capacitação para áreas integradas, regionalizadas e hierarquizadas, no qual participou um bom número de chefes de Unidades Municipais de Saúde.

A referida secretaria de Saúde foi ocupada pelo professor Tomassini, que propôs e desenvolveu a criação de uma rede de atenção básica de saúde em Niterói, a partir de 1976. O ato favoreceu, em muito, o perfil da rede de serviços de saúde, que contava também com apoio de alguns segmentos na universidade.

Permitiu-se rever e adequar a formação dos estudantes, ampliando a prática, inserindo os nossos alunos na rede de atenção básica de saúde. Tive a oportunidade de participar do debate e construção das propostas, tanto da reforma curricular quanto da questão da organização dos serviços.

João José Marins.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
28 de fevereiro de 2022.

Embora sem consenso, foram apresentados resultados de pesquisa sobre os sistemas de matrícula por disciplina semestral ou anual, pré-requisitos e problemas de trancamento, indicando que o sistema de matrículas precisava ainda de aperfeiçoamento, mas que, sendo por disciplinas, ofereceria maior liberdade aos alunos na construção de suas trajetórias acadêmicas.

Importante ressaltar neste ano de 1977, a partir do relatório da DE, a participação da ABEM no Programa Formação do Médico de Família, que seria implantado a partir de 1978 com apoio da Fundação Kellogg e do departamento de Assuntos Universitários do MEC, e o desenvolvimento do Programa de Seminários Regionais, cujo primeiro havia sido em Curitiba e o segundo seria em Campinas em 1978. Além disso, a ABEM participou das reuniões preparatórias para a regulamentação da residência médica, que levaria à aprovação do Decreto 80.821/1977, instituindo a residência e formando a Comissão Nacional de Residência Médica, que ficaria res-

polissemia, consultar: OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, supl.1, p. 205-218, 2015; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. ALMEIDA FILHO, N. (org.) *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 3-12; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *O campo da saúde coletiva – gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*, Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2018.

ponsável pela fiscalização e regulamentação do treinamento nas especialidades.

A 6ª CNS²⁰, acontecida nesse mesmo ano, e com participação da ABEM, aumentaria o volume das disputas pela estrutura que deveria ter o Sistema Nacional de Saúde criado na conferência anterior, retomando o tema da interiorização da saúde e o das endemias, e acrescentando o tema da regulamentação dos diplomas na área de saúde. Eram tempos de alguma abertura, por meio da qual a ditadura esperava não apenas legalizar seus “feitos” como reconstruir suas bases sociais, por isso opiniões discordantes foram expressadas, como aquelas que destacaram a falta de recursos para operacionalização do PIASS, mesmo que o relator tenha se negado a incluir no relatório as críticas dirigidas à proposta do Ministério da Saúde.²¹ De qualquer modo, entre este espaço institucional oficial e a arena da ABEM, os temas eram comuns e articulados, assim como se imbricavam no processo de abertura política que o país experienciava, de maneira controlada, em meio à luta pela anistia e contra a carestia, e ainda sofrendo muita repressão. Um parágrafo do Relatório final da 6ª CNS, relativo ao tema Política Nacional de Saúde, é ilustrativo do argumento, pois permite perceber a presença dos críticos da dualidade entre medicina curativa previdenciária e saúde pública na conferência:

Considerou-se que os fundamentos da Política Nacional de Saúde, propostos no documento referente ao tema, são apropriados à realidade do País. No entanto, foram salientadas dificuldades de articulação de todos os órgãos que executam ações de saúde, face a antagonismos de posicionamento, em termos de essência filosófica, entre dois subsistemas: um, voltado para a aplicação das medidas de alcance individual e o outro, voltado para as medidas de alcance coletivo.²²

Acompanhando os argumentos e reflexões de Pires-Alves e Paiva²³, podemos afirmar que as divergências pouco acomodadas na 6ª

CNS e evidenciadas nos debates da ABEM foram as mesmas expressas nas divergências entre o ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, e o diretor da OMS, Halfdan Mahler, quando este visitou o Brasil em 1977, já que o primeiro considerava que o Sistema Nacional de Saúde que vinha sendo implantado no Brasil acompanhava as proposições da OMS, enquanto o segundo sobrelevou o papel das desigualdades sociais e entre países como explicativo das dificuldades para suplantarem a separação entre medicina curativa e saúde pública. Uma divergência que se tornaria mais explícita em 1978, na assinatura da Declaração de Alma Ata, que definiu a Atenção Primária (AP) como a principal estratégia para a conquista da meta Saúde para Todos no Ano 2000. A declaração, embora consensual, guardava importantes divergências entre os que entendiam a AP como medicina simplificada e para populações pobres, os que a consideravam como porta de entrada para um sistema de saúde integral e universal e, ainda, aqueles que

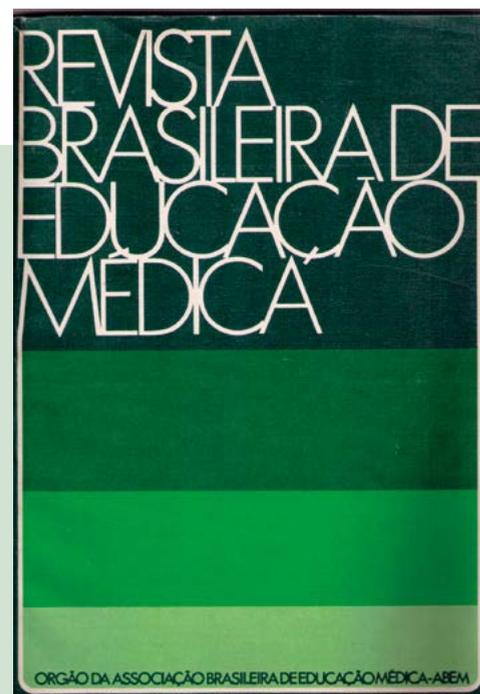
19 ABEM, *Ata da Assembleia Geral*, 19 de novembro de 1976.

20 Relatório final disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf Acesso em junho de 2022. Sobre a 6ª CNS: PAIS, Priscila V. S. *Intenções e projetos em saúde pública no Brasil na VI CNS (1977)*. Guarulhos: Novas Edições Acadêmicas, 2013.

21 ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.). *Saúde e democracia – História e perspectivas do SUS*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 93-94.

22 Relatório final disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_6.pdf Acesso em junho de 2022.

23 PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. Entre a ausência em Alma Ata e o Prevsauê: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 643-659, jul.-set. 2021.



Capa da primeira RBEM

A Declaração de Alma Ata, em 1978, definiu a atenção primária como a principal estratégia para a conquista da meta de saúde para todos.

desejavam, através dela, promover uma profunda transformação social. Tanto assim que, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveria uma conferência na cidade italiana de Bellagio, com apoio do Banco Mundial, para promoção do conceito alternativo de *selective primary health care*, com ações focalizadas em situações de extrema pobreza e sem vínculos com os projetos de sistemas de saúde universais. Uma disputa na qual ainda nos encontramos e que, nos anos 1970, já havia produzido uma literatura crítica importante no Brasil, cabendo citar as pesquisas de Sérgio Arouca, Cecília Donângelo e a influência de Juan César García a partir da OPAS²⁴, além das experiências inovadoras, algumas aqui sumarizadas, cujas trajetórias eram apresentadas nas reuniões da ABEM.

O COBEM de 1978, reunido em novembro, na cidade de Londrina (PR), desenvolveu dois temas, *O médico de família* e *Formação ética do médico*, sendo o primeiro tema fortemente relacionado aos projetos de extensão da cobertura da assistência à saúde para populações rurais e áreas urbanas periféricas e aos debates sobre articulação entre saúde e previdência. Interessante observar que, na apresentação dos anais, feita pelo então diretor executivo Fernando Bevilacqua, afirma-se que o evento tinha como principal objetivo consolidar o Programa de Formação do Clínico Geral que a ABEM vinha desenvolvendo junto com a Kellogg e a FEPAFEM, evidenciando

as disputas entre os termos médico generalista, clínico geral e médico de família. Em alguns grupos de trabalho optou-se pela nomeação de clínico geral para o graduado, considerando a dificuldade e a urgência de se formar tal profissional e o equívoco do termo médico generalista. Médico de família seria profissional pós-graduado, mas houve grupo de trabalho que considerou que o termo médico de família deveria ser substituído pelo de médico/clínico geral. As nomenclaturas, no entanto, provocaram menos discordâncias do que a definição dos conteúdos e tempo de estudos necessários para formar o médico de família. Em qualquer dos casos ou possibilidades, o único consenso foi sobre que a absorção desse profissional dependeria da regionalização docente-assistencial, o que supunha rever os termos do convênio MEC/MPAS com os hospitais de ensino, de modo a inibir o desestímulo à absorção do clínico geral. Este profissional deveria ter lugar de destaque na estrutura previdenciária de assistência à saúde.

O tema voltaria no COBEM de 1979, realizado na cidade do Rio de Janeiro para debater *Experiências com novos modelos de formação médica* e *Experiências com Integração Docente-Assistencial* (IDA). A conferência de abertura, de João Amílcar Salgado, associou a qualidade da pesquisa e do ensino ao problema do assalariamento dos médicos, e mesmo dos residentes, que no final dos anos 1970 fizeram muitas greves, já que, nos espaços de ensino, o docente realizava duplo trabalho, de ensino e de assistência/prestação de serviço, mas recebia apenas por um. Dessa forma, enquanto a arena da ABEM acolhia propostas inovadoras de reformulação da educação médica, muitas vezes relacionando-a à necessária transformação social, também se debatiam os processos de assalariamento promovidos pela medicina previdenciária e que, para muitos participantes, significavam dois trabalhos remunerados como um. Talvez isso explique o fato de que, até hoje, a maior parte dos professores dividam seu tempo de trabalho entre a escola

24 AROUCA, S. O dilema preventivista – Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva (1976). São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003; NUNES, E. D. (org.) Juan César García – Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989; DONNANGELO, C. *Medicina e sociedade - O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975; DONNANGELO, C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Eu estava na coordenação de um grande grupo de estudantes aqui da Faculdade de Medicina, e a gente havia feito uma proposta de ter um internato rural na faculdade de Medicina, mas ninguém sabia como fazer isso. Na verdade, tinha internatos rurais e acho que o modelo talvez mais clássico do Brasil seja o modelo de Ribeirão Preto, chamado Cássia dos Coqueiros, mas que levava 10%, 20% dos estudantes para fazer a sua prática na área rural. E o que nós havíamos proposto e que daria uma discussão inteira de um hora aqui de por que é que aconteceu isso, foi uma reforma curricular que acredito uma coisa importantíssima no Brasil em termos de educação médica, porque foi uma reforma que pegou o currículo inteiro, ao contrário de outras que haviam acontecido anteriormente, como o currículo experimental da USP, que tinha sido talvez a maior chacoalhada que a educação médica havia tido no Brasil. (...)

Então, o professor Philadelpho me convida para coordenar o internato rural, ninguém sabia como fazer isso e como é que o

colocava na faculdade de medicina, que era a maior faculdade do Brasil, a única que no momento recebia 320 alunos por ano. Como a gente colocava esses 300, ou seja, eram 160 por semestre, e como é que colocava todas essas pessoas em cidades muito distantes, às vezes sem telefone, porque naquele momento eram 12 horas de viagem de carro de Belo Horizonte. (...)

Mas eu acho que o grande marco de pensar educação médica e serviço de saúde da América Latina inteira foi o livro de Juan César García, que se chama Educación Médica y Salud, que, a meu ver, é o que inaugura isso, como que você não pode pensar a educação médica isolada dentro da escola médica, mas tem que pensar isso dando respostas à sociedade. Ele esteve aqui no Seminário de Reforma do Ensino Médico de Belo Horizonte em 74, (...).

Francisco Eduardo Campos.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
9 de maio de 2022.²⁵

médica e a clínica privada. Foram apresentadas as experiências de UnB, UEL, UFMG, UFPB, UFPE, UFPel, todas buscando integrar o ensino aos equipamentos de saúde disponíveis e às necessidades da comunidade, de modo a aproximar a formação dos recursos humanos da sociedade. Cabe, nesse sentido, reproduzir alguns trechos dos dois relatórios finais produzidos pelos grupos de trabalho que apontam para o fortalecimento da AP:

Foi ressaltada a importância da introdução nos currículos dos aspectos socioeconômicos da doença, na mesma medida que os aspectos diagnósticos e terapêuticos. Assim, a relação aluno-paciente-comunidade deverá substituir a clássica relação aluno-professor. Deverá ser incorporado à educação médica o conceito de equipe de saúde, devendo participar da docência de nossas faculdades outros profissionais que não médicos.

A residência médica não deverá ser complemento da formação do médico geral, objeto do curso de graduação, e sim existir com objeti-

vos específicos de especialização e como pré-requisito para a pós-graduação acadêmica.

As atividades no nível periférico, em centros urbanos e mesmo rurais, tão indispensáveis à formação do médico geral, têm sido obstaculizadas pelas dificuldades inerentes a tais atividades. Nesse sentido, aconselha-se a adoção de remuneração adicional aos docentes que se proponham a este trabalho, na forma de incentivos funcionais.

Focalizou-se, também, a necessidade de a ABEM diligenciar junto ao INAMPS no sentido de corrigir a distorção da remuneração atribuída aos hospitais universitários. (...)

(...) promover divulgação dos projetos de integração docente-assistencial em andamento, mostrando suas características fundamentais (programa, fontes de recursos, custos, dificuldades, consequências etc.), permitindo às instituições que não os executam compreender a sua viabilidade.²⁶

A moção proposta em apoio ao professor Frederico Simões Barbosa, que havia apresenta-

25 Para conhecer melhor esta experiência, consultar: FLEURY, S. (org.) Projeto Montes Claros – A utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

26 COUTINHO, A. Integração Docente-Assistencial: uma experiência na Universidade Federal de Pernambuco; ABEM, Relatório Final. In: ABEM, Anais do XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, Poços de Caldas, 14 a 17 de novembro de 1979, p. 62 e 129.

Sobre estatutos e regimentos da ABEM

O percurso da ABEM foi acompanhado por mudanças e adequações em seus regimentos e estatutos. As mudanças regimentais ocorreram em janeiro e outubro de 1975 (Rio de Janeiro e Salvador), em novembro de 1978 (Londrina), em novembro de 1992 (Londrina), em novembro de 1994 (Niterói), em outubro de 1999 (Brasília), em setembro de 2002 (Fortaleza) e em abril de 2012 (Rio de Janeiro), sendo este último o regimento em exercício. Houve, ainda, mudanças estatutárias em agosto de 1968 (Fortaleza), em setembro de 1974 (São Paulo), em outubro de 1975 (Salvador), em novembro de 1978 (Londrina), em novembro de 1992 (Londrina), em novembro de 1994 (Niterói), em novembro de 2011 (Belo Horizonte) e em outubro de 2019 (Brasília), sendo este o estatuto em vigência.

Durante essas mudanças, muitas cláusulas foram retiradas, incorporadas ou modificadas. No regimento de janeiro de 1975 houve exclusão da classificação de sócio benemérito, presente até então, e o regramento para a associação dos sócios cooperadores, questão que até então não era normatizada. A condição de associado benemérito é resgatada, pois é apontada no regimento atual (2012) desde que este contribua com a sustentabilidade da associação. Quanto aos sócios cooperadores, são hoje apontados como associados honorários e são aqueles que tiveram proeminência na prestação de serviços sobre educação médica.

O regimento de 1962 da ABEM não definia com clareza os direitos dos sócios individuais dentro da associação, ademais restringia a associação aos educadores

ou médicos interessados na educação médica, questão modificada no estatuto de 1968, que passou a permitir a associação de estudantes de medicina. O papel dos associados ficou mais bem estabelecido nas modificações do regimento do começo de 1975 – essas modificações se fizeram necessárias em razão do amplo crescimento da ABEM nos 13 anos anteriores, e ao desejo de ampliar o quadro de associados. Os direitos atribuídos aos sócios individuais eram: a) participação das reuniões anuais ou especiais como membro efetivo; b) recebimento das publicações da ABEM, sem nenhuma cobrança ou ônus; c) recebimento de informação solicitada à ABEM no que tangia às questões administrativas, bibliográficas, técnicas ou de assessoramento, com ônus; d) votar para cargos da Diretoria, desde que fosse membro do Conselho; e) os sócios individuais e representantes institucionais poderiam ser votados para membro da Diretoria, questão que continuou proibida para os sócios cooperadores; f) qualquer sócio poderia ser designado para representar a ABEM, em área específica, questão também proibida para os sócios cooperadores; g) ser representante contra a Diretoria da ABEM perante o Conselho; h) participar com voz da Assembleia da ABEM. Ainda neste quesito, em 1975, foi estabelecida cobrança diminuída para sócios individuais discentes e residentes, visando a melhor possibilidade de associação destes grupos.

O estatuto de 1968 e o regimento de 1975 estabeleceram o cargo de diretor executivo, cargo de confiança, que deveria ser designado pelo presidente. Ambos os documentos destacam a autonomia financeira do dire-

tor executivo, desde que autorizado pelo tesoureiro ou presidente. Este regimento destacava que caberia a ele cuidar da administração da documentação e informação em educação médica, das subdiretorias executivas regionais e do fundo nacional de educação médica. Essas atribuições foram mantidas durante muitos anos, tendo o diretor executivo bastante relevância na associação. Este papel só é modificado no estatuto de 2019, em que foi finalizado o cargo de diretor executivo e instituído novos cargos no Conselho Diretor.

Os cargos da Diretoria sofreram diversas mudanças nos diversos estatutos e regimentos. Os primeiros estatuto e regimento da ABEM designavam as funções de: presidente; 1º vice-presidente; 2º vice-presidente; 3º vice-presidente; 1º secretário; 2º secretário; tesoureiro. Com as atribuições supracitadas do diretor executivo, os cargos de secretários foram extintos no regimento de 1975, sendo extinto também neste documento o cargo de 3º vice-presidente. Em 1999, ressurgiu o cargo de secretário e em 2012 se encerra o cargo de 2º vice-presidente. Como dito anteriormente, os cargos são reorganizados no estatuto de 2019, que passa a apontar o Conselho Diretor composto por: presidente; vice-presidente; tesoureiro; secretário; diretor de inovação; diretor discente; diretor médico residente.

O primeiro regimento e estatuto da ABEM não previam as Regionais, questão que só passa a estar presente na documentação a partir do regimento de janeiro de 1975. Neste regimento são apontadas as principais funções das Regionais, que seriam: a) representar o pensamento e a política da Diretoria da ABEM perante as escolas e instituições de saúde e educação de sua região; b) colaborar, da melhor forma que puder, para o desenvolvimento dos programas e projetos da ABEM em sua

região; c) servir como elemento de ligação entre as escolas de sua região e Diretoria da ABEM; d) sugerir projetos específicos de maior interesse para a sua região; e) desenvolver outras atividades por solicitação do presidente. Com o passar dos anos, as Regionais ganharam maior autonomia e papel fundamental no agrupamento das escolas de cada região. Ademais, passa a ser o diretor regional quem recebe a solicitação de novas associações para a ABEM.

O processo eleitoral também passou por diversas modificações, em um primeiro momento o Conselho Diretor era eleito durante a posse da Diretoria anterior, buscando assim a previsibilidade da Diretoria subsequente. Esse processo foi modificado no regimento de 1994, que apontava a eleição da Diretoria no mesmo ano de sua posse. Ainda no regimento e no estatuto deste ano passou a ser autorizada a reeleição, por uma única vez, do Conselho Diretor.

Atualmente a ABEM conta com três documentos norteadores, sendo eles o Estatuto, o Regimento Geral e o Regimento Eleitoral. Este último aparece pela primeira vez na documentação em 2012 e existe para nortear especificamente o processo eleitoral da associação. Este documento foi atualizado em 2020, sendo ele o atual. Nos estatutos e regimentos após 2010 aparecem, além do Conselho Diretor, o Conselho de Administração; Regionais; Conselho Fiscal e Consultivo. Esses órgãos não são mencionados nos documentos anteriores.

Diretorias

1970-1972

Presidente	Rubem Maciel
1° Vice-Presidente	Walter de Moura Cantídio
2° Vice-Presidente	Hilton Rocha
3° Vice-Presidente	José Leal Prado de Carvalho
1° Secretário	Clóvis Boechat
2° Secretário	José Romero Teruel
Tesoureiro	Alyσιο Sales da Fonseca
Diretor Executivo	Célia Lúcia Monteiro de Castro

Observação: Assumiu 1° vice presidente a partir de maio/1972.

1972-1974

Presidente	Aloysio de Salles Fonseca
1° Vice-Presidente	Horácio Knesse de Mello
2° Vice-Presidente	Attilio Luiz Rotta
3° Vice-Presidente	Guaraciaba Quaresma Gama
1° Secretário	José Raphaem de Souza Júnior
2° Secretário	Antônio Márcio Lisboa
Tesoureiro	Annibal Nogueira Júnior
Diretor Executivo	Fernando Bevilacqua

1974-1976

Presidente	Walter de Moura Cantídio
1° Vice-Presidente	Horácio Knesse de Mello
2° Vice-Presidente	Mário Rigatto
3° Vice-Presidente	João Paulo Mendes
1° Secretário	Antônio Dias dos Santos
2° Secretário	José Pinto Machado
Tesoureiro	Jarbas Porto
Diretor Executivo	Fernando Bevilacqua

1976-1978

Presidente	Horácio Kneese de Mello
1° Vice-Presidente	Rodrigo D'Argolo Ferrão
2° Vice-Presidente	João Paulo do Valle Mendes
Tesoureiro	Benjamin Albagli
Diretor Executivo	Fernando Bevilacqua

1978-1980

Presidente	João Paulo do Valle Mendes
1° Vice-Presidente	Naum Keiserman
2° Vice-Presidente	Luiz de Paula Castro
Tesoureiro	Alice Reis Rosa
Diretor Executivo	Fernando Bevilacqua



8ª Conferência Nacional de Saúde
Foto: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ



Criação da DENEM

Eleição indireta Tancredo Neves/José Sarney

8ª Conferência Nacional de Saúde

Sistema Único Descentralizado de saúde

Aproximação entre a previdência e a saúde pública

Criação da ABRAHUE

1ª Conferência Mundial Educação de Saúde. Declaração de Edimburg

Nova Constituição "saúde direito de todos e dever de estado"

Eleição direta Collor de Mello

Início da redemocratização

Movimento Diretas Já

1982

1984

1986

1988

1989

POLÍTICAS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO MÉDICA/ABEM

CONTEXTO POLÍTICO

População [milhões]:
121,7

Taxa de analfabetismo:
25,5

Mortalidade infantil/00:
69

Mortalidade geral/00:
8

Taxa de Fecundidade:
4,4

Expectativa de vida:
64

IDH:
0,522

Escolas médicas:
80

“

Então o meu projeto de direção da faculdade de medicina teve esses dois referenciais: o marco político, digamos, da Conferência de Alma Ata, da atenção primária à saúde, e o marco teórico que era da Integração Docente Assistência, o modelo acadêmico da Integração Docente Assistencial. Com isso, eu pude desenvolver um projeto, e na minha gestão elaboramos um plano de ação e montamos toda uma proposta de reforma curricular, que depois foi implantada na UFF pelos anos 1990. Mas foi um processo muito longo, muito complexo, quer dizer, havia muita resistência acadêmica a esse negócio todo, mas ao mesmo tempo também desenvolvi articulação junto aos serviços de saúde e criamos o Projeto de Integração chamado Ações Integradas de Saúde, que é o precursor do SUS (Sistema Único de Saúde). (...)

Eu fiz um plano de ação chamado Plano Abem. Esse plano tinha várias ações e todas elas voltadas para apoiar, sobretudo, mudanças curriculares na direção do apoio à integração com o serviço de saúde. A base do plano era colocar a questão da atenção primária à saúde como eixo da educação, então era uma proposta de transformação da educação médica a partir daqueles eixos que eu usei lá da UFF, do Documento de Alma Ata, da atenção primária e a questão da integração com o serviço de saúde. (...) Esse documento, eu elaborei com um grupo de trabalho com apoio da OPAS. Quem representava a educação médica na OPAS no Brasil era o José Paranaquá Santana, que foi durante muitos anos o co-

ordenador da área de recursos humanos da OPAS. (...) Aí eu acho que não consegui fazer o que queria. Eu fiquei frustrado. Não consegui mobilizar as escolas médicas para essa transformação. (...)

A minha expectativa era que as resistências das escolas médicas fossem sendo diluídas, fossem sendo reduzidas, havendo maior adesão. Eu acho que ainda hoje as escolas médicas são resistentes. O modelo da medicina especializada é muito forte nas escolas médicas, e eu nunca contrapus uma coisa com a outra. São abordagens distintas, na verdade acho assim: o paradigma da saúde pública não é excludente, ele inclui a medicina, digamos, pasteuriana, biologia, ele não exclui, mas os especialistas sempre puseram uma situação de conflito entre a saúde pública e a medicina, a chamada medicina biológica. Isso é um conflito, de certa maneira, o pessoal da saúde pública também tinha um pouco desse preconceito, lá para atrás, no início. Não era uma coisa também tranquila, o olhar da saúde pública para isso não. As pessoas tinham referências, por exemplo, de, vou dar uma referência, mas tem outras, mas o referencial do Ivan Illich, que negava a medicina clínica, biológica. Isso as pessoas da saúde pública, algumas tinham uma certa visão, as pessoas que consideravam assim: “ah, se tiver a saúde pública, a atividade médica vai reduzir. Se você fizer atenção primária, 90% das coisas que acontecem, deixam de acontecer”. Era uma visão ingênua também.

Luiz Antônio Santini.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
10 de março de 2022.

”

Talvez não seja exagero afirmar que os anos 1980 foram os da construção de utopias que se materializaram com a promulgação da Constituição de 1988,

ao menos parcialmente. Foi uma época em que se entrelaçaram estratos do tempo evidenciados em recuos e avanços na abertura e na efetivação da anistia no Brasil, com a chegada de exilados, a libertação de parte dos presos políticos e, ao mesmo tempo, atos terroristas promovidos pela chamada “linha-dura” do regime militar¹. Época que conheceu a ideia de uma Reforma Sanitária consubstanciada em proposta e, depois, processo², na medida em que seus idealizadores atuaram tanto na sua formulação quanto na construção das suas etapas, ocupando espaços institucionais disponíveis a partir dos programas de extensão da cobertura e da possibilidade de aumentar a participação popular no encaminhamento das ações em saúde. E, também, uma época em que se valorizou o mercado como responsável ideal pela alocação de recursos³, ao mesmo tempo em que a OMS apontava a atenção primária como melhor caminho para a conquista da meta “Saúde para todos no ano 2000” e se afirmava a necessidade de o Estado organizar os serviços de saúde e planejar a distribuição de recursos para a instalação do Sistema Nacional de Saúde. Estratos do tempo que se sobrepujaram e forcejavam os limites impostos pelo *imobilismo em movimento* que caracteriza o sistema político brasileiro segundo Marcos Nobre⁴. Dessa forma, se as utopias sugeriam a edificação de uma democracia social ancorada em uma efetiva Reforma Sanitária e, a partir dela, um Sistema Único de Saúde que reunisse ações preventivas, curativas e de promoção à saúde, as negociações políticas, em meio às quais sanitaristas e defensores da reforma, teriam que estabelecer os passos e definir os recursos para seu cumprimento, trouxeram avanços e freios com os quais lidamos ainda hoje, e que, desde então, encontram-se na arena política da ABEM.

As vitórias da oposição em 1982, assumindo prefeituras e governos de estado, assim

como o crescimento dos movimentos sociais destacando saúde e carestia, permitiram avançar na construção de um efetivo sistema de saúde a partir da municipalização das ações, da medicina comunitária e da atenção primária, consubstanciando experiências que seriam fundamentais nos debates da 8ª CNS, em 1986, e na escrita do capítulo de saúde na Constituinte. Mas haveria que enfrentar os interesses privados que se expressavam no INAMPS, na expansão dos convênios e seguros privados de saúde e no fortalecimento do binômio consultório/hospital, este bem mais resiliente do que talvez supusessem os defensores da carta de Alma Ata.

O conjunto de debates do COBEM dos anos 1980 aprofundou temas importantes, como a formação de recursos humanos para a saúde, o financiamento dos hospitais de ensino, o internato, a residência e a pós-graduação, os projetos IDA e, principalmente, as ações que se configuravam como primeiros passos para a construção do SUS, como os debates em torno do projeto Prev-Saúde, a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Logo em 1980, a 7ª CNS anunciou o tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, repercutindo Alma Ata e lançando o projeto Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que pretendia ampliar a rede nacional de serviços básicos de maneira regionalizada, além de atuar nas áreas de saneamento e habitação, vigilância epidemiológica e formação de recursos humanos⁵. No COBEM desse ano, acontecido em dezembro, na cidade de Goiânia (GO), o Prev-Saúde teve lugar de destaque, com uma conferência do então ministro da Saúde, Valdir Mendes Arcoverde, e um painel com a participação de Ary Monteiro do Espírito Santo (Universidade Federal de Goiás), Geraldo Castelar Pinheiro (Universidade Federal do Rio de Janeiro), José da Silva Guedes (Santa Casa de São Paulo), Lia Fanuck (Ministério da Saúde), ambos intitulados “Papel da escola médica diante do Prev-Saúde”.

1 Para melhor compreensão dos anos finais da ditadura militar, consultar: REIS, D. A.; RIDENTI, M.; MOTTA, R. P. S. *A ditadura que mudou o Brasil – 50 anos do golpe de 1964*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014; NAPOLITANO, M. 1964 – *História do Regime Militar Brasileiro*. São Paulo: Contexto, 2014; FICO, C. *Além do Golpe – Versões e controvérsias sobre 1864 e a Ditadura Militar*. Rio de Janeiro: Record, 2012.

2 PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira....* Op. cit.

3 Sobre a era do chamado “neoliberalismo” e do “Consenso de Washington”, consultar: CHENAIS, F. (org.) *A finança mundializada*. São Paulo: Boitempo, 2005; RATTNER, H. *Rumos do século XXI – A era das incertezas*. São Paulo: Edusp, 2011.

4 NOBRE, Marcos. *Imobilismo em movimento – Da abertura democrática ao governo Dilma*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

5 Relatório VII Conferência Nacional de Saúde, 1980. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1491-relatorio-final-da-7-conferencia-nacional-de-saude>

Na sua conferência, o ministro destacou os péssimos resultados da saúde no Brasil, afirmando que o índice de mortalidade infantil é o maior da América Latina, aproximando-se dos países africanos, o que era inaceitável, visto que o desenvolvimento econômico do Brasil era muito superior. Entre os dados quantitativos que apresentou, cabe ressaltar que havia 40 milhões de pessoas sem assistência à saúde no Brasil, e que parte do problema estaria na formação médica, já que ainda se priorizavam a medicina curativa, a especialização e as práticas complexas de saúde que aumentavam o prestígio do atendimento especializado, o que seria corroborado pela Previdência Social, que remunerava de forma mais vantajosa os especialistas. Diante desse quadro, foi necessária a discussão de reestruturação do sistema de saúde, com a concordância dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, o que culminou na proposta do Prev-Saúde. A proposta seria consequência da crise de saúde no país e da crise do INAMPS, com graves acusações de corrupção na distribuição dos seus recursos, mas também estava relacionada à necessidade de cumprimento dos compromissos assumidos na Reunião dos Ministros de Saúde das Américas de 1972 e às 22 recomendações da Conferência de Alma Ata de 1978, indicando a interiorização do atendimento e a simplificação dos procedimentos. Entre as prioridades do programa, o ministro citou: ampliar a cobertura dos serviços; integrar saúde e saneamento; utilizar pessoal de nível elementar e médio; utilizar práticas alternativas (como a homeopatia); reorganizar o sistema; universalizar e equalizar

os serviços de saúde. Segundo o ministro, o Prev-Saúde tinha a expectativa de um profissional que soubesse valorizar o trabalho com a comunidade e, para que isso ocorresse, seria necessário, inicialmente, uma mudança no corpo docente, com a valorização do serviço de ambulatório, a racionalização do uso de exames auxiliares e a implementação da prática de diagnóstico comunitário. Todo esse processo poderia, também, apresentar novas perspectivas de pesquisa para as escolas médicas, com o internato utilizando toda a rede de saúde operada pelas secretarias e pelo INAMPS, o que poderia ser atingido pela integração docente-assistencial.

A relatoria geral do painel coube a Paulo Marchiori Buss, que enfatizou as divergências na elaboração e nas propostas de implementação do Prev-Saúde manifestadas pelos 11 grupos de trabalho do congresso. Vale a pena pormenorizar as críticas, porque elas permitem observar a presença dos ideais do movimento da Reforma Sanitária, então atuando em muitas frentes institucionais e políticas e enfrentando o dilema que opunha pequenos passos para uma efetiva Reforma Sanitária, como eram as propostas sociais para a saúde desenhadas pelo Prev-Saúde, a mudanças estruturais necessárias.⁶ A maioria dos grupos demonstrou insatisfação pela ausência de discussão preparatória envolvendo alunos, docentes e funcionários, o que indicava um quase desconhecimento do Prev-Saúde, já que não foram chamados para compor o projeto nem o MEC nem as universidades, nem as escolas médicas ou a ABEM. Quanto à apreciação geral sobre o programa, alguns grupos se manifestaram a favor dos princípios do Prev-Saúde, enquanto outros foram terminantemente contra, e alguns solicitaram a sua reformulação pelos profissionais de saúde e pela população. Foi considerado que, para ser eficaz, o projeto deveria apresentar melhorias nas condições de vida da população, incluindo trabalho e lazer. As metas do Prev-Saúde foram consideradas corretas, mas havia pontos pouco elucidados, destacando-se:

⁶ Para um entendimento mais cuidadoso dos debates em torno do Prev-Saúde, consultar PAIM, J. Op. cit.; FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

O conjunto de debates dos anos 1980 reflete os primeiros passos do SUS.

- a) falta de participação dos profissionais de saúde e da comunidade na elaboração do projeto;
- b) desconsideração de aspectos regionais, visto que o projeto cobriria todo o país;
- c) ausência de critérios de avaliação futura da eficiência do sistema;
- d) inviabilidade orçamentária para atender às necessidades primárias da população;
- e) pouca clareza sobre os conflitos entre os setores público e privado, deixando parecer que o setor público deveria funcionar como complemento ao privado;
- f) o projeto era superficial quanto a fatores sociais determinantes da saúde, como a distribuição de renda, a desnutrição, o saneamento básico e outros problemas estruturais;
- g) havia indefinição de responsabilidades dos setores secundários e terciários, o que colocava o projeto em risco;
- h) os recursos não deveriam ser tirados da assistência secundária, visto que esta deveria se ampliar para atender à demanda reprimida, sendo assim deveria haver aumento de recursos orçamentários globais para a saúde.

Como pontos positivos, mesmo com ceticismo, os grupos reconheceram como uma primeira tentativa de mudança no sistema de prestação de assistência médica, já que o movimento desencadeado pelo Prev-Saúde estava possibilitando ampla discussão sobre a saúde, mesmo em grupos resistentes a tal prática. Os grupos destacaram, ainda, ser difícil apontar o papel da escola médica, visto o pouco conhecimento sobre o projeto, o que seria sanado com amplas discussões nas escolas. Mesmo assim, apontaram que a grande maioria estava formando médicos despreparados em relação aos princípios do Prev-Saúde e ao atendimento das necessidades da população, especialmente pela formação precoce de especialistas em detrimen-

to da formação do médico para a atenção primária, mas destacaram achar que o problema era mais ligado ao mercado de trabalho e não necessariamente às escolas. Como principais obstáculos à formação docente conforme a demanda do projeto, foram citados:

- a) má remuneração docente;
- b) resistência de professores especialistas;
- c) currículos inadequados;
- d) baixo número de professores em relação ao número de alunos;
- e) instalações físicas inadequadas;
- f) falta de rede pública hierarquizada e regionalizada, a ser usada como treinamento;
- g) dificuldade na contratação de pessoal;
- h) ênfase no ensino com pacientes hospitalizados;
- i) estrutura departamental, com muitas disciplinas.

Os grupos propuseram que o MEC deveria ter representação na Comissão Interministerial de Planejamento do Prev-Saúde, e que a Comissão Interinstitucional deveria conter representação das escolas médicas, com docentes e discentes. A participação das escolas fortaleceria a integração docente-assistencial. Sugeriu-se, ainda, que a ABEM deveria montar uma comissão para acompanhamento e estímulo de discussão sobre o programa nas escolas médicas, assim como oferecer suporte para o desenvolvimento do projeto nas esferas oficiais.

As divergências apontadas por Buss, assim como os obstáculos para o cumprimento dos objetivos do Prev-Saúde, ganharam tons mais radicais quando os interesses privados, vinculados às empresas médicas e protegidos pelo INAMPS, acusaram o projeto de “estatizante”, por isso, mesmo depois de algumas novas versões que buscavam ajustar interesses, o projeto efetivamente não foi cumprido. Em tempos de crise do modelo previdenciário de assistência

No COBEM de 1980 houve, ainda, um segundo painel intitulado “O médico e o mercado de trabalho”, questão vinculada ao Prev-Saúde, já que se apontava a necessidade de preparar profissionais para atender ao projeto. Reproduzimos trecho da conferência de Carlos Gentile de Mello, que discutiu a relação mercado de trabalho/INAMPS e apontou os interesses expressos nas formas de pagamento do INAMPS.

6 – Medicina previdenciária

Em face da significativa e dominante participação do nosso sistema de seguros sociais no conjunto, das atividades de prestação de serviços de saúde a pessoas, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS não será exagerado afirmar que o mercado de trabalho médico está na dependência, em grande medida, da orientação adotada pelo Ministério da Previdência.

Sem embargo das variadas modalidades médico-assistenciais vigentes, referidas nos seus programas, na prática o INAMPS atribui prioridade à privatização, comprando serviços e repassando os seus recursos ao setor privado.

Fruto da política de privatização do INAMPS predomina a assistência em regime de internação hospitalar, valorizando a especialização e as medidas curativas em detrimento das ações preventivas.

Dentro desse quadro o mercado de trabalho médico se apresenta com as seguintes características:

1. *Médico funcionário*, assalariado, estatutário ou trabalhista, desestimulado pela baixa remuneração, contratado em regime de tempo parcial, recrutado e selecionado como especialista, com exercícios nos hospitais próprios, ambulatórios e postos de assistência.

2. *Médico credenciado*, trabalhando em consultórios privados e casas de saúde privadas e instituições filantrópicas, com remuneração baseada na quantidade dos atos médicos e cirúrgicos realizados, segundo uma tabela de honorários que privilegia a especialização e os instrumentos de diagnósticos e de tratamento ao mesmo tempo em que desvaloriza as ações profissionais do médico clínico-geral, gerando, com isso as mais variadas formas de distorções, que tanto têm contribuído para comprometer a imagem do médico perante a sociedade.

3. *Empresário hospitalar*, gerenciando casas de saúde da rede contratada do INAMPS, área em que se registram descaminhos diversificados, desde, pa-

cientes fantasmas, emergências forçadas, internações desnecessárias, cobrança de serviços não prestados, duplos diagnósticos até altas precoces para incrementar a rotatividade dos centros cirúrgicos.

4. *Empresário médico*, proprietário ou sócio de grupos médicos, conhecidos como “Medicina de Grupo”, que obedece a uma perfeita lógica empresarial, contratando médicos e adotando normas técnicas e administrativas que resultem na redução de despesas, de tal maneira a elevar, tanto quanto possível, o lucro financeiro.

5. *Cooperado*, membro cotista das cooperativas médicas, que para produzirem as “sobras”, equivalente do lucro dos grupos médicos, deverão reduzir, tanto quanto possível as despesas operacionais, mas distribuindo essas “sobras” entre os cooperados em função dos serviços e atos médicos e/ou cirúrgicos praticados, o que estimula a multiplicação desses atos.

6. *Empregado de grupos médicos*, empresas permanentemente interessadas em diminuir os seus custos de produção, contratando profissionais médicos com a menor remuneração possível e criando mecanismos para reduzir, tanto quanto possível, os desdobramentos da atividade médica.

7. *Empregado em cooperativas médicas*, remunerado e trabalhando em condições semelhantes aos empregados das empresas de medicina de grupo.

Para dar uma idéia de como se distribuem, na Previdência Social, os recursos financeiros destinados ao setor saúde, basta mencionar o documento produzido pelo ex-Secretário de Serviços Médicos do MPAS, Hugo Alquéres: do orçamento do INAMPS, 40% são gastos com pagamento de médicos pelo sistema de “unidades de serviço” (US), como credenciados; 36% com a rede hospitalar contratada; 7% com os convênios; e 17% com serviços próprios.

à saúde, muito haveria que ser negociado, assim como muitos espaços deveriam ser ocupados, para que o processo da Reforma Sanitária pudesse construir sua trajetória, o que se fez em diálogo com os temas da educação médica e suas aproximações dos serviços de saúde.

O COBEM de 1981, realizado na cidade de Recife (PE), em novembro, organizou quatro painéis: “Avaliação do rendimento escolar”, com apresentação de trabalhos de Antero Co-

elho Neto, Dejanio T. Sobral, Luiz Carlos Lobo, José Aristodemo Pinotti; “Internato”, que contou com os debatedores Paulo Vergolino Dias, Darcy Freitas, Edson Correa, J. P. Lopes Pontes, Eduardo Marcondes, Ivo Adolpho Kuhl; “Análise crítica da pós-graduação em Medicina”, com a participação de J. Tavares Neto, Aloysio de Salles Fonseca, Amaury Coutinho, Cláudio de Moura Castro, Rubens Maciel, Heonir Rocha; e “Custos e financiamento dos Hospitais de Ensino”, com discussões

de José Nogueira Paes Junior, Marlow Kwitko, Jeine Scherb e Clementino Fraga Jr. No conjunto dos debates, é possível destacar uma preocupação com os resultados da formação médica na graduação, considerando suas articulações com a pós-graduação e a residência, já que a diretoria defendia que, ao final da graduação, tendo cumprido internatos rotativos, estaria formado o médico geral, capaz de oferecer os cuidados básicos de saúde necessários à maioria da população. É por isso, também, que a diretoria já havia criticado abertamente em seu Boletim n. 03, de maio/junho de 1981, a decisão da Comissão Nacional de Residência Médica de criar uma residência em Medicina Geral Comunitária. A ABEM vinha reunindo esforços, em um projeto com apoio financeiro da Kellogg, para "Preparação do Médico Geral", o que tornava a nova residência aprovada, segundo a diretoria e muitos dos participantes dos debates do COBEM, desnecessária (veja ao lado).

Ao longo de 1981, a ABEM havia discutido o internato em reuniões locais e regionais, antes do painel com este tema do COBEM. Em continuidade a esses debates, em 1982 a associação publicou um histórico sobre o internato e os resultados de uma pesquisa feita com apoio da SESu/MEC. O documento traz, ainda, um resumo das propostas saídas dos debates que merece ser reproduzido:

1) *concordância com a modalidade de internato rotativo que, para sua organização, deve levar em conta os propósitos do projeto educacional; os recursos e restrições da escola; as necessidades de saúde locais; as expectativas e aspirações de vida profissional dos alunos;*

2) *recomendação para treinamento eletivo, após o rodízio, para contemplar motivações pessoais; permitir recuperação de deficiências individuais; permitir exposição a práticas que o Interno poderá eleger, futuramente, para sua atividade profissional; preparar para o exercício da profissão, em áreas como Clínica Médica e Pediatria, dispensando treinamento adicional em programa de Residência;*



Cognoscere Sciantiam

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

VOLUME XIII – NÚMERO 3 – MAIO/JUNHO – 1981

CRÔNICA

DECISÃO IMPROVISADA

A Comissão Nacional de Residência Médica aprovou, em sua última reunião, realizada em São Luiz do Maranhão, de 18 a 22 de maio p.p., uma Resolução que, se aplicada, representa verdadeira subversão nos conceitos e rumos da educação médica em nosso País.

Conforme a aludida Resolução, trata-se de "incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas referidas no Art. 1º da Resolução CNRM nº 01/81". Para criá-lo, foi preciso que um parágrafo da nova Resolução revogasse artigo de uma outra da mesma Comissão, de 1979, que dispunha sobre Residências em Medicina Preventiva, Saúde Pública, Medicina Comunitária e Saúde Comunitária.

O equívoco começa pelo nome: *Medicina Geral Comunitária*. Como se não bastasse a falta de acordo quanto às designações para qualificar o médico que se objetiva formar, cria-se uma nova expressão, onde não se sabe o que é pior, se a redundância, ou a impropriedade.

Mais sério que a terminologia é o erro de conceitualização. Existe hoje consenso de que as escolas médicas devem formar profissionais capazes de atender aos problemas de saúde prioritários da comunidade. Pretende-se que tenham formação geral, que os habilite a prestar cuidados básicos de saúde, de que carece a maioria das populações.

Admite-se, por outro lado, o inconveniente de importar modelos alienígenas, que recomendam seja esse médico formado em pós-graduação. Nos países em desenvolvimento, com graves e peculiares problemas de saúde, não será recomendável prolongar o período de formação.

Foi nesse sentido a conclusão aprovada no Seminário promovido pela ABEM, em Campinas, em 1978. No mesmo ano, no XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Londrina, afirmava Marcolino Candau: "quando se analisa a situação sanitária da grande maioria dos países, começa-se a pensar que todos os estudantes de medicina deveriam ter adquirido, ao fim do curso, a formação de um médico de família".

É claro que tais conceitos não afastam a idéia de etapas sucessivas de diferenciação acadêmica, que poderão representar o aprimoramento da formação geral, ou a especialização. Cada etapa, embora contínuo o processo educativo, deve ter um fim em si mesma, podendo o aluno deter-se em qualquer delas, conforme suas aspirações, exigências institucionalizadas, ou condições inerentes ao meio social em que irá atuar.

Não será aceitável é que, sob o argumento de que nossas escolas estão formando médicos mal preparados, se procure corrigir a deficiência, não pelo investimento no período de graduação, porém, depois deste, à maneira de um reforço da lamentável "mobilização" do ensino superior, em que cada fase procura corrigir as deficiências da anterior.

Não vale, tampouco, o argumento de que a criação do novo programa de Residência é medida conjuntural, para atender às necessidades de um projeto em via de implantação, qual seja o PREV-SAÚDE. Se assim fosse, de certo não seria eficaz, porque necessariamente limitado o número de egressos e demorado o tempo de preparação. A realidade sócio-econômica do País torna imperativo o esforço de recuperação da terminalidade do ensino de graduação.

Política acertada será investir, prioritariamente, na graduação e, em especial, no internato, para que o curso possa diplomar médicos aptos a exercerem, desde logo, suas atividades.

Mas o que causa espécie é que a Comissão Nacional de Residência Médica tenha tomado decisão desse vulto, de marcada repercussão sobre o processo educacional, de afogadilho, sem tempo para estudo e debate, e sem consulta às instituições responsáveis pelo ensino médico. Isso teria evitado a contradição com pronunciamento ainda recente, nas conclusões do 1º Fórum sobre Residência Médica, promovido pela mesma Comissão, em agosto de 1980: "todos os grupos concluíram ser o curso médico uma etapa terminal. Assim sendo o seu currículo deve ser estruturado de maneira a permitir que, sem ulterior treinamento, possa um médico recém-formado vir a ser absorvido pelo mercado de trabalho".

Já é tempo de se entenderem os órgãos públicos, pertencentes aos sistemas de saúde e de educação, para que a formação de recursos humanos seja encarada de maneira unitária e global, sem decisões unilaterais e precipitadas. Parodiando Clemenceau, que dizia ser a guerra assunto sério demais para ser tratado somente pelos militares, diríamos que esses temas são demasia-

damente importantes para serem discutidos, separadamente, só por educadores, ou por administradores sanitários.

Resoluções dessa envergadura exigem o trabalho cooperativo das instituições, na busca do equilíbrio e da articulação entre os sistemas de formação e utilização de recursos humanos para a saúde, para que se alcance a meta de produção de médicos em número e qualidade necessários ao País.

Pela responsabilidade de instituição que reúne setenta e seis escolas médias do País, importa esclarecer que o representante da Diretoria atual da ABEM não votou a matéria em questão. Esta Associação, com autoridade que decorre de seus dezenove anos de existência e de serviços prestados à causa do ensino médico, não pode se omitir na crítica a decisões como a que acaba de ser aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Clementino Fraga Filho
Presidente

Alice Reis Rosa
Diretora Executiva

3) preocupação quanto à exiguidade do tempo – 2 semestres – para um rodízio com duração adequada em cada área, especialmente pela adição de período eletivo, recomendando-se a ampliação para 3, ou 4, semestres. Esse período eletivo poderá ser em Ciências Básicas, não só para atender ao pequeno número de vocações, mas, também, para estimular a preparação de pessoal docente, com formação médica, para essas áreas;

4) recomendação de 8 horas diárias de atividades, acrescidas de plantões, num total de 52 a 60 horas semanais, incluídos horários livres na programação da semana;

5) preocupação quanto ao perfil do treinamento em cada área. Nesse sentido, apontam-se dificuldades quando os serviços existentes, próprios, ou convenientes, são especializados, deformando conceitual e estruturalmente o internato, uma vez que a ideia do rodízio pelas áreas fundamentais traz implícita a conveniência de treinamento em serviços gerais;

6) reconhecimento da importância do treinamento em serviços básicos de saúde;

7) inobservância de critérios para seleção de serviços hospitalares locais com vistas ao treinamento dos Internos, sendo sugeridos: número adequado de leitos e de consultas de ambulatório; recursos mínimos para diagnóstico e

tratamento; arquivo médico organizado; corpo clínico suficiente para os encargos assistenciais e motivado para as tarefas educacionais; programa de atividades de educação médica continuada; aceitação das normas e diretrizes da escola médica;

8) necessidade de mecanismos de supervisão e avaliação pela escola médica;

9) inconveniência, quanto à administração escolar, do registro do internato como disciplina, submetendo-o ao regime de faltas escolares, férias e outros condicionamentos contrários à sua essência e incompatíveis com sua execução.⁷

O avanço dos hospitais de ensino, apesar dos esforços para deslocar a formação para os serviços básicos vinculados às comunidades, seguiu sua trajetória. No painel de 1981 sobre seu financiamento, especialmente seus altos custos, relacionados à crise do modelo previdenciário e econômico da ditadura que mostrava seus limites em altos índices de inflação, foram detalhadamente apresentados, ao passo que se citavam os novos hospitais de ensino que estavam sendo finalizados em João Pessoa, Recife, Maceió e Florianópolis e que já iniciavam suas atividades com problemas de caixa⁸. Na arena política do COBEM, a defesa dos hospitais de ensino, entre o final dos anos 1970 e os inícios dos anos 1980, era marcada pelo debate em torno do Convênio Global e do aumento da dotação de recursos decorrente dele. Assim, a sugestão de pluralização dos espaços de ensino para além dos muros dos hospitais esteve sempre acompanhada de forte defesa dos hospitais de ensino e da necessidade de financiamento diferenciado para eles, já que tinham a dupla função de prestar assistência e formar recursos humanos. Neste ano de 1981, o Departamento de Hospitais de Ensino da ABEM incorporou os diretores de hospitais em sua estrutura, de modo a tornar suas ações mais representativas, além de aproximar os ministérios da Educação e da Saúde no processo de organização e de financiamento dos hospitais de ensino.⁹

7 ABEM, O Internato... Op. cit., p. 11-12.

8 ABEM, Custos e benefícios dos Hospitais de Ensino. In: ABEM, Anais do XIX COBEM, Recife, 15 a 18 de novembro de 1981, p. 115-127. Fizeram apresentação neste painel: José Nogueira Paes Jr., Marlow Kwitko, Jaime Scherb e Clementino Fraga Filho.

9 Este departamento se transformaria na Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) em 1989, e continuaria participando dos congressos anuais em muitas oportunidades, mas houve aqui uma cisão que cabe relatar. No COBEM de Manaus, quando o departamento resolveu se separar da ABEM, a disputa política se dava em torno do lugar dos hospitais como cenário de ensino na formação integral dos alunos e dentro do processo de regionalização e hierarquização do SUS, já que temiam a perda de autonomia. No processo de implantação do SUS, havia forte militância na ABEM pela diminuição do lugar do hospital nessa formação e pela sua incorporação na rede de serviços das diferentes localidades, fato que por vezes afastava as diretorias desses hospitais das discussões da ABEM, pois preferiam uma militância mais corporativa

Na arena política do COBEM, a defesa dos hospitais de ensino era marcada pelo debate em torno do Convênio Global e do aumento da dotação de recursos.

pela diferenciação do processo de financiamento deles pelo MEC e pelo MS.

10 Entre as “novas regras” inventadas, cabe lembrar o Pacote de Abril de abril de 1977, que definiu 1/3 dos senadores por indicação da Presidência da República, estendeu o mandato presidencial de cinco para seis anos, manteve eleições indiretas para prefeitos, governadores e presidente da República, entre outras medidas; e a Lei Falcão, que limitava a apresentação dos candidatos proporcionais nas propagandas nas redes de televisão e rádio da época.

11 Muitos autores estudaram esse problema de diminuição das contribuições previdenciárias, seja de trabalhadores autônomos, de registrados, do governo (que diminuía sua alíquota) ou de empresários que sonegavam suas partes. Sobre o assunto, consultar BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. Op. Cit.; COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. In: *Dados* 39 (3) 1993; PAIM, J. As políticas de saúde e conjuntura atual, *Saúde Debate*, n. 15-16, p. 8-15, 1984.

12 O CONASP atuou entre 1981 e 1993.

Estávamos nos anos da presidência do general João Batista Figueiredo, 1979-1985, entre a Lei da Anistia e os primeiros passos da campanha pelas eleições diretas, entre o fim do bipartidarismo, com avanço das oposições em 1982, e um conjunto de “regras de exceção”¹⁰ que a base governista aprovava para controlar a chamada abertura lenta e segura, entre atos terroristas de defensores do regime militar e a ocupação das ruas por novos movimentos sociais. O general Figueiredo manteve a estratégia que a ditadura inventara nos anos 1970: buscar legitimação oferecendo pequenas soluções para problemas de ordem social mais graves. A assistência à saúde era um dos temas destacados, e dela não se desligava a previdência social, responsável por boa parte do financiamento das ações em saúde e dos equipamentos destinados ao ensino médico. Esses foram os anos de crise estrutural do modelo do previdenciário, com aumento do desemprego e diminuição das contribuições previdenciárias¹¹, mas também de luta por sistemas

de saúde integrais e universais e de responsabilidade pública. Nas esferas de governo, diversos interesses se faziam fortes, e eram representados pelos vereadores e deputados estaduais e federais eleitos a partir de 1982, e por sanitaristas e médicos que ocupavam espaços institucionais nas três esferas de governo. Mobilização social e negociação política deram o tom das conquistas e derrotas dessa década.

Em setembro de 1981, o governo criou o CONASP¹² com a intenção de racionalizar o uso dos equipamentos públicos, dos próprios da previdência e dos hospitais de ensino, com mudanças que incidiram sobre as políticas de saúde. No Boletim n. 01 (V. XIV) da ABEM, de janeiro/fevereiro de 1982, Clementino Fraga Jr., então presidente da associação, elogiava o novo conselho e o seu presidente designado, Aloysio de Salles Fonseca, assim como destacava a presença do presidente da ABEM no CONASP, representando o MEC. Nas palavras de Jairnilson Paim, criou-se uma equipe técnica “que ocupava espaços na



Foto: Acervo EBC

Os anos 1980 foram de forte engajamento popular, especialmente de novos grupos sociais organizados, em torno de pautas específicas que incluíam problemas como carestia, a anistia, a assistência à saúde e a democratização do país. Muitos desses movimentos se construíram em diálogo com os poderes instituídos e, após a derrota da ditadura no Congresso Nacional em 1985, buscaram institucionalizar suas propostas no debate sobre a nova Constituição, promulgada em 1988 (foto).

burocracia estatal como se assumisse a guerra de posição" e que conseguiu produzir "atos político-institucionais e certas acumulações que repercutiram, posteriormente, no desenho de estratégias-ponte para o SUS"¹³, mesmo que se considere a ausência de estudos de determinantes sociais característicos do quadro de saúde da

população brasileira no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social apresentado pelo CONASP. Com princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, prioridade para a atenção primária, descentralização de recursos e participação complementar da iniciativa privada, o Plano CONASP

13 PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira Op. cit., p. 90-91.

atendimento ao que dispõe o art. 12 do Regulamento, o Presidente deu encaminhamento do relatório anual da Diretoria Executiva e da Presidência, comunicando sua aprovação pelo Conselho. Em seguida, passou a discussão dos trabalhos ao Presidente eleito para o biênio 82/84, Prof. Fernando Figueira, que chamou para integrar a mesa os demais membros da Diretoria, Professores Nelson Rodrigues dos Santos, Melo Galvão e Carlos Alberto Salgado Borges. Nessa segunda parte da reunião, discutiram-se as seguintes questões: 1) de instrução sobre as decisões do CONASP, "sob a lucida e patriótica inspiração de ex-Presidente da ABEM, Prof. Alcyon Salles da Fonseca". Agradecendo por unanimidade a moção, de autoria do Prof. Ernani Braga, da FENSP; 2) por proposta do Prof. Fernando Buitrago, a Assembleia deliberou nomeações, pelos seguintes bustados à educação médica, os Professores Zefreino Vaz, Milton Fogaça, Paulo de Brás e Jairo Sallus; por proposta do Prof. Clementino Nogueira Filho, a homenagem, pela razão aludida, atribuiu-se a Dr. Carlos Gentile de Melo; 3) de apoio às reivindicações de professores e funcionários das universidades federais, em nome das representações de dez Direções Acadêmicas; de apoio aos professores, residentes e alunos da UFPE, cujo Curso Médico e programas de Residência interromperam-se em decorrência de medidas adotadas pela Direção do Hospital de Clínicas em apoio da atual administração da Universidade. A moção, apresentada pelo representante estudiantil da UFPE, ausentaram-se esclarecimentos, que a referiram, através do Diretor do Centro de Clínicas de Saúde dessa Universidade, Prof. Amândeo Coutinho. A moção foi aprovada por unanimidade; 4) de apoio ao acesso direto de egressos das escolas médicas ao

programa de Residência Médica. A moção foi rejeitada pela maioria dos participantes. A propósito, Prof. Cavalcanti, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, criticou as formas de decisão da Comissão Nacional de Residência Médica, incluindo, também, oposição ao desmpeho do representante da ABEM na Comissão, do qual discordei de posição assumida contra pedido da Faculdade citada, dirigido à Comissão, no sentido de permitir, por mais um ano, o acesso dos formandos dessa Faculdade, aos seus programas de Residência; 5) de apoio à manutenção do Hospital das Clínicas da UFPA por estar exclusivamente do MEC. A moção, de autoria do representante discente dessa Universidade, foi rejeitada "in limine" pelo Presidente da ABEM. A seguir, o Presidente chamou os relatores dos diversos temas para apresentação dos relatórios finais, que foram aprovados. Agradecendo a acolhida da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e, em especial, o eficiente trabalho do Secretário Geral do XX Congresso Brasileiro de Educação Médica, o Presidente encerrou a sessão. Eu, Alcyon Salles, Diretor Executivo, funcionando como Secretário da sessão, lancei a presente ata, que vai por mim assinada. Ribeirão Preto, 16 de dezembro de 1982. Alcyon Salles

Na assembleia realizada no Cobem de 1982, Ernani Braga sugeriu uma moção de apoio irrestrito ao CONASP, que foi aprovada por unanimidade. Como arena política de debates, as atas das assembleias permitem observar críticas ao trabalho da Comissão de Residência Médica, inclusive ao representante da Abem que nela atuava, e a defesa, pelos alunos, de acesso livre dos egressos à residência médica.

sofreu as mesmas resistências que o Prev-Saúde, além de constrangimentos orçamentários resultantes das políticas macroeconômicas de contenção de gastos públicos. Mas as eleições de 1982 haviam alterado a correlação de forças em favor de projetos progressistas para a reforma da saúde, por isso as Ações Integradas em Saúde (AIS), um dos projetos do CONASP que articulava INAMPS, secretarias estaduais e municipais de saúde, pôde se concretizar a partir de 1984.

O Congresso Brasileiro de Educação Médica de 1982, realizado em dezembro na cidade de Ribeirão Preto (SP), teve como tema central *Qualidade do ensino médico*. O tema foi apresentado a partir de três painéis: “A escola médica”, coordenado por Hélio Lourenço de Oliveira e com participação Cecília Magaldi, Antonio Ulhoa Cintra e João Paulo do Valle Mendes; “O professor”, coordenado por Newton Alves Guimarães e com palestras de Pedro Carlos Teixeira da Silva, Eduardo Moacyr Krieger e Ernesto Lima Gonçalves; e “Avaliação das escolas médicas”, coordenado por Oswaldo Luiz Ramos e com participação Mario Rigato, Cid Veloso e José Eduardo Dutra de Oliveira. Os relatórios finais dos debates dos grupos destacaram a necessidade de politizar as escolas médicas, aproximando a medicina da realidade social do país e assumindo “um compromisso formal e público de colaborarem na formação dos recursos humanos para atender a um sistema nacional de saúde único, condizente com as necessidades reais, de cuja elaboração deverão participar a universidade e os demais setores sociais interessados”¹⁴. Para tanto, além de garantir a autonomia das escolas médicas, devia-se integrá-las aos sistemas regionais de saúde, incorporando atividades extramuros com instituições prestadoras de serviços e às comunidades. No que diz respeito à formação do professor, os grupos destacaram a urgência de sua formação pedagógica na pós-graduação, de se instituir o tempo integral de trabalho e de se valorizar as atividades dos docentes financeiramente e no âmbito da progressão na carreira.

Sobre a avaliação das escolas médicas, embora sem unanimidade, foi sugerido tornar nacional a experiência de avaliação do núcleo da ABEM do Rio Grande do Sul, e que a ABEM tomasse a frente na criação dos critérios de avaliação, das escolas e dos currículos, e na organização de seminários de orientação para aperfeiçoamento das escolas.

*“Finalmente, julgou-se necessário lutar para que os recursos mínimos do MEC sejam previstos na Constituição, ou seja, 12% do orçamento federal, uma vez que grande parte das deficiências da escola médica, e da universidade como um todo, resultam da escassez de recursos.”*¹⁵

O COBEM de 1982 produziu uma carta aberta que resume as intenções dos participantes do congresso, no que diz respeito às transformações necessárias nas escolas médicas em acordo com os ventos democráticos que, então, ganhavam força, além de destacar a urgência de superação dos princípios flexnerianos (veja na próxima página).

O tema central do Congresso de 1983, realizado em Fortaleza (CE), no mês de outubro, foi *Integração ensino-serviço*, e contou com dois painéis: “Problemas de integração docente-assistencial”, coordenado por José Galba Araújo e com a participação de José da Silva Guedes, Frederico Simões Barbosa, Luiz Fernando Nicz e Marcos Kisil; e “Adaptações necessárias à integração docente-assistencial”, dividido em duas partes, a primeira coordenada por Luiz de Paula Castro e com a participação de Nelson Rodrigues dos Santos, José Cortes Filho, Firmi- no Brasileiro Silva, e a segunda coordenada por Walter de Moura Cantídio e com a participação de Renato Alves Moreto, Guilherme Montenegro Abath e Joaquim Eduardo de Alencar; além de uma conferência proferida por Antero Coelho Neto (consultor da Fundação Kellogg) e intitulada “Estratégias operacionais para avaliação do impacto social dos programas de integração docente-assistencial”.

14 ABEM, Relatórios Finais. In: ABEM, *Anais do XX COBEM*, Ribeirão Preto, 13 a 16 de dezembro de 1982, p. 83.

15 Idem, p. 89.

Carta de Ribeirão Preto sobre Ensino Médico

A comunidade universitária encontra-se, atualmente, envolvida no debate sobre as grandes questões que marcam o momento histórico brasileiro, sempre referidas ou inseridas no contexto do processo de abertura democrática da sociedade nacional. Um dos mais relevantes objetivos é, sem dúvida, a redefinição da responsabilidade do poder público em relação à educação, em todos os seus níveis, evitando-se colocações falsas de reorientação de prioridades que, em verdade, resultam no detrimento de um ou outro nível de ensino.

Os educadores médicos, reunidos no XX Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Ribeirão Preto, reafirmam seu compromisso de participação democrática na busca de soluções para problemas que limitam ou restringem a qualidade dos serviços que suas Escolas devem prestar à sociedade: a formação de profissionais competentes e comprometidos com as necessidades de saúde da população e a produção e desenvolvimento do conhecimento.

Neste contexto, são considerados relevantes os seguintes pontos:

1. A reafirmação do compromisso do poder público com a educação, em particular com a formação médica.
2. A efetiva autonomia da universidade expressa em seus dois aspectos fundamentais: da administração acadêmica e do financiamento.
3. A formulação de uma política de recursos humanos para a saúde que contemple a participação da comunidade acadêmica e de outros segmentos representativos da sociedade na definição de critérios quanto ao número e distribuição regional de escolas e vagas. Isto significa que a criação de novas escolas e alterações do número e distribuição atual de vagas devem estar comprometidas com esta política.
4. A definição de novos parâmetros para avaliação de qualidade do ensino médico coerentes com a realidade social brasileira, ao invés dos princípios da reforma flexneriana.
5. A aptidão efetiva para o exercício profissional dos recém-formados que garanta o direito da população em contar com profissionais competentes para atendê-la. Isto incluirá, certamente, a revisão dos critérios de acesso à pós-graduação, em especial à residência médica, que selecionam por exclusão os menos capacitados, obrigando-os ao exercício profissional imediatamente após a graduação.
6. A estrutura e funcionamento do curso médico impostos pela reforma universitária e marcados pela segmentação artificial e indesejável em ciclos básico e profissional. A revisão desta situação deve ser orientada, entre outros pelos seguintes princípios: inserção precoce do aluno nos serviços de saúde; integração entre ensino de ciências básicas e clínicas; prioridade para problemas de saúde mais prevalentes e reconhecimento das relações entre os problemas de saúde e as condições sociais da população.

7. A importância do Hospital Universitário para a formação médica. (tanto ao nível de graduação como da pós-graduação) e a pesquisa contrastando com a situação de descaso a que vem sendo relegado pelo poder público. Vale ressaltar que a posição do Hospital Universitário em relação ao curso médico deve ser entendida no âmbito de sua articulação na rede de serviços.
8. As dificuldades da realização da pesquisa decorrentes da dependência de fontes de financiamento externas à Universidade, bem como da inexistência de mecanismos que possibilitem a participação da comunidade acadêmica na destinação dos recursos.

Tais preocupações, que bem expressam a situação crítica por que passa o ensino médico, antes de se constituírem em fatores de desestímulo devem servir de alento para continuar a luta por um ensino mais coerente com as nossas reais necessidades e pela democratização da Universidade, canal natural para a busca das soluções apropriadas.

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 1982

Neste ano, os anais não reuniram relatórios dos grupos de trabalho, apenas as palestras proferidas. Como também não foi apresentado o programa, não foi possível confirmar como foram encaminhados os debates. De qualquer forma, o conteúdo das palestras é bastante rico e reforça a atuação da ABEM no sentido de incentivar as escolas médicas a reestruturarem seus currículos, de modo a integrar docência e assistência (programas IDA), a contribuírem para a

organização dos serviços públicos de assistência à saúde de modo hierarquizado e regionalizado, a formar o clínico geral para ações de atenção primária e a compreender o quadro de saúde dos brasileiros no conjunto dos problemas e características sociais das diferentes comunidades do Brasil. Em alguns casos, são destacadas barreiras institucionais e a falta de recursos humanos para efetiva implementação de programas IDA, como nos casos das palestras do secretá-

rio de Saúde do município de São Paulo, José da Silva Guedes, e de Nelson Rodrigues dos Santos, secretário de Saúde do município de Campinas, sendo que este último aprofundou argumentos sobre as funções da universidade na produção de conhecimentos científicos e técnicos necessários ao sistema de saúde. Em outros casos, ancorados em análises críticas do capitalismo, foram apontados limites dos projetos IDA quando confrontados com a realidade social e epidemiológica do país, como nas palestras de Frederico Simões Barbosa, Luiz Fernando Nicz e Marcos Kisil. Dessa forma, nesses anos 1980, a arena política da ABEM reunia tanto defensores da Reforma Sanitária em perspectiva transformadora e estrutural, defensores de reformas que se iam negociando e construindo conjunturalmente, e das quais as AIS eram bom exemplo, e defensores de um modelo de debate baseado apenas em questões de ordem pedagógica, menos vinculado a questões de ordem social e de saúde coletiva.

As atas do Conselho da ABEM e da assembleia deste congresso repercutiram a Resolução n. 09, de 24 de maio de 1983, do Conselho Federal de Educação (CFE), regulamentando o estágio/internato nos cursos de medicina. A resolução foi resultado da parceria da ABEM com a SESu/MEC, sobre a qual já se falou aqui e que produziu uma pesquisa sobre os currículos das escolas médicas.¹⁶ Mas o assunto era polêmico e mereceu uma crônica (reproduzida nas páginas a seguir) no Boletim da ABEM de setembro/outubro de 1983, escrita por Alice Rosa Reis, então diretora executiva da associação, e ancorada nos estudos de Luiz Antonio Santini. Isso porque, embora a resolução estabelecesse como objetivo do internato a formação do médico geral, e apontasse a relevância das escolas médicas pactuarem convênios com os serviços de saúde do país, ela mantinha o estágio por rodízio sob controle de departamentos e disciplinas, fato que fortalecia as especialidades segundo alguns críticos.

No Congresso de 1984, realizado na cidade de Gramado (RS), em outubro, o tema central foi Ética médica, e em tempos de abertura

política, de campanha pelas eleições Diretas Já e de denúncias de médicos que colaboraram com a tortura durante a ditadura, o tema foi articulado ao dos direitos humanos e à Anistia, além de ser relacionado à pesquisa científica e ao trabalho dos médicos. Foram dois painéis: “Ética da pesquisa médica”, com palestras de Genival Veloso de França, Antonio Barros de Ulhoa Cintra e Telmo Reis Ferreira; e “Ética da remuneração médica”, com a participação de Luiz Carlos Lobo, Amílcar G. Gigante e Paulo Marroni da Silveira. Os dois painéis foram tiveram Gastão Pereira da Cunha como relator. As palestras abordaram a ética em face da medicina liberal e do assalariamento dos médicos, vinculado aos pagamentos do INAMPS, pois no primeiro caso, embora o médico fosse mais livre para prescrever, o que o libertava de solicitar exames e procedimentos desnecessários, não havia assistência para todos, tratava-se de um atendimento elitista que, por isso, feria a ética profissional. No caso do assalariamento dos médicos, os baixos valores de salários criavam situações no mínimo antiéticas, como a cobrança complementar ou a solicitação de exames e procedimentos nem sempre necessários, além de obrigar a acumulação de cargos com a óbvia consequência da diminuição da qualidade dos atendimentos, do diagnóstico e das prescrições.

A Resolução
09/1983 do CFE,
regulamentando o
estágio/internato nos
cursos de medicina, foi
resultado da parceria
da ABEM com a SESu/
MEC, mas o assunto
era polêmico.

16 BATISTA, N.; VILELA, R. Q. B.; & BATISTA, S. H. S. *Educação médica no Brasil...* Op. cit., p. 238.

As moções aprovadas na assembleia desse COBEM refletem tanto os debates aqui sumariados quanto a conjuntura nacional: o departamento de hospitais indicou encaminhamento ao MEC das preocupações da ABEM em relação aos problemas financeiros e orçamentários dos cursos de medicina e da assistência hospitalar, assim como sobre as dificuldades de inserção desses hospitais nos sistemas regionalizados que se iam organizando; o grupo de trabalho I apresentou moção de repúdio à cobrança de complementação de honorários médicos dos pacientes previdenciários, já que os baixos salários da categoria não eram responsabilidade dos trabalhadores; foi proposta moção de apoio à implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia para se encaminhar a construção do Sistema Nacional de Saúde.¹⁷ O termo, nessa época, prestava-se a múltiplas interpretações, que podem ser encontradas nas páginas dos anais: poderia ser um projeto de sistema universal e integral com recursos públicos, regionalizado e hierarquizado; poderia ser um projeto de atendimento simplificado para as populações pobres, mantendo-se a estrutura privada e liberal para o “bem pagantes”; poderia ser um sistema universal e integral sustentado com recursos públicos, mas que funcionasse com a iniciativa privada e filantrópica de maneira complementar.

Os níveis de integração entre escolas e serviços também não eram consenso, assim como as horas a serem destinadas a atividades extramuros nos currículos, e essas discussões foram aprofundadas no COBEM de 1985, realizado em Uberlândia (MG), no mês de outubro, cujo tema central foi *A formação de recursos humanos e o Sistema Nacional de Saúde*. Os debates foram subdivididos em três temas: “Formação médica para a nova política de saúde”, em que foi apresentado documento produzido pela ABEM; “Condições externas à escola médica”, com palestras de Carlos Saraiva e Saraiva, José Francisco Nogueira Paranaçu de Santana, Oscar Alves e João



BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

VOLUME XV – NÚMERO 5 – SETEMBRO/OUTUBRO – 1983

CRÔNICA

O INTERNATO E A DECISÃO DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

A propósito da Resolução nº 9, de 24/5/83, do Conselho Federal de Educação, que regulamentou o estágio dos Cursos de Medicina, o Diretor Executivo da ABEM, em 8/9/83, enviou carta ao Secretário da Educação Superior do MEC, Professor Gladstone Rodrigues da Cunha Filho, cujo texto foi o seguinte:

“O estudo que a ABEM realizou, com o apoio dessa Secretaria, acerca das características do internato nas escolas médicas brasileiras, mostrou que o estágio rotativo, por sugestão do próprio nome, se tem organizado como uma sucessão de estágios em diferentes áreas.

O aludido estudo identificou, também, críticas a esse modelo. A primeira delas refere-se à exiguidade da duração do treinamento em cada área, o que acarreta preparo insuficiente e falta de consolidação do relacionamento entre professores e internos. Por sua vez, os Serviços que recebem os estagiários se queixam de que os rotativos sucessivos levam à substituição dos internos quando estes começam a se revelar familiarizados com seu funcionamento. Outra crítica assinala a falta de unidade do programa de internato, pela desigualdade da metodologia do treinamento e da avaliação nas diversas áreas.

A tais importantes críticas, acrescenta-se outra, de relevância ainda maior: a obrigatoriedade do rodízio contraria a execução de um programa de internato com base na organização dos Serviços de Saúde por níveis de assistência.

As mencionadas críticas merecem consideração neste momento em que se recomenda a adoção do internato rotativo por todas as escolas médicas.

Tal como habitualmente organizado, o modelo configura a soma de vários programas de responsabilidade das respectivas áreas. Traduz uma concepção acadêmica, vinculada, de regra, à estrutura departamental, a que faltam integração e ajustamento à realidade assistencial. Nesse sentido, o internato rotativo, nos moldes atuais, nem sempre tem evitado os inconvenientes do treinamento em especialidades, porque resulta, com frequência, numa sucessão de estágios em Serviços especializados, clínicos, ou cirúrgicos, contrariando, assim, a idéia de uma formação geral que o modelo traz implícita.

A permanecer tal interpretação, por influência da própria denominação do estágio, a recente Resolução do Conselho Federal de Educação deixará de ser uma estratégia de intervenção para mudança significativa do Curso Médico, conforme registrou, em carta dirigida à Diretoria Executiva da ABEM, um professor estudioso da edu-

cação médica. Nessa carta, diz o professor: “a obrigatoriedade do rodízio imobiliza o processo da mudança, e consagra, de forma definitiva, o Curso em ciclos desconexos (...) significando um retrocesso para algumas escolas que já desenvolvem modelos alternativos de internato”.

Desde que se divulgou a nova regulamentação do internato, vem a Diretoria Executiva da ABEM captando críticas desse teor. Daí por que considerou oportuno dirigir-lhe esta carta, para consultá-la V. Sa. acerca da possibilidade de emenda, que considera de redação apenas, na Resolução citada.

Tal emenda consistiria na supressão da palavra *rodízio* no Parágrafo 1º do artigo 1º, que passaria a ter a seguinte redação: “O internato deverá ser feito sempre nas quatro grandes áreas da Medicina: Clínica Médica, Cirurgia, Tocoginecologia e Pediatria”.

Essa nova redação, além de preservar as razões da adoção do modelo — terminabilidade do Curso de Graduação e formação do médico geral —, permitirá corrigir inconvenientes do treinamento com escassa duração em cada área e conferirá a flexibilidade indispensável ao redesenho do internato, com programas mais integrados do que a simples idéia de rodízio deixa entrever, conforme sublinhou Mario Chaves no prefácio da publicação *Preparação do Médico Geral*, número 5 da Série Documentos da ABEM.

Desvinculado da noção de rodízio, o planejamento do internato deverá ter por base modelos de prática, de integração ensino-serviço, com características de coordenação e continuidade, comportando esquemas variáveis de treinamento, com vistas à formação geral, de acordo com as disponibilidades de cada escola médica.

O *internato rotativo* surgiu em oposição ao *internato linear* ou *eletivo*. Em consonância com as diretrizes atuais de educação médica na América Latina, seria oportuno abandonar tais denominações, em prol de *internato*, simplesmente”.

A carta foi encaminhada pelo Senhor Secretário ao Presidente do Conselho Federal de Educação, Professor Laffayette de Azevedo Pondé.

O pedido, como se justifica na carta, objetiva o aperfeiçoamento da decisão do Conselho, baseada no Parecer do Professor Horácio Kneese de Mello, e cujo acerto cabe à ABEM realçar, não só por legitimar recomendações de sua reunião de 1974, mas, também, por atender à sugestão de escolas médicas. Ressentiam-se estas da falta

B. Assoc. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 15(5): 1-6, setembro/outubro 1983

17 ABEM, Ata da Assembleia do XXII COBEM, Gramado, 10 de outubro de 1984.

de legislação específica para o estágio, conforme apurado no levantamento feito por esta Associação.

Não tem cabimento a crítica dos que interpretam a decisão do Conselho Federal de Educação como indesejável uniformidade do estágio no País, desconsiderando sua extensão territorial e as marcantes diferenças regionais. O Conselho apenas fixou diretrizes. Com elas, cada escola comporá seus programas de estágio, conforme os recursos, as restrições e o perfil epidemiológico da prática médica no lugar em que se situa.

Já se podem registrar os primeiros resultados dessa decisão. Os estudantes presentes à Assembléia da ABEM, em Fortaleza, criticaram a limitação do novo regulamento à etapa final do Curso, cuja estrutura curricular, nos períodos precedentes ao estágio, em várias escolas médicas, ainda se faz por especialidades clínicas, ou cirúrgicas. Desejavam eles maior abrangência da Resolução, de forma a impedir esse tipo de organização das matérias. Mais recentemente, os alunos que compareceram ao Seminário promovido pela Comissão de Residência Médica da Santa Casa do Rio de Janeiro, para tratar do internato, queixavam-se da insuficiência de dois semestres para o treinamento adequado nas quatro áreas. Mostraram-se dispostos a insistir no pedido de ampliação do tempo de estágio em suas escolas.

Confirma-se, assim, o que se contém na introdução do trabalho referente ao citado levantamento: "A revisão criteriosa do internato pode levar, como resultado, ao restudo do processo ensino-aprendizagem relativo às matérias básicas e profissionais, tais as repercussões de sua organização e de suas eventuais deficiências na última fase do Curso".

Efeito benéfico inesperado é a exaltação das críticas ao tradicional modelo *rotativo* de estágio. Combatendo a divisão em quatro estágios sucessivos e propondo sua configuração por locais de treinamento, ou práticas assistenciais, seus autores estão estimulando o aparecimento de desenhos alternativos para o internato.

Nesse sentido, foram elucidativas as propostas apresentadas por Clementino Fraga Filho, em novembro de

1982, em reunião comemorativa do sesquicentenário da Faculdade de Medicina da UFRJ; César Adolpho da Silva, no XXI Congresso Brasileiro de Educação Médica, e Antonio Márcio Lisboa, no I Seminário sobre Ensino da Pediatria, organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, também em outubro corrente. Este último Professor afirmou não saber quantas horas os internos, no Hospital que dirige, despendem na Pediatria, porque eles a exercem na sala de partos, no berçário, no ambulatório geral, na enfermaria, no Pronto Socorro. Nestes locais, em graus variáveis, os internos estão também exercendo ações inerentes às demais áreas.

Não reivindica, portanto, esse Professor, carga horária, atividades e coordenação próprias para o treinamento em Pediatria. O mesmo raciocínio deve-se aplicar às três áreas restantes, e as quatro se devem organizar em programas integrados, cujos planejamento e execução tenham comando único, de modo a lhes conferir unidade e assegurar a continuidade do treinamento ao longo de dois, três, ou quatro, semestres. Mais aperfeiçoados deverão ser os estágios das escolas cujas disponibilidades permitam observar na concepção de seu programa o critério de cuidados médicos progressivos.

De acordo com Mario Chaves, "um redesenho do internato, com a idéia antes exposta e uma avaliação do tipo formativo de cada interno proporcionaria utilíssima retroalimentação para os anos anteriores do currículo de graduação, tanto os do ciclo clínico, como os do básico (...) e poderia servir de mecanismo inovador de grande potencial para o ensino e para a assistência".²

Alice Rosa
Diretor Executivo, ABEM

¹ SANTINI, Luiz Antonio. É preciso retomar a discussão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 7 (12): 123-24, 1983.

² CHAVES, Mario M. *Preparação do médico geral. Série Documentos da ABEM*, nº 5, 1983.

Amilcar Salgado; e "Integração dos ciclos básico e profissional", com a participação de Eduardo Osório Cisalpino, José Merzel, Eduardo Moacyr Krieger, Clovis M. D. Wanmacher e Clementino Fraga Jr. Este congresso contou com a presença e palestras do ministro da Saúde, Eleutério Rodrigues Neto, de um representante do Ministério da Educação, Luiz Lindberg Farias, e do ministro da Previdência Social, José Saraiva Felipe, na abertura, e uma conferência de encerramento intitulada "Adequação dos profissionais formados pelas escolas médicas às propostas governamentais de assistência à saúde", proferida por Gladstone Rodrigues da Cunha Filho.

O documento produzido pela ABEM para o primeiro tema (reproduzido em parte na página a seguir)¹⁸ teve seu conteúdo discutido e

aprovado em plenária. Tratava-se de um esforço de alinhamento da entidade ao processo de democratização e de transformação no sistema de saúde e nas escolas médicas. O diagnóstico a respeito das escolas médicas afirmava sua ligação orgânica com a medicina individual, curativa e privada, marcada pelos interesses do mercado, nomeadamente os interesses econômicos vinculados à produção de medicamentos e de equipamentos para hospitais. A expansão da cobertura previdenciária, assim como o crescente assalariamento dos médicos, caminhou em paralelo à queda da qualidade da assistência e à sua baixa resolubilidade, o que tornava a arena de debates da ABEM mais relevante:

(...) a Abem vem representando um papel histórico. Sob seus auspícios, muitos encontros têm-se realizado para avaliar o desempenho da escola médica, o profissional que está sendo formado e as propostas de mudança.

Com base nos paradigmas do médico de família e do médico geral, nas ideias de integração docente-assistencial e, ainda, sob a inspiração dos princípios de atenção primária à saúde, consolidado na conferência de Alma Ata, numerosos projetos, alguns de expressivo alcance, foram desenvolvidos em todo o país, numa tentativa de formular modelos alternativos à crise do ensino médico.¹⁹

O documento destaca os passos dados desde o PIASS e chega ao CONASP, apontando o consenso em torno da descentralização, da integração entre instituições que se dedicam à assistência à saúde, da universalização da oferta e da equidade nos serviços de saúde, como princípios para ancorar o novo sistema de saúde que se queria construir. As AIS, como primeiro passo para o novo sistema e estratégia indutora para sua construção, segundo o documento, teriam atingido cerca de 91 milhões de habitantes, algo em torno de 67% da população total, mas necessitavam melhor organização institucional, e nisso as escolas médicas deveriam cumprir seu papel, formando os profissionais que o sis-

18 ABEM, Formação Médica para a nova política de saúde. In: ABEM, *Anais do 23º COBEM*, Uberlândia, 18 a 22 de outubro de 1985, p. 27-34.

19 Idem, p. 28.

tema necessitava de acordo com a experiência social dos diferentes lugares do Brasil. O documento foi bastante incisivo ao afirmar a tendência da universidade brasileira para “omitir-se do compromisso com a prestação de serviços”²⁰. Por isso, propunha-se a participação das escolas médicas na gestão das AIS, a revisão do processo ensino-aprendizagem e da atividade de pesquisa, e a contribuição das escolas médicas ao processo de desenvolvimento das AIS.

Além dos posicionamentos indicados no documento referido, o relatório final, escrito por José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana e intitulado *Um novo tempo para a educação médica*, destacou a importância estratégica da ABEM na “nova organização e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde”²¹, recomendando sua participação na 8ª CNS, que vinha sendo preparada para 1986, e na Assembleia Constituinte, e reiterando as propostas do documento aprovado

20 Idem, p. 31.

21 SANTANA, J. P. Um novo tempo para a educação médica (Relatório final). In: *Anais do XXIII COBEM*, Uberlândia, 18 a 22 de outubro de 1985, p. 97.

conhece o direito à saúde como inerente à cidadania e assegura a universalização, a equidade e a integralidade dos cuidados, devem ser, igualmente, a linha condutora da formação dos profissionais de saúde.

Seria o caso de reafirmar que, como instância decisória, o MEC comparte responsabilidade na implementação das AIS,² devendo haver, nos Estados, uma correspondente atribuição das Universidades.

Reconhecendo que as AIS, que desejamos, só serão alcançadas através das AIS que formos capazes de construir em cada momento histórico, é indispensável definir os mecanismos que materializem o compromisso da escola médica com as AIS, quais sejam:

A. Participação na gestão das AIS:

A representação legítima da escola médica nos órgãos gestores das AIS é decorrência natural do seu engajamento político em tal proposta. Assim, a escola não deve aguardar solicitações formais, e, sim, promover e articular sua própria participação. Isto implica: a) integração dos serviços de saúde vinculados à escola médica no sistema regionalizado, com mecanismos definidos de referência e contra-referência, assegurando vagas, para a clientela referida, em seus ambulatórios especializados e internações; b) adoção de critérios de efetiva inserção de tais unidades na rede, objetivando a revisão de sua classificação para efeito da tabela de Índices de Valorização Hospitalar (IVH); c) demonstração da aplicação dos recursos geridos pela Universidade/Escola, inclusive através de suas Fundações, tanto de seus próprios orçamentos, como dos oriundos da Previdência Social, com vistas a garantir a destinação desses recursos para atividade de saúde; d) reconhecimento de que o compromisso social, que representa a inserção nas AIS, deve nortear a aplicação das dotações orçamentárias das escolas médicas, tanto da rede pública, como privada.

B. Revisão do processo ensino-aprendizagem e da atividade de pesquisa

No sentido de concorrer para corrigir os fatores que interferem na qualidade dos serviços de saúde, cabe à escola médica aprimorar a preparação dos recursos humanos. Isto significa reconhecer que sua responsabilidade não se esgota nas etapas da graduação e pós-graduação, mas abrange a capacitação permanente do pessoal dos serviços, e que a pesquisa não deve ser apanágio da academia, mas um processo partilhado com as entidades do serviço, destinado, em última instância, a responder aos interesses sociais. Nesse sentido, torna-se necessária a aceitação dos seguintes princípios: a) programação educacional em função das necessidades de saúde, no que se refere à graduação, à pós-gradua-

ção e à educação continuada; b) responsabilidade pela formação geral do médico, com inserção precoce do aluno na rede de serviços e treinamento em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade; c) integração docente-assistencial, com coerência entre o programa educacional e a organização dos serviços; d) capacitação dos estudantes por intermédio de experiências de aprendizagem em equipe multiprofissional; e) participação em plano permanente de capacitação de pessoal da saúde; f) definição, com os serviços, de linhas de pesquisa, não só de natureza biomédica, mas, também, operacional, epidemiológica, educacional e de avaliação de tecnologia; g) valorização, na carreira docente, das atividades desenvolvidas no contexto das AIS.

C. Contribuição ao processo de desenvolvimento das AIS

Tarefa a ser exercida por todas as entidades abrangidas pelas AIS, significa, para a escola médica, o exercício da crítica às distorções vigentes no modelo assistencial, quer em seus próprios serviços, quer nas demais instituições. Assim entendida, a tarefa é insociável da atividade de pesquisa, com vistas ao desenvolvimento de práticas alternativas para a prestação de serviços e de tecnologia e conhecimentos novos, exigidos pelos serviços de saúde.

Em consonância com tais princípios, as estratégias a serem adotadas pelas escolas, para concretizar o compromisso de mudança de formação médica, devem incluir: a) constituição de grupos de professores e alunos, para manter permanente o debate das questões de ensino, desenvolver programas inovadores e promover a auto-avaliação da escola (recomenda-se a participação, nesses grupos, de representantes dos serviços e de entidades interessadas nessas questões); b) promoção de estudos para reexame do ciclo básico, e do perfil de seu corpo docente, visando à implantação de modelos alternativos de ensino das matérias básicas; c) promoção de estudos para análise da flexibilidade e adaptação da estrutura departamental às novas exigências da formação médica; d) realização de estudos conjuntos com os serviços para levantar necessidades e prioridades quanto à formação de especialistas e fixar número adequado a sua produção anual; e) criação de programas de reciclagem para o pessoal docente, objetivando análise da educação médica; f) criação de programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, com prioridade para o pessoal dos serviços básicos.

em plenária a partir das discussões das mesas-redondas. Sobre a integração entre os ciclos básicos e profissional, afirmou-se a incipiência da integração nas escolas médicas, e recomendou-se a adoção dos seguintes princípios:

(...) a experiência, ou seja, a interação do aprendiz com o objeto do conhecimento e da prática que ele pretende adquirir, é o elemento integrador capaz de aproximar os conteúdos e objetivos dos dois ciclos; a realização efetiva dessa experiência, e não a sua simulação ou descrição através de aulas expositivas, ou de demonstração, é o processo que, envolvendo alunos e professores, poderá romper as barreiras entre o abstrato e o real, o ideal e o concreto, o normal e o patológico que são as cediças bases sobre as quais se assenta a dicotomia entre os ciclos básico e profissional do currículo médico.²²

É interessante apontar que o COBEM de 1985 foi o primeiro a levantar o problema da saúde mental dos alunos, por meio de uma moção apresentada à assembleia do congresso por Jadete Lampert, José Otávio Penido Fonseca e Juarez de Oliveira Castro, temática que também foi abordada em um dos temas livres do congresso. A moção, cujos termos relatados em ata estão reproduzidos ao lado e na próxima página, foi aprovada por unanimidade.

A 8ª CNS²³, promovida em Brasília (DF), no mês de março de 1986, marcou fortemente o COBEM do mesmo ano, realizado em Florianópolis (SC), no mês de outubro. Era o primeiro ano da Nova República, para muitos a oportunidade de avançar na construção de um verdadeiro sistema de saúde, descentralizado, universal e integral, ocupando cargos-chave no governo com poder para alterar as políticas de saúde brasileiras. A principal reivindicação do movimento sanitário dizia respeito ao INAMPS, agora sob o

22 Idem, p. 98-99.

23 Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

UERJ, UFMG, etc, a SBMFR, de São Paulo, então propõe: 01) Que trabalhos sobre ensino da Fisiatria no Brasil sejam publicados nos periódicos da ABEM. 02) Que em um dos próximos Congressos da ABEM seja feita uma Mesa Redonda ou um Curso Pré-Congresso com debate sobre a necessidade do ensino da Realização nas escolas médicas brasileiras e esclarecendo a alunos e professores o que é a Medicina Física e Reabilitação. Ubelândia, 22 de outubro de 1985. (ass.) Dr. Carlos Corrêa Paes, Docente responsável pela disciplina Biofísica - Fisiatria da PUC-SP e 1º Secretário do SBMFR, reg. de São Paulo." Após a leitura a moção foi feita em discussão e, a seguir, votada, sendo aprovada por unanimidade. A segunda moção apresentada continha o seguinte teor: "A saúde mental do aluno de Medicina. Na apresentação de temas livres do XXIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, foi apresentado o problema da Saúde Mental do Aluno de Medicina. Colocado o problema, constatou-se a preocupação e identificação da incidência de problemas psicológicos nos alunos das Escolas Médicas a nível nacional. Na discussão, constatou-se que o problema, apesar de frequente, tem sido abordado de forma insatisfatória. As medidas tomadas têm sido de nível disciplinar com (p) reprovações sucessivas acarretando transferência de responsabilidade ou omissão na busca de uma solução. Considerando que este aluno como futuro profissional médico irá lidar especificamente com a saúde da população, a ABEM propõe: a) que os órgãos competentes criem uma instância que vise a prevenção, diagnósticos e tratamento dos distúrbios mentais dos alunos de medicina; b) que se crie uma legislação e a jurisprudência específica sobre o assunto, definindo qual a instância da escola médica teria essa responsabilidade legal; e, c) que os colegiados de cursos sejam instância que estaria legalmente responsável pela criação de uma comissão, com participação paritária de alunos e professores para identificar e encaminhar os casos visando a reabilitação

2
782

e o resguardo ético do próprio aluno. Solicitamos que o documento, em anexo, seja colocado em votação, caso o mesmo seja aprovado, solicitamos seu encaminhamento, em nome da ABEM, ao Conselho Federal de Educação - MEC - e aos Colegiados das Escolas Médicas. (ass.) Prof. Jodeli Dambat Cavduro, Universidade Federal de Santa Maria, CCS - RS; Prof. José Otávio Penido Bonseca, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - BH; Prof. Juarez de Oliveira Castro, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - BH; Prof. José Carlos Ramos de Oliveira, Faculdade de Ciências Médicas PUC Campinas - SP. "A moção foi posta em discussão e votação, sendo aprovada por unanimidade. A seguir o Senhor Presidente deu a palavra ao Prof. Waldomiro Carlos Manfroi que solicitou uma questão de ordem, dizendo que havia apresentado uma moção que se perdeu, provavelmente, já que a entregou por escrito. O Sr. Nestor Barbosa de Andrade pediu a palavra, esclarecendo que, de fato, o documento lhe foi encaminhado e que se extravia. O Senhor Presidente, então, solicitou as escusas ao Sr. Manfroi e pediu que fizesse a gentileza de reproduzir a sua proposta. O Prof. Manfroi, então, após ter comentado sobre a questão das dificuldades de integração entre ciclos básico e profissional, solicita que seja encaminhado um documento ao Ministério da Educação e, também, a todos os Reitores das Universidades brasileiras, que manifestasse a opinião da ABEM quanto a importância da integração entre estas etapas do curso, não só do ponto de vista docente, mas, também, do ponto de vista físico e administrativo. A moção foi aprovada. O Senhor Presidente deu a palavra ao representante da Comissão Organizadora do XXIV Congresso da ABEM, que saudou aos congresistas e reiterou o convite a todos para que participassem do encontro que se realizará em outubro de 1986. A seguir, o Senhor Presidente deu a palavra ao Sr. Nestor Barbosa de Andrade, que agradeceu a colaboração de todos, enfatizando o apoio recebido da Universidade Federal de Uberlândia, bem como das demais escolas médicas de Minas Gerais e da Diretoria da ABEM, encerrando a sessão. Eu, Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, na qualidade de Secretário, levei a presente ata, que vai por mim assinada, Uberlândia, 22 de outubro de 1985.

Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva

Tive a felicidade de participar da elaboração, da formulação do SUS, quer dizer, também evidentemente no papel não de um protagonismo como o Hésio Cordeiro, mas só a proximidade com ele permitiu isso, porque de alguma forma implantamos o SUDS, antes do SUS, que foi o embrião do SUS. O SUDS é o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, que foi um projeto que nasceu no gabinete do Hésio Cordeiro, liderado por ele, e a gente implantou. Eu estava na secretaria, um belo dia o meu cargo foi extinto, o de secretário de Planejamento no INAMPS, eu peguei toda a minha equipe e levei para dentro da Secretaria de Saúde, juntando com pessoal da Secretaria de Saúde, e esse foi um exercício também gratificante.

Francisco Barbosa Neto.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
28 de fevereiro de 2022.

E esse tipo de raciocínio e essa militância toda me levou naquele momento a seguir conversando com Sérgio Arouca. Quando se inaugura a Nova República no Brasil, aparece um convite por parte de um governo que não tinha sido eleito pelas Diretas Já, mas que representava muitos dos nossos anseios. Fui convidado para ser o secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde nesse primeiro governo, que seria o de Tancredo, acabou sendo o governo Sarney, sob a liderança de uma pessoa que tinha feito a tese dele sobre integração docente assistencial, orientado pela Cecília Donnangelo, da USP, que foi o Eleutério Rodriguez Neto. Ele, na verdade, foi o secretário executivo do Ministério da Saúde da Nova República. Ele não era um sanitário tradicional, se destacava por pensar na educação médica. Então, o Eleutério me chama para a secretaria. A Secretaria de Recursos Humanos estava vinculada à Secre-

taria Geral do Ministério naquele momento, ele chama para este posto, que seria o mais relevante que ele gostaria certamente de ocupar. Eu tinha sido chamado também por Hésio Cordeiro, que já citei antes, para ir para a direção geral do INAMPS na área de recursos humanos, que era a que eu gostava muito, trabalhava muito e centrava a questão da educação médica. Eu opto por ir a Brasília, e o Paranaquá Santana, que trabalhou no MEC, na Comissão Nacional de Residência Médica muito tempo, vai para o INAMPS e a gente consegue fazer uma dupla em um momento que não existia no SUS, mas que o Ministério da Saúde dialogava muito com o INAMPS, até porque estava do lado de cá, o Eleutério, Arouca, o presidente da Fiocruz, e do lado de lá Hésio Cordeiro, Saraiva Felipe, que eram pessoas que estavam vinculadas à educação médica. O Saraiva Felipe era professor do internato rural da UFMG também, diretor do Centro de Saúde de Montes Claros, onde era o internato rural. Então, o que acontece é que eu vou para Brasília e lá a gente fica. Fiz parte do grupo de coordenação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi, digamos, o marco maior que dá as diretrizes gerais que desembocam na Constituinte nos artigos 196, 197, 198, 199 da Constituição, que dizem respeito à saúde. Isso aí certamente não teria acontecido se não tivesse essa acumulação anterior, e depois coordeno um grupo de recursos humanos da Reforma Sanitária, que teve uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com cinco ou seis grupos, sendo que um dos grupos trabalhava sobre indústria farmacêutica, outro trabalhava sobre vigilância e outro sobre organização do serviço...

Francisco Eduardo Campos.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
9 de maio de 2022.

24 A 8ª CNS foi objeto de muitos estudos que destacaram discordâncias e negociações, destacamos alguns que permitem conhecer sua preparação, organização e recomendações: PAIM, J. *Reforma Sanitária...*, Op. cit.; FRANCO NETTO, G.; ABREU, R. Arouca, meu irmão – Uma trajetória a favor da saúde coletiva, Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2009; ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.) *Saúde e democracia – História e perspectivas do SUS*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 83-117; FALEIROS, V. P.; SILVA, J. F. S.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVEIRA, R. M. G. (org.) *A construção do SUS – História da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

25 Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 04. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

26 Criada por portaria interministerial de MS, MPAS e MEC, a CNRS funcionaria entre 1986 e 1987, com participação da sociedade civil, de representantes do Congresso Nacional e de instâncias de governo, realizando pesquisas e subsidiando as mudanças que começaram a ser operadas no sistema nacional de saúde.

comando de Hésio Cordeiro, que se pretendia transferir para o Ministério da Saúde, capitaneado por Carlos Sant'Anna, ambos defensores da saúde, embora localizados em espectros políticos distintos. No MPAS encontrava-se Waldir Pires, que se opunha à proposta, por isso a 8ª CNS deveria convocar a sociedade para propor as mudanças fabuladas, e assim aconteceu.²⁴

Com participação de usuários do sistema de saúde, categorias profissionais organizadas, colegiado de secretários municipais de Saúde (que viriam a compor o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – em 1989), instituições de pesquisa e defesa da saúde coletiva, a 8ª CNS constituiu-se em um marco para a construção do SUS e para a sistematização do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A partir de três eixos para discussão – saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde –, foram lançadas as bases para a reorganização do setor saúde no processo constituinte que já estava em curso. As deliberações da conferência, em seu relatório final, destacando-se a saúde como direito universal e responsabilidade do Estado, e considerando seus determinantes sociais e a importância da descentralização/municipalização do novo Sistema Único de Saúde que se propunha, apontaram para o acesso igualitário a “ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humanos em sua individualidade”²⁵. Para tanto, impunha-se uma estratégia para que as propostas fossem institucionalizadas. Assim, criou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)²⁶ e definiram-se as AIS como ponte para o sistema único pretendido por meio da sua transformação nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Tamanha mobilização faria eco entre os constituintes e levaria ao capítulo sobre a saúde da Constituição de 1988. Haveria muito que discutir sobre o papel das escolas médicas



Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica

VOLUME XX – NÚMERO 2 – MARÇO/JUNHO – 1988

PUBLICAÇÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DA ABEM

ISSN Nº 0101-9848

EDITORIAL

NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

A ABEM, em seu último Boletim (janeiro/fevereiro, 1988) pela palavra de seu Presidente, Prof. Luiz de Paula Castro, expressou ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Educação, Dr. Hugo Napoleão, "...nossa gravíssima preocupação com a iminente abertura de novos cursos de Medicina no Brasil".

Diante dos justos e oportunos argumentos apresentados pelo Presidente da ABEM nada sobraria para comentar sobre decisão tão extemporânea quanto descabida se não fora a onda de indignação que nos tem chegado aos ouvidos sobre assunto de tal gravidade.

Isto se torna mais contundente no momento em que a ABEM, começa a atuar diretamente sobre a educação médica no País, através de seus programas EMA (Educação Médica nas Américas) e REM (Reforma da Educação Médica).

O Programa EMA está finalizando sua primeira etapa de atividades levando à CONFERÊNCIA MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA, em Edimburgo, os resultados de seus estudos sobre a problemática da educação médica nas Américas, incluindo o Brasil.

Por outro lado, o Programa REM que agora se inicia, utilizando o material diagnóstico elaborado pelo EMA, procura chegar à escola médica, não com uma proposta pronta, acabada, mas sim com sua experiência e o necessário estímulo capaz de provocar a ESCOLA no sentido de ela própria procurar os seus caminhos e encontrar a desafiante resposta à nova realidade que se abre no País com a implementação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS.

As novas escolas médicas estão sendo criadas para quê? Para reproduzir o padrão conservador da educação médica generalizada no País? Há necessidade de aumentar o número de médicos no País? Que condições materiais de funcionamento têm essas escolas? Vão elas trilhar os mesmos caminhos de inadimplência de suas congêneres? Têm essas escolas consciência do panorama social e econômico no qual estamos imersos, descortino e competência suficientes para inovar em educação médica? Que tipo de médicos pretendem formar?

Estas preocupações não são apenas nossas (ABEM) mas de toda a comunidade acadêmica neste momento crucial da vida de nosso País.

Devemos estar conscientes de que:

- a soberania nacional exige novas propostas política e econômica, em particular, nos setores de saúde, educação, ciência e tecnologia;
- algumas destas propostas fazem parte da Carta Magna ora em tramitação final no Congresso Nacional;
- os SUDS são uma realidade e estão, em alguns estados, em fase avançada de implementação;
- a formação de recursos humanos para o setor saúde deverá estar adequada aos interesses da nova realidade de saúde que está sendo criada no País;
- a adequação do profissional a esta realidade exigirá reformas profundas do setor de formação de recursos humanos nos campos de graduação, da pós-graduação e da educação continuada.

B. Assoc. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, XX (2) Março/Junho - 1988

As inovações na organização dos currículos e na implantação da integração docente-assistencial ainda eram experimentais e localizadas.

A partir dos enunciados acima pergunta-se:

Está a universidade brasileira preparada para este salto qualitativo da educação médica?

A Educação Médica brasileira vem atravessando momentos que têm sido definidos através de propostas originais dos países do hemisfério norte.

A Escola Médica brasileira tem flutuado ao sabor destas propostas sem ter jamais criado seu modelo próprio. As difíceis condições sociais e econômicas que o País vem atravessando e a indefinição de uma proposta política abrangente tem gerado contradições no setor educacional.

Por outro lado, propostas avançadas de educação médica têm sido experimentadas em escolas médicas quase sempre como alternativa, embora não tenham sido incorporadas à estrutura docente da instituição. Quando muito, estas propostas chegaram a produzir modificações de certo vulto em limitadas circunstâncias. A monolítica estrutura docente-administrativa resiste e resistirá enquanto a universidade brasileira não tomar a decisão de levar o discurso - porque o discurso existe - à prática, transformando concretamente a educação médica face à imperiosa necessidade de preparar profissionais para a nova realidade do setor saúde.

As propostas de integração docente-assistencial e a estratégia "Saúde para Todos" da OMS, não tiveram força suficiente para provocar mudanças substanciais na formação médica.

As inúmeras reuniões organizadas para debater este assunto, algumas promovidas ou apoiadas pela ABEM, não têm resultado senão em pequenas modificações curriculares que não conseguem dar conta da magnitude do problema.

No momento em que a Constituinte define suas novas políticas nas áreas da Saúde e da Educação e que a Reforma Sanitária, através do SUDS, impõe-se ao País, de baixo para cima, não há justificativa alguma para o adiamento de decisões corajosas.

As inter-relações entre serviço e ensino que vêm sendo discutidas há anos neste País deverá chegar a sua fase de implementação.

Por este motivo a ABEM inicia contatos com as universidades brasileiras com propostas concretas que poderão levar a escola médica a assumir seu papel neste momento de transição da política nacional.

A interface educação médica/serviços deve ser estendida ao longo de todo o curso. Espera-se a participação ativa de alunos, professores e pessoal de serviço nos programas de saúde, no contexto social onde a universidade está inserida.

O retrógrado sistema ensino/aprendizagem há que ser questionado, fazendo-se com que o aluno entre, de início, em contato com a realidade para, em seguida, procurar o conhecimento. Isto significa a busca ativa do conhecimento, base da Pedagogia moderna.

Deve-se acentuar que a universidade brasileira não pode ceder às pressões simplificadoras do mercado de trabalho, tampouco a outras propostas, também simplificadoras, da área acadêmica, mas de criar seu próprio projeto com o único objetivo de atender os interesses nacionais.

Não pode haver subordinação no relacionamento do-
cência/serviços, cada participante assumindo seu papel de
acordo com suas competências. Cabe à Academia a intrasfe-
rível tarefa, da mais elevada criatividade e riqueza, de, dentro
de uma nova estrutura docente, chegar através de um desenho
curricular inovador, a seu produto final - o médico - com as
competências exigidas por uma sociedade que se transforma.

Modernização, integração, interdisciplinaridade são pa-
lavras-chave na visão da educação contemporânea.

Isto exige, entretanto, a transformação das estruturas
administrativa e docente da universidade. A problemática que
se opõe é: mudar ou envelhecer.

Teremos maturidade para tal empreendimento?

Prof. Frederico Simões Barbosa
Vice-Presidente ABEM

e suas necessárias transformações diante das propostas, dissensos e conquistas do movimento sanitário nesses finais dos anos 1980.

No COBEM de 1986, foram apresentados três painéis: “Prioridades na Educação Médica”, que contou com a presença de Adib D. Jatene, Danilo Freire Duarte, Firmino Brasileiro Silva, e foi coordenado por Pablo A. Pulido; “Estratégias Educacionais para as Escolas Médicas”, que contou com a presença de Amilcar G. Gigante, Benedictus Philadelpho de Siqueira e Jaime Scherb, e coordenado por Clementino Fraga Jr.; “Integração da Escola Médica com o Sistema de Atenção à Saúde”, com a presença de Hésio Cordeiro, Frederico Simões Barbosa e Edison José Corrêa, e coordenado por Mário M. Chaves. Os painéis foram tiveram sua relatoria feita, respectivamente, por Gastão Pereira da Cunha, Alice Reis Rosa e João José Marins, mas não parecem ter incorporado as discussões dos grupos de trabalho, embora tenham sido aprovados pela assembleia.

O primeiro painel ressaltou a integração dos ciclos básico e clínico para a formação de médicos capazes de atuar nos serviços de saúde e na atenção primária, elaborando prontuários e laudos e solicitando exames de acordo com as necessidades socioeconômicas do país. Mantendo a proposta de afastamento do modelo flexneriano e de vinculação do currículo à prestação de serviços, os debates do segundo painel reforçaram os projetos IDA e a formação do médico geral, voltado para a atenção primária, ao final da graduação. Para tanto, os currículos deveriam se adaptar e modificar, expressando sua qualidade “por exemplo, no grau de atividade em ambulatórios, em unidades periféricas, na relação aluno-paciente precoce e efetiva, no equilíbrio entre os atendimentos a criança e a adultos”²⁷. No terceiro painel, a estratégia político-institucional de aprofundar as AIS como caminho para a construção do sistema único desejado, conforme sugerido na 8ª CNS, foi defendida a partir da organização de distritos docente-assistencial, da descentralização de decisões e do orçamento,

da formação do médico em meio à comunidade, e não apenas no hospital, e como parte da Reforma Sanitária. O relator apontou como primordial a revisão na divisão dos trabalhos das equipes de saúde e modificações curriculares para incluir disciplinas como Antropologia, Filosofia e Sociologia, frisando a análise epidemiológica. Em todos os painéis, frisou-se a necessidade de ativa participação da ABEM nas transformações que estavam em curso.

No que diz respeito à formação do médico geral, a ABEM montou um grupo composto por professores e médicos, representantes do MS, do INAMPS, da AMB, da ABRASCO²⁸, da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária e da Associação Brasileira de Medicina Familiar. Este grupo se reuniu no Rio de Janeiro e contou com a presença de todos os membros da Comissão de Ensino Médico do MEC, o que se constituiu na principal atividade da DE neste ano de 1986 segundo seu relatório. No mesmo documento, destacou-se a atuação do Departamento de Hospitais da ABEM no sentido de revisão dos valores da tabela de pagamentos dos serviços prestados com base no convênio MEC/MPAS, tendo sido alcançada uma melhora nos pagamentos e a inclusão de procedimentos que, até então, não estavam contemplados no convênio.

As moções aprovadas na assembleia do COBEM de 1986 são bastante reveladoras da militância da associação em favor do sistema único de saúde proposto pela 8ª CNS e da Reforma Sanitária, já que incluem questões de ordem ambiental que incidem sobre a saúde da população, questões de autonomia universitária e de participação estudantil nas instâncias de reunião institucional ligadas à educação médica. Destacam-se as seguintes moções:

- Solicitação de esclarecimento do presidente da República sobre a clara definição do papel do Estado sobre a educação e a saúde;
- Patrocínio de estudo nacional, pela ABEM,

27 ROSA, A. R. Relatório Final 2º Painel Estratégias Educacionais para as Escolas Médicas. In: ABEM, *Anais do XXIV COBEM*, Florianópolis, 26 a 29 de outubro de 1986, p. 116.

28 Também em parceria com a ABRASCO, a ABEM desenvolveu um trabalho para fixar conteúdos mínimos para a medicina preventiva e social. ROSA, R. S. Formação Médica e Políticas de Saúde. In: ABEM, *Anais do XXXIII COBEM*, Porto Alegre, 22 a 27 de outubro de 1995, p. 241-247.

sobre a remuneração dos profissionais por seus encargos docentes e assistenciais nos hospitais de ensino;

- Contra o uso e abuso de venenos na pecuária, agricultura, indústria e ambiente em geral dirigido ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Agricultura e à Presidência da República;
- Contra a compra da FM de Santo Amaro por uma organização multinacional e contra o convênio do INCOR com o Centro Médico de Cleveland;
- Contra a escolha dos dirigentes universitários sem participação da comunidade acadêmica;
- Realização de seminário em todas as escolas médicas brasileiras, a fim de avaliar os currículos, nos dias 12-13-14 de maio de 1987;
- Viabilização da participação de representante discente no Congresso Pan-Americano de Educação Médica e na Conferência Mundial de Educação Médica;
- Apoio à representação estudantil na comissão de Ensino Médico do MEC;
- Elaboração de Diretório dos Centros Acadêmicos junto com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina²⁹;
- Apoio ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

Os Anais do COBEM de 1987, realizado no município de Maceió (AL), no mês de outubro, foram publicados na RBEM de set./dez. de 1987, mas não com relatórios de grupos de trabalho. Em todas as atividades, as contradições decorrentes da expansão das vagas em escolas médicas sem a organização de um plano curricular, e especialmente ainda apartadas das propostas da Reforma Sanitária, assim como aquelas decorrentes dos avanços feitos a partir dos espaços institucionais governamentais, que impunham avanços condicionados aos interesses dos grupos privados ligados à assistência à saúde, foram discutidas pelos expositores.

A conferência de abertura, “Uma retrospectiva da educação médica no Brasil”, foi proferida por Guilherme Rodrigues da Silva. A mesa-redonda “O momento atual: educação médica frente à Reforma Sanitária” teve Jairnilson Silva Paim como expositor, e Fernando Figueira, Elza Cotrim Soares, José Carvalho de Noronha e Ubiratan Moreira Pedrosa como debatedores³⁰. A mesa-redonda “Perspectivas para a reforma da educação médica – a visão da ABEM” teve Luiz de Paula Castro como expositor, e José Paranguá dos Santos, André Cesar Médici e Armando de Negri Filho como debatedores³¹. A última mesa-redonda, intitulada “Uma visão prospectiva da educação médica: A Conferência Mundial de Edimburgo”, e coordenada por Mário Chaves, dividiu-se em três temas: “Ingressos no curso médico e necessidades no país”, com Ernesto Lima Gonçalves como expositor; “Relações entre ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada”, com João Amílcar Salgado e Léa Camillo-Coura como expositores; e “Recursos para a educação médica: físicos, financeiros e humanos”, com Gilka Alves Wainstein, William Saad Hossne e Dejanó Tavares Sobral como expositores³². O quadro apresentado pela segunda mesa (página ao lado), resumindo a trajetória da ABEM em relação à reestruturação que se propunha, aponta os desafios que deveriam ser enfrentados pela entidade naquele momento de disputas em meio aos debates da Constituinte.

Os dilemas que deveriam ser enfrentados no futuro, segundo a tabela e o gráfico apresentados, e que de fato estiveram e estão ainda em pauta no que diz respeito ao fortalecimento do sistema único, à integração entre serviços e escolas médicas, à participação dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem e à necessária reorganização econômica do país, constituem-se em perspectivas de atuação para a ABEM. Assim, se, de um lado, os relatórios do COBEM e os Boletins da ABEM, no final dos anos 1980, permitem constatar forte militância em favor da Reforma Sanitária e da transformação

29 A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) foi fundada neste ano de 1986 e, desde então, é participante ativa dos debates da ABEM. Afirme-se, no entanto, a forte presença de estudantes desde os anos 1960, e o crescente aumento de sua representatividade, além do apoio que sempre receberam de docentes como Benedictus Philadelpho de Siqueira. Este professor propôs, e foi aprovada, a inclusão de representante discente tanto na Diretoria quanto nos núcleos regionais em 1987.

30 Segundo o programa, a exposição seria de Jairnilson Paim, mas nos anais o texto apresentado é de Elza Cotrim Soares, que dissertou sobre as experiências de modificação do currículo da escola médica da UNICAMP.

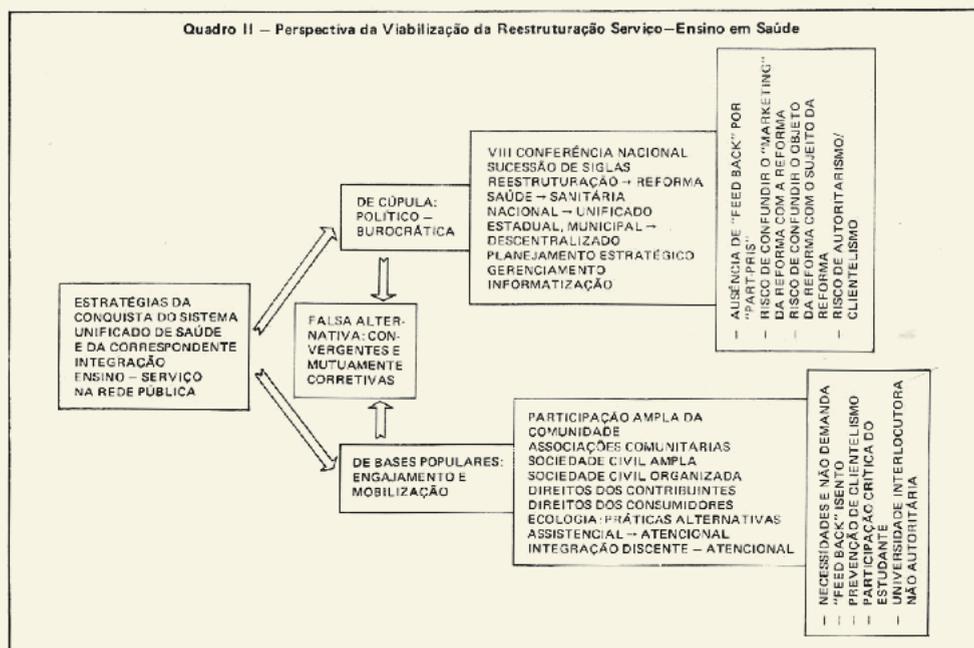
31 O texto apresentado nos anais tem coautoria de João Amílcar Salgado ao lado de Luiz de Paula Castro. Além disso, também há um texto de André César Médici, intitulado “A formação do médico e o social no Brasil: questões da pós-modernidade”, mas, no programa, ele é citado como debatedor e não como expositor. Médici sugeriu a inversão dos termos da equação: caberia às escolas médicas conduzirem a Reforma Sanitária, e não serem pautadas por ela.

A mesa “Perspectivas para a reforma da educação médica – a visão da ABEM”, do COBEM de 1987, apontou os desafios naquele momento de disputas.

Quadro 1 – Passado, Presente e Futuro da Associação Brasileira de Educação Médica em Relação às Circunstâncias de sua Atuação

Decada	50	60	70	80	90
Mundo/País	Modernização do Pós-Guerra Desenvolvimentismo de JK	Neopopulismo Consumista	Desdobramento consumista planetário com dissociação quantidade-qualidade	Refluxo Neo-conservador da adequação quantidade-qualidade com concentração da renda entre as classes e nações (os pobres são pobres mas de gerentes)	Reordenamento Econômico
Vertente assistencial	Medicina liberal tecnocêntrica	Unificação estatal repassadora para o consumo	Dissociação quantidade/qualidade com sucateamento estrutural	Cosmética da avaliação/qualidade (gerenciamento para não alterar estrutura)	Definição do sistema único ou de mercado
Vertente docente	Ensino biocêntrico flexeriano modelar	Preventivismo e explosão numérica de escolas e estudantes	Dissociação quantidade/qualidade na formação de agentes de consumo	Discurso da avaliação/qualidade: da integração docente-assistencial ao complexo industrial universitário	Completo complexo industrial-universitário ou integração ensino-serviço na rede pública
ABEM	Modelo e similares preexistentes	Instituída em 1962 já com preocupação social	Máquina de ensinar e de ensinar a ensinar. Dissociação graduação (quantidade)/ pós-graduação (qualidade). Residência de medicina de família supletiva da graduação.	Ambivalência: discurso da avaliação/qualidade ou reestruturação curricular	Manipulação externa ou participação ativa, especialmente dos estudantes em reestruturações necessárias.

Quadro II – Perspectiva da Viabilização da Reestruturação Serviço-Ensino em Saúde



32 Nos anais não se encontra o texto de Gilka Alves Wainstein, mas sim do engenheiro Luiz Cláudio de Almeida Melo e Silva, que destacou a importância do Centro de Desenvolvimento e Apoio Técnico à Educação (CEDATE) na disponibilização de recursos e fortalecimento dos recursos humanos nas escolas médicas.

Também em 2008, comemoramos 20 anos da Declaração de Edimburgo, elaborada na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada de 7 a 12 de agosto de 1988, na Escócia. A Declaração de Edimburgo enfatiza princípios gerais para a formação médica que foram muito importantes para a transformação dos cursos de medicina em todo o mundo nas décadas seguintes, como, por exemplo: ampliar os ambientes em que os programas educacionais são realizados, para incluir todos os recursos de

assistência à saúde da comunidade e não apenas os hospitais; garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do país; e criar currículos e sistemas de avaliação dos estudantes que permitam atingir tanto a competência profissional como valores sociais e não apenas a retenção de informações.

MARTINS, Milton de Arruda. Editorial. RBEM, v. 32, n. 1, mar. 2008.

das escolas médicas na mesma direção, de outro lado, ficam bastante evidentes as resistências destacadas por Santini na abertura deste capítulo. O editorial do Boletim n. 02, de março/junho de 1987 (ver reprodução na página 78), escrito por Frederico Simões Barbosa, é bastante elucidativo: avançam-se as ações para perscrutação das formas e conteúdos da educação médica na América Latina por meio dos programas *Educação Médica nas Américas* (EMA) e *Reforma da Educação Médica* (REM)³³ e dos primeiros passos do SUDS, mas contata-se o quão experimentais e localizadas estavam sendo as inovações na organização dos currículos e na implantação da IDA. Por mais que se reputasse a integração como irreversível, ela não conseguira ainda provocar grandes mudanças, e mesmo assim havia indicativos de abertura de novos cursos de medicina, sobre os quais pouco se havia estudado.

A terceira mesa do COBEM de 1987, “Uma visão prospectiva da educação médica: A Conferência Mundial de Edimburgo”, parece se constituir no conjunto de debates preparativos para a Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo, aos quais se juntariam os primeiros resultados do Programa EMA, e que aconteceria em agosto de 1988. Foram apresentados dados acerca dos graduandos em medicina, considerando seus saberes prévios, preparo para o curso e perspectivas salariais, essas cada vez piores, a relação leitos/ensino por alunos e a relação entre a população e número de médicos necessários, com previsão de, no ano 2000, haver uma

equação razoável para esta relação, mas com enorme distorção na sua distribuição pelo território nacional. A proposta de evitar utilizar os cursos de pós-graduação como “remendos” à má formação na graduação, defendida em congressos anteriores, foi novamente colocada, com destaque para a formação continuada e próxima das necessidades dos serviços de saúde e das comunidades. O diagnóstico e as propostas para financiamento da educação médica também trouxeram conclusões de congressos anteriores, seja pela urgência de se repactuar o convênio MEC/MPAS, seja pela necessidade de se aumentar a dotação pública para equipamentos e recursos humanos nos espaços de ensino médico, neste último caso lembrando o tempo integral como melhor caminho para fortalecer a docência.

Sobre os congressos de 1988 e 1989, não foram encontrados os seus anais. Chegamos a considerar a possibilidade de o livro organizado por Mario Chaves e Alice Reis Rosa³⁴ guardar os principais debates, já que nesses anos a ABEM estava envolvida com os programas EMA e REM, conforme já dito. Mas as atas das assembleias e das reuniões do Conselho da ABEM, assim como os boletins da entidade, sugerem reuniões separadas dos programas, embora em diálogo com eles, conforme se pode ver na reprodução do boletim na próxima página e, também, nos boletins seguintes a cada congresso e que confirmam seus acontecimentos. Nos dois casos, uma intensa articulação com o processo de escrita da nova Constituição, o SUS e as necessárias trans-

33 A ABEM coordenou os programas EMA e REM, com apoio financeiro da Kellogg, entre 1987 e 1989. A trajetória dos programas está pormenorizada em CHAVES, M.; ROSA, A. R *Educação médica nas Américas – O desafio dos anos 90*, São Paulo: Cortez, 1990. O livro apresenta os seis temas destacados pela World Federation of Medical Education (WFME) para a sua Conferência em Edimburgo, os caminhos e resultados dos debates na América Latina e a Declaração final da Conferência.

34 Conferir nota 33.

35 BARBOSA, F. S. Novas Escolas Médicas. In: ABEM, *Boletim*, volume XX, mar./jun. 1988, p. 01.

formações nas escolas médicas exigidas pelas novas estruturas criadas.

Entre o final dos anos 1980 e os início dos anos 1990 é perceptível na documentação enorme dificuldade financeira pela ABEM, fato que explica a não publicação dos anais de 1988 e 1989 e, também, a descontinuação dos boletins em alguns anos. Além de a inflação corroer os recursos financeiros, a partir de 1990, sob a presidência de Fernando Collor de Mello, houve confisco da liquidez das contas, físicas e jurídicas, pelo governo federal.

Os boletins da ABEM de 1988 demonstraram, ainda, preocupação com a iminente abertura de novas escolas médicas, sem que se considerassem os resultados do Programa EMA e fossem aguardados os resultados do programa REM, que usaria o diagnóstico do primeiro para estimular mudanças curriculares. No editorial de março/junho de 1988, o então vice-presidente, Frederico Simões Barbosa, é bastante assertivo:

As novas escolas médicas estão sendo criadas para quê? Para reproduzir o padrão conservador da educação médica generalizada no País? Há necessidade de aumentar o número de médicos no País? Que condições materiais de funcionamento têm essas escolas? Vão elas trilhar os mesmos caminhos de inadimplência de suas congêneres? Têm essas escolas consciência do panorama social e econômico no qual estamos imersos, descortino e competência suficientes para inovar em educação médica? Que tipo de médicos pretendem formar? (...)

No momento em que a Constituinte define suas novas políticas nas áreas da Saúde e da Educação e que a Reforma Sanitária, através do SUDS, impõe-se ao País, de baixo para cima, não há justificativa para o adiamento de decisões corajosas.³⁵

Em suas memórias, Clementino Fraga ressalta o papel da Comissão de Ensino Médico na segunda metade dos anos 1980 e, nela, Alice

Reis Rosa representando a ABEM, na resistência à abertura de novos cursos, um embate que se fez contra o Conselho Federal de Educação (CFE) e que conseguiu, ao menos, com apoio do então ministro da Saúde, Carlos San'Anna, a aprovação de um decreto que disciplinava com maior

Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica
VOLUME XXI – NÚMERO 4 – JULHO/AGOSTO – 1989
PUBLICAÇÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DA ABEM
ISSN Nº 0101-9848

EDITORIAL

Acontecerá no período de 8 a 14 de outubro próximo mais um Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, será o XXVII e ocorrerá em Manaus sob a coordenação da Faculdade de Ciências da Saúde da Fundação Universidade do Amazonas.

A ABEM tem servido de cenário durante já um longo tempo para amplas discussões sobre os múltiplos aspectos do Ensino Médico no Brasil e nas Américas. Mais uma vez será perseguida a postura já amadurecida de que teremos que EDUCAR PARA A DEMOCRACIA. Democracia entendida como um processo em construção. Há neste sentido convicções já formuladas a custa da própria vivência de nosso cotidiano: a formação liberal apoiada em currículos tecnocêntricos não respondeu e nem responderá aos interesses e à realidade de Saúde da maioria dos brasileiros; a formação do médico necessita estar vinculada aos Serviços consubstanciados no Sistema Único de Saúde. A atenção à Saúde hierarquizada, descentralizada, com acessibilidade universal, com orçamentação integrada, municipalizada e com controle social, é um instrumento concreto em direção a uma nova atitude na formação de Recursos Humanos em todos os níveis. A Universidade, por sua vez, não deve ser apenas uma expectadora solene frente aos rumos que a sociedade propugnou durante a memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde. A construção destes caminhos na direção do SUS será elaborada, concomitantemente, pelas instituições empregadoras e formadoras do pessoal habilitado e profissionalizado.

Há fatos tangíveis que serão trabalhados durante nosso XXVII Congresso, tais como: Legislação em Saúde e Educação frente a nova Constituição; realidade político-sanitária e propostas de Medicina Integrada e Ecológica para a Região Amazônica.

Enfim acreditamos que durante este Congresso projetaremos ações mediatas e imediatas para a NOVA EDUCAÇÃO MÉDICA em base epidemiológica e reorganizada conforme os indicadores sociais já tantas vezes reclamada pela comunidade Nacional.

Nós, da Universidade do Amazonas – Faculdade de Ciências da Saúde – ficaremos muito lisonjeados e agradecidos com a presença dos participantes do Congresso em Manaus, epicentro deste fantástico mundo biogenético que é a Amazônia.

Joaquim José de Melo
Presidente XXVII Congresso Brasileiro de Educação Médica

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA
I SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO MÉDICA DA AMAZÔNIA INTERNACIONAL
8-14 DE OUTUBRO DE 1989
MANAUS – AM
Tema Central: A REFORMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA EXIGIDA PELA CONSTITUIÇÃO

- Legislação de Saúde
- Legislação da Educação
- Recursos Humanos em Saúde no Brasil

B. Assoc. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, XXI (4) julho/agosto – 1989

EDUCAR PARA A DEMOCRACIA

Os núcleos regionais da Abem

Núcleo Nordeste – Implantado na Faculdade de Ciências Médicas, em Recife, em fevereiro de 1980, o primeiro coordenador foi Fernando Figueira. Compreendia as faculdades de medicina do Ceará até a Bahia. Em 2019 esta regional se dividiria em duas.

Núcleo Sul – Implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em março de 1980, o primeiro coordenador foi Nilo Galvão. Compreendia as faculdades do Paraná até o Rio Grande do Sul. Em 1997, esta regional se dividiria em duas.

Núcleo São Paulo – Implantado em agosto de 1980, não há apontamento de sua sede, foi designada uma comissão formada por Octávio Ribeiro Ratto, Mário Ramos de Oliveira e José da Silva Guedes. A comissão foi presidida pelo primeiro e deveria apontar um nome para coordenador. Compreendia as faculdades de São Paulo e do Mato Grosso do Sul.

Núcleo Centro-Oeste – Implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte, em setembro de 1980, o primeiro coordenador foi Luiz de Paula Castro. Compreendia as faculdades de Minas Gerais e Goiás. (Importante que no ano de 1982 este núcleo passa a ser Núcleo Minas Gerais.)

Núcleo Norte – Implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, em Belém, em novembro de 1980, não há apontamento sobre o primeiro coordenador. Compreendia as faculdades do Amazonas até Piauí e Mato Grosso.

Núcleo Sudeste – Implantado na Diretoria Executiva da ABEM, não há apontamento do mês de implementação, apenas ano de 1980. Compreendia as faculdades de Rio de Janeiro e Espírito Santo. (Importante, esse núcleo aparece denominado tanto como Sudeste quanto como Rio de Janeiro/Espírito Santo.)

Núcleo Goiânia – Implantado no ano de 1982, o primeiro coordenador foi Celmo Celeno Porto. Compreendia as faculdades de Goiás e Brasília. (Importante que no ano de 1982 este passa a ser Núcleo Centro-Oeste.)

rigor a criação de novos cursos.³⁶ A assembleia de 1988 aprovou moção apresentada pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) contra a abertura de novas escolas médicas. Além disso, a diretoria renovou seu compromisso neste sentido, e o professor Benedictus Philadelpho citou o boicote sofrido pela ABEM por esta postura, deixando de ser chamada pelas autoridades para reuniões que tratam da educação médica, fato que o fez solicitar menção de louvor à diretoria por “ter sobrevivido, apesar do boicote em todos os setores”.³⁷ O assunto seria motivo de nova moção na assembleia do COBEM de 1989.³⁸

Ainda na assembleia do COBEM de 1988, pela primeira vez propôs-se uma aluna, Suzane Gerulti Kuma, da faculdade de medicina da UFRGS e representante da DENEM, para assumir o cargo de assessora estudantil na diretoria da ABEM. O tema já havia sido motivo de discussão na assembleia do COBEM de 1987, quando se afirmou a admissão de representantes discentes nos núcleos regionais.

Foi durante a presidência de Frederico Simões Barbosa que os seminários macrorregionais começaram a ser mais estruturados. Segundo o boletim de maio/junho de 1989, o programa visava descentralizar as atividades da ABEM, assim como regionalizar as discussões sobre a Reforma da Educação Médica. Ademais, tais reuniões faziam uma preparação dos temas a serem discutidos no congresso nacional de cada ano.

36 FRAGA Filho, Clementino. “Gestão universitária e liderança do ensino médico”. In: EDLER, Flávio (org.) *Clementino Fraga Filho – Depoimento de um médico humanista*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, pp. 89-90.

37 ABEM, *Ata de Assembleia do XXVI COBEM*, Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1988, p. 03 e 04.

38 ABEM, *Ata do Conselho da ABEM*, Manaus, 13 de outubro de 1989.

Diretorias

1980-1982

Presidente	Clementino Fraga Filho
1° Vice-Presidente	Fernando Figueira
2° Vice-Presidente	Alberto Accioly Veiga
Tesoureiro	Celmo Celeno Porto
1980	Eduardo Vilhena Leite
Diretor Executivo	
A partir fev/81	Alice Reis Rosa
Diretor Executivo	

1982-1984

Presidente	Fernando Figueira
1° Vice-Presidente	Nelson Rodrigues Santos
2° Vice-Presidente	Nilo Milano Galvão
Tesoureiro	Carlos Alberto Salgado
Até Jan/84	Alice Reis Rosa
Diretor Executivo	
A partir fev/84	Célia Lúcia Monteiro de Castro
Diretor Executivo	

1984-1986

Presidente	Adyr Soares Mulinari
1° Vice-Presidente	Oswaldo Luiz Ramos
2° Vice-Presidente	Cid Veloso
Tesoureiro	Alberto Eduardo Cox Cardoso
Diretor Executivo	Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

1986-1988

Presidente	Luiz de Paula Castro
1° Vice-Presidente	Frederico Adolfo Simões Barbosa
2° Vice-Presidente	Cecília Magaldi
Tesoureiro	Guilherme Montenegro Abath
Até Abr.1987	Célia Lúcia Monteiro de Castro
Diretor Executivo	
Até fev. 1988	Heloisa Maria Mendonça de Moraes
Diretor Executivo	
A partir out. 1988	Heitor Vieira de Resende
Diretor Executivo	

1988-1990

Presidente	Frederico A. Simões Barbosa
1° Vice-Presidente	Norberto de Castro Nogueira Filho
2° Vice-Presidente	José Carlos Ramos de Oliveria
Tesoureiro	Danilo Freire Duarte
Até ago. 1989	Heitor Vieira de Resende
Diretor Executivo	
A partir dez. 1989	Sérgio de Almeida Rego
Diretor Executivo	
A partir out. 1988	Heitor Vieira de Resende
Diretor Executivo	



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ATA DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas. A ABEM coordena a implementação da avaliação voltada à implementação do ensino de qualidade com apoio do MEC, entidades médicas e estudantis.

Lei nº 8.080 - Dispõe sobre responsabilidades das diferentes esferas governamentais

Lei nº 8.142 - Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais

Impeachment do presidente Collor, assume Itamar Franco

Eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC)

Plano Collor

2ª Conferência Mundial de Saúde

Plano Real

NOB 91
NOB 93
NOB 96
Estabelece critérios para descentralização

NOAS 2000 - modelo assistencial baseado na promoção da saúde (PSF e ao PACS)

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1998

2000

POLÍTICAS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO MÉDICA/ABEM

CONTEXTO POLÍTICO

População [milhões]:
149,6

Taxa de analfabetismo:
20,1

Mortalidade infantil/00:
45

Mortalidade geral/00:
8

Taxa de Fecundidade:
2,9

Expectativa de vida:
67

IDH:
0,590

Escolas médicas:
99

FOLHA DE S. PAULO

Director de Redação: Otávio Frias Filho • São Paulo, quarta-feira, 30 de setembro de 1992 • Um jornal e serviço Brasil • ANO 72 • Nº 23.191 • Al. Belford Roxo, 425 • Cx. 4.000/92

VITÓRIA DA DEMOCRACIA

IMPEACHMENT

Câmara depõe Collor em ato histórico; presidente responde resultado e Itamar assume



Editoria

Editoria



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

FORUM NACIONAL DO ENSINO MEDICO: 3) Agilizar reuniões nos Estados, com entidades diretamente ligadas ou envolvidas com o Ensino Médico e Setor Saúde. A Comissão reconhece, também, que cada entidade aqui representada oriente as suas filiadas para que se empenhem no contato e se reúna com os setores envolvidos com a educação médica. Nada mais havendo a tratar, eu Antonio Rafael da Silva, Secretário da Sessão, lavrei a presente Ata que vai por mim e pelo Presidente, assinada.

Antônio Rafael da Silva
DR. ANTONIO RAFAEL DA SILVA
Secretário da Sessão

Brasília-DF, 04 de março de 1991.

Itamar Franco
DR. ITAMAR FRANCO
Presidente

Ne...
cerra...
cujos m...
cipação...
eventos...
daqueles...
crítico...
ram em...
Saúde...
anos 6...
tado...
postos...
ca pol...
be". I...
proce...
repas...
panha...
sa en...
(aliá...
difer...
um...
dida...
aga...
"m...
con...
ne...
ter...
há...
aq...
co...
so...
fa...
P...
a...

Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica

VOLUME XXII - NÚMERO 3 - maio/junho - 1990

ISSN Nº 0101-9848

DIRETORIA EXECUTIVA DA ABEM

SAÚDE E EDUCAÇÃO EM TEMPOS DE CRISE

"Se trago as mãos distantes de meu peito
é porque há distância entre intenção e gesto".
Chico Buarque

Pagamos com o subsídio conferido para a construção de hospitais privados! Pagamos com a contribuição social descontada em nossos salários e embutida no preço dos diversos produtos que compramos!

Agora acusam o médico! Pelo discurso em moda o médico é o vilão responsável pelas mazelas da atenção à saúde. É ele que personifica a excrecência das políticas sociais empreendidas nos últimos trinta anos. Ignora-se a ausência de uma verdadeira equipe de saúde. Ignora-se os salários aviltantes que este profissional recebe, não só no setor público mas principalmente no privado. Se o profissional é mal preparado, "abaixo a Universidade Pública", "criem-se exames de proficiência", "ataque-se o suposto excesso de médicos no País!" Ora, já é hora desses assuntos serem debatidos com um pouco de seriedade. Canais e instrumentos para isso não faltam. Falta competência ao empresariado para o debate aberto.

O sistema público de saúde e de formação de médicos não faliu. O que faliu foi o modelo privatizante adotado até hoje. A falência foi da tecnocracia, dos planos e estratégias de gabinete.

As demissões, disponibilidades e outras ameaças que foram colocadas sobre as cabeças do funcionalismo não representam um caminho seguro para o desenvolvimento dos recursos humanos aí alocados. Não se deve cair no erro de pactuando com os omissos, faltosos e ineficientes, mas sempre se aliando com a força vitoriosa da tecnocracia. A solução deve ser buscada no fortalecimento do indivíduo e do interesse pessoal acima do interesse público. Deste modo parece-nos pouco provável que a recuperação do setor público esteja efetivamente em curso. As evidências reforçam a tese Estado-privatista - o mesmo modelo falido de hoje.

... bem deixamos de ouvir as palavras de alento da 8ª Conferência Nacional de Saúde - maiores méritos decorreram da mais ampla participação da sociedade que se tem notícia no Brasil em oficiais - e já começamos a sofrer as pressões que, avessos ao diálogo e ao debate democrático, avessos a comparecer àquele evento e puse-ram a marcha seu projeto contra-hegemônico para a Os mesmos que, principalmente ao longo dos 70 se locupletaram com as benesses do Es-creuderesceram suas atitudes logrando reocupar a administração central através da única prática política que lhes é aficita - "é dando que se recebe". Desta forma, não só conseguiram tumultuar o so do SUDS em inúmeros estados (atrás no se, e etc.), como desencadearam uma ampla campanha de calúnias sobre o processo através da imprensa geral. Denúncias de corrupção de caixa-única não comprovadas até hoje), pulularam nos mais entes estilos ou sotaques.

Com a posse do novo governo, após a vitória de pouco claro discurso neoliberal e de uma bem ur- campanha publicitária, os mesmos oportunistas se rram ao discurso anti-estado que se constituiu em "ust" nas rodas do governo e partiram, deslealmente, tra o setor público de saúde, denunciando sua ine- Acertam a doença mas se omi- nas causas.

Se o setor público não funciona hoje, certamente que se buscar a responsabilidade naqueles que, por om omissão, deixaram-no sucumbir investindo, m recursos públicos, na construção e manutenção do etor privado. A dicotomia público x privado não é als, apesar dos reiterados discursos que aqueles em- resários preferem. A dicotomia existe porque não admítimos a hipótese de que a saúde seja tratada como "supérfluo", acessível apenas aos que podem pagar por ela. Nós já pagamos! Pagamos pela isenção de impostos de empresas do sistema de pré-pagamento!

B. Assoc. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, XXII (3) maio/junho - 1990

REAL, A MOEDA DA ESPERANÇA



O presidente Collor Franco advertiu ontem que utilizará todos os instrumentos constitucionais à sua disposição para garantir a preservação da moeda e o sucesso do Plano Real. "O governo não recuaria e não permitiria que interesses particulares, nem sempre legítimos, se sobrepusessem aos superiores interesses da coletividade", prometeu o presidente ao abrir a reunião ministerial de lançamento da nova moeda, o real. Na opinião de Collor, com a chegada do real, hoje, "o Brasil terá a oportunidade de mudar de forma definitiva o curso de sua História".
Página 5, A, 7 e 9

artado nesta edição:

A DO REAL

Presidente Collor Franco discursa na abertura de lançamento do real

Dólar continua caindo

Página 4

Preços dos combustíveis

Os preços dos combustíveis, a partir de hoje, serão afetados.

O ESTADO DE S. PAULO

Institutos de pesquisas confirmam eleição de Cardoso no primeiro turno



Capítulo 4:

Os anos 1990

EDUCAR PARA A DEMOCRACIA

A espera da contagem
Cardoso afirma seu comprometimento em São Paulo para votar, sob a torcida de militantes; depois, também com a família e promessa de apoiar amanhã em Brasília para Jânio à Justiça

Sondagem de boca-de-urna profetiza vitória de Cardoso no primeiro turno, mas sempre se aliando com a força vitoriosa da tecnocracia. A solução deve ser buscada no fortalecimento do indivíduo e do interesse pessoal acima do interesse público. Deste modo parece-nos pouco provável que a recuperação do setor público esteja efetivamente em curso. As evidências reforçam a tese Estado-privatista - o mesmo modelo falido de hoje.

Tucano vota e se isola com família

O candidato Fernando Henrique Cardoso votou, em tempo de meio-dia e de clima para o Aeroporto de Congonhas, onde embarcou com a família, sem sequer ter sido visto localmente. Cardoso quer se isolar para contemplar a aprovação. O prometido reaparecer amanhã, independentemente do resultado. Página 8 e 9



Governo anuncia hoje preço menor dos combustíveis

O governo anunciou oficialmente hoje a redução dos preços dos combustíveis. O ministro da Fazenda, Celso Garcia, informou que a medida é uma das primeiras a serem tomadas pelo novo governo para garantir a estabilidade econômica e a retomada do crescimento. A medida é considerada uma vitória para o consumidor e para a indústria.

“

(...) na segunda metade da década de 1980, a Abem foi perdendo força e representatividade, principalmente entre os professores mais jovens e entre os alunos. Exigiam-se propostas mais coerentes com as mudanças que estavam ocorrendo na tecnologia, nos serviços, na pedagogia. Reivindicavam-se novos interlocutores que pudessem dar conta da perda do status do médico, de seu crescente assalariamento e competição no mercado de trabalho, e de orientação nos processos por imperícia, negligência ou pretensa falta de ética. No Congresso de Cuiabá, no qual tomei posse como presidente, a entidade vivia um momento de crise institucional. Acredito que o número de participantes daquela reunião tenha sido o menor desde que comecei a participar da associação, nos anos de 1970. Os presentes, com raras exceções, eram sempre os mesmos, e as propostas se repetiam: integração docente-assistencial, treinamento pedagógico do docente, hospital universitário. Enquanto isso, o crescimento exponencial do número de escolas médicas, verificado nas décadas de 1960 e 1970, colocava no mercado de trabalho um número de profissionais muito maior que nos anos anteriores, com qualidade sofrível, conforme denunciado pela classe médica. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e a Associação Paulista de Medicina (APM) dirigiam um movimento que visava impedir o exercício profissional de médicos oriundos de escolas consideradas por eles de qualidade inferior. Propunham um exame para recém-formados que permitisse barrar o registro no Conselho.

Benedictus Philadelpho de Siqueira.
CINAEM – Um pouco de sua história. In: *Cadernos Abem*,
v. 2, junho de 2006, p. 55.

”

Em um artigo de 1998, Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho refletiram sobre a chamada “nova saúde pública”, um debate que foi conduzido pela OMS nos anos 1990. Nas palavras dos autores, tratava-se de propostas do Banco Mundial para a América Latina “que valorizam a eficiência e a eficácia em detrimento da equidade mediante políticas públicas de ajuste macroeconômico e, no setor saúde, através da focalização e da cesta básica de serviços”¹, portanto, políticas residuais e de caráter compensatório. Dessa forma, a ação institucional e estratégica dos participantes do movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1990, manteria as dúvidas e contradições já desenhadas no final dos anos 1970, ou seja, aceitar o financiamento e os projetos de fundações estrangeiras e de organismos internacionais, legitimando a sua lógica “pragmática, prescritiva e intervencionista”, ao mesmo tempo em que se buscava aprofundar as possibilidades de mudança ampliando a rede de serviços básicos e construindo mecanismos de participação popular; ou buscar um caminho para uma efetiva equidade em saúde no qual o SUS, proposto na 8ª CNS e inscrito na Constituição de 1988, seria uma reforma setorial à qual se juntariam as transformações que envolviam os problemas sanitários como um todo, a má distribuição de renda, e a péssima remuneração, distribuição geográfica e formação dos profissionais e dos serviços de saúde.

1 PAIM, J. S.; ALMEIDA F. N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4), p. 299-316, 1998.

2 GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2], p. 551-570, 2010.

Os programas IDA, por exemplo, assim como as primeiras experiências em medicina comunitária, que sempre fizeram parte do COBEM, e o fortalecimento dos departamentos de medicina preventiva, de onde saíram as propostas inovadoras que forcejaram os limites da ditadura militar, configuraram-se, aparentemente, como expressão daquela lógica pragmática, mas também foram os primeiros passos para o aprofundamento das propostas da Reforma Sanitária e para a luta política nos espaços legislativos e executivos das três esferas de poder. É nesse contexto que muitos dos programas IDA,

financiados pela Fundação Kellogg, estimularam a cooperação entre departamentos e profissionais de saúde e permitiram criar serviços de atenção primária com parcerias entre escolas e serviços que, aos poucos, ganhavam características diferentes. Assim, embora pragmáticos em sua origem, muitos desses projetos permitiram aprofundar a crítica contra-hegemônica que o movimento sanitário elaborava em relação ao modelo flexneriano hegemônico. Foi nesse sentido que os programas IDA ganharam tintas novas nos anos 1990, articulando os vetores de formação, atenção, gestão e participação, já que a principal crítica que o movimento sanitário fazia a esses programas era a ausência da comunidade na equação que organizava os serviços². Na nova configuração, a Fundação Kellogg iniciou o programa *Uma Nova Iniciativa em educação das profissões da saúde: união com a comunidade* (UNI). No Brasil, foram implantados 6 dos 23 programas propostos pela Fundação Kellogg, nos municípios de Botucatu (SP), Marília (SP), Brasília (DF), Natal (RN), Salvador (BA) e Londrina (PR).

No COBEM de 1995, realizado em Porto Alegre (RS), em outubro, na mesa-redonda “Contextualização do ensino médico em saúde pública”, que teve como presidente Luís Carlos Bodanense e como relator Isidoro Papadopoulos, José Lúcio Machado apresentou a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu, cujo processo de reformulação curricular se iniciara em 1988 e estava sendo concluído neste ano:

Em meio a esse longo processo de reforma, como catalisador das mudanças, surge a possibilidade de entrarmos no Projeto UNI e realizarmos suas atividades em Botucatu. O projeto surge com uma concepção diferente, que avança o conceito de integração docente-assistencial, colocando a comunidade como sujeito do processo. O UNI, como outros 22 que existem na América Latina, é um projeto de parceria que envolve a universidade, os serviços de saúde e a comunidade, representados por uma série de entidades. (...)

Em Botucatu, a rede de serviços de saúde conta com 11 centros de saúde, um ambulatório regional de especialidades, um ambulatório regional, dois hospitais gerais comunitários de nível secundário, hospital psiquiátrico, já em desativação, e o Hospital de Clínicas da faculdade.

*Hoje, o projeto coloca atividades dos cursos de graduação de Medicina e Enfermagem, inseridas na prática junto dos serviços de saúde. Temos, após dois anos, a instalação de programas em todas as unidades básicas de saúde da cidade, práticas no ambulatório regional, no hospital secundário e algumas no Hospital de Clínicas.*³

Ressalte-se o conjunto de frentes nas quais atuavam os defensores da Reforma Sanitária e da transformação das escolas médicas: acordos com organismos internacionais para cumprimento de experiências inovadoras; ocupação de espaços de elaboração de leis nas três esferas de poder, mas, principalmente, na Constituinte e, depois, na regulamentação e normatização do SUS; ocupação de espaços de execução de propostas de municipalização dos serviços de saúde em atenção primária a partir de secretarias municipais e estaduais, algumas pioneiras na construção de canais de diálogo com a comunidade e de participação popular na organização e gestão dos serviços; espaços acadêmicos nos quais, além da produção científica que ancorava as mudanças desejadas, também se articulava ensino, pesquisa, extensão e serviços de saúde; e todas essas frentes de disputa política eram também objeto de disputas no COBEM, em que eram apresentadas e debatidas as experiências novas e a legislação para o SUS.

No COBEM de 1992, realizado em Londrina (PR), no mês de novembro, Haroldo Ferreira, então presidente da Fundação Nacional de Saúde (FNS), apresentou a conferência de abertura intitulada “Os desafios para a educação médica frente às conclusões da 9ª CNS”. O autor resumiu a trajetória de democratização da saúde no Brasil, indicando os agentes sociais e institucio-

nais atuantes, a trajetória de regulamentação do SUS e os problemas elencados pela 9ª CNS (1992), que deveriam ser enfrentados nos próximos anos. É interessante ler na íntegra, porque se trata de texto escrito em meio às lutas e que resume as pautas que seriam incorporadas pela ABEM (reprodução na página ao lado).

Eram tempos de Fernando Collor de Mello e de avanços da ideologia do “bom mercado alocador de recursos”, nos quais as conquistas do SUS foram resultado de muita luta, desde os vetos feitos pelo presidente na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), passando pela movimentação política que permitiu reconquistar o que havia sido perdido nos vetos com a Lei 8.142 e pelas dificuldades de se incorporar o INAMPS ao Ministério da Saúde, o que ocorreu em 1993, no governo de Itamar Franco.⁴ A 9ª CNS significou mais um importante passo na construção institucional do SUS, pois havia sido postergada por Collor e, por fim, em 1992, conseguiu aprofundar as diretrizes da 8ª CNS no que diz respeito ao processo participativo e ao papel dos Conselhos e municípios na estrutura do SUS.

Nesses anos 1990, a ABEM continuaria sua trajetória em defesa de uma reforma efetiva da educação médica, e não apenas em experiências isoladas pelos brasis, por isso, como arena pública de debates, dentro dela se manifestavam grupos ideologicamente distintos, que expressavam relações de poder e disputavam politicamente as aproximações e distanciamentos em relação às esferas. Se os temas do COBEM eram, no mais das vezes, decididos pela diretoria, havia propostas e experiências apresentadas nos temas livres que reforçam o argumento acerca da pluralidade de intenções presentes nos congressos, assim como os espaços das assembleias foram, ao longo dos anos 1980 e 1990, ocupados também por estudantes, residentes e grupos dissidentes em relação à diretoria eleita. A constituição da *Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas* (CINAEM), proposta no COBEM de Cuiabá e criada em 1991

3 MACHADO, J. L. Realidade educacional. Como mudar? In: ABEM, *Anais do XXXIII COBEM*, Porto Alegre, 22 a 27 de outubro de 1995, p. 92-93. A mesa-redonda contou ainda com apresentações de Eno Dias de Castro Filho, que criticou a formação baseada em soluções particularistas e liberais, Gastão Wagner, que criticou o ensino intramuros, hospitalar e especializado precocemente e defendeu a formação do médico articulada às necessidades do SUS, e Moacyr Scliar, que contou sua experiência como residente na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, para fundamentar sua crítica à separação entre medicina individual/curativa e saúde pública, que deveria ter sido superada pela criação do SUS.

4 Cf. FALEIROS, V. P.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVA, J. F. S.; SILVEIRA, R. M. G. (org.) *A construção do SUS...* Op. cit. Os depoimentos recolhidos pelos organizadores permitem acompanhar a movimentação dos atores sociais para reverter a derrota na primeira Lei Orgânica, o que foi conquistado.

a partir de iniciativa da ABEM e do CFM, para avaliar o ensino médico considerando as novas imposições que a fundação SUS sugeria, talvez seja a maior expressão do engajamento da ABEM, assim como das contradições evidentes nas ações do “sanitarismo de resultados”⁵. Este, atuando gradual e tecnicamente nos espaços de governo e de disputa política desde os primeiros anos da abertura, aprofundou a crítica ao modelo previdenciário de saúde, formatou a proposta do SUS e da Reforma Sanitária e contribuiu para transformações nos currículos das escolas médicas⁶.

É de se destacar, neste contexto de enraizamento do SUS, as participações de responsáveis pelas primeiras mudanças na organização e oferta de serviços de saúde municipalizados e participativos nos congressos da ABEM. Nelson Rodrigues dos Santos, por exemplo, secretário de Saúde de Campinas entre 1983 e 1988, participou de painéis nas edições do COBEM de 1980 e 1983, sempre discutindo cenários de atuação e de formação dos médicos nos serviços da rede de saúde local. No mesmo sentido, membros de sua equipe em Campinas, como Carmen Lavras e Domênico Feliciello, da PUCAMP, participa-

5 PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira*.... Op. cit., p. 184. É de se destacar o papel do CONASEMS em todo este contexto de reversão da derrota na Lei Orgânica e de organização da 9ª CNS.

6 FALEIROS, V. P.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVA, J. F. S.; SILVEIRA, R. M. G. (org.) *A construção do SUS*... Op. cit. Neste livro, o depoimento de Sônia Fleury tipifica o argumento que desenvolvemos aqui: “Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia. Aqueles mais à esquerda achavam que tinha que ser estatal e aí a gente começa a perceber que era impossível, que era melhor negociar e incorporar o setor das filantrópicas”. (p. 93)

OS DESAFIOS PARA EDUCAÇÃO MÉDICA FRENTE ÀS CONCLUSÕES DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Haroldo Ferreira *

Quero em nome do Dr. Jamil Haddad, Exmo. Ministro de Estado da Saúde, a quem tenho a honra de representar, agradecer à Comissão Organizadora deste XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, pelo convite feito ao Sr. Ministro para proferir a Conferência de Abertura deste Evento. Discorrendo sobre o tema: As Conclusões da IX Conferência Nacional de Saúde e os desafios da Educação Médica. Em virtude de motivos alheios a sua vontade, de extrema relevância, impediram a sua presença nessa abertura. Incumbiu-me, porém, Dr. Jamil Haddad que transmitisse à ABEM e à UEL, o seu apreço e desejos de absoluto sucesso nesse evento.

Antes de abordar diretamente o tema proposto pela comissão organizadora, gostaria de dizer da propriedade e oportunidade da realização desse Congresso em Londrina, e que o mesmo não se trata de mera coincidência mas sim de um fato - pois Londrina, é um município que está inscrito na história do Movimento Sanitário Brasileiro, na luta pela reforma sanitária, pela democratização da saúde e lembro-me bem dos idos do final da década de 70, no 1o. Simpósio Nacional de Política da Saúde da Câmara dos Deputados, e lá estava o Dr. Márcio José de Almeida, apresentando um grupo de trabalho específico as experiências do Projeto de Municipalização da Saúde de Londrina.

Permita-me, também, Srs. e Sras., fazer um breve retrospecto da luta pela democratização da Saúde, que foi também uma luta para a democracia política do nosso país, contra a Ditadura, pela liberdade individual e coletiva, seja nas universidades, no Congresso, no CEBES, ABRASCO e outras entidades da sociedade civil organizada, desembocando na 8a. CNS, em Brasília, em 1986, sendo o marco histórico, que norteou os trabalhos na Constituinte e inseriu no texto da Constituição Federal, saúde como um direito de todos e dever do Estado, através da implantação e implementação do SUS, com descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, atendendo os princípios de universalização e equidade.

Em seguida se escreveram as Constituições Estaduais e as leis orgânicas municipais tendo por referência o Capítulo da Saúde da Constituição Federal.

Na seqüência veio a regulamentação do texto constitucional através da Lei Orgânica da Saúde, Lei no. 8.080 e Lei no. 8.142, que disciplina os repasses de recursos a estados

e municípios, assim como disciplina o Controle Social através dos Conselhos de Saúde nas 3 esferas do governo.

Nesta seqüência histórica realizou-se, de 9 a 14 de agosto de 1992, em Brasília a IX Conferência Nacional de Saúde.

Os temas centrais na IX CNS, foram:

- Sociedade, Governo e Saúde;
- Seguridade Social;
- Implementação do SUS; e
- Controle Social.

Foi produzida, neste Evento a carta da IX CNS à sociedade Brasileira destacando:

- Em defesa da vida e da ética; e
- Fora Collor.

A IX CNS, entendeu que o quadro de saúde vivido pela população brasileira caracteriza-se, particularmente, por:

- completo desrespeito à vida, evidenciado pelos inaceitáveis indicadores de saúde: baixa expectativa de vida, alta mortalidade infantil, alta mortalidade materna, elevado grau de desnutrição infantil, elevado número de acidentes de trabalho com milhares de mortes e incapacidade permanente;
- inaceitáveis diferenças regionais e étnicas dos indicadores de saúde, revelando os diferentes padrões de cidadania, conforme o grau de desenvolvimento regional e a renda;
- permanência significativa, e em alguns casos crescente, de numerosas doenças evitáveis por conhecimentos e técnicas disponíveis e acessíveis: diarreia, tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, esquistossomose, tétano, filariose, sarampo, leishmaniose, cárie dental;
- ressurgimento de “velhas doenças”, tidas como controladas: cólera, dengue, febre amarela;
- crescimento dramático da importância de doenças chamadas “do desenvolvimento”: doenças cardio-vasculares, neoplasias, doenças mentais, alcoolismo e principalmente, a violência, observada nas ruas, no trabalho, no campo e aquela imposta aos povos indígenas;
- surgimento da AIDS, em plena ascensão, com ausência de uma política pública de prevenção e controle.

Esse quadro é facilitado pela precariedade de saneamento básico que leva a que 70 milhões de pessoas não disponham de esgoto sanitário.

À realidade da doença, soma-se a doença do Sistema de Saúde que tem, entre outros, os seguintes sintomas:

- insuficiente cobertura assistencial, que se agrava dramaticamente, nas regiões e áreas mais carentes;

* Presidente da Fundação Nacional de Saúde.

ram de mesas-redondas e oficinas de trabalho no COBEM de 1991, em Campinas. Nelsão, como era conhecido, em poucas palavras, indicou os meandros da normatividade própria da política, cujo aprendizado fez parte da atuação dos sanitaristas que se propuseram a ocupar espaços institucionais, por um lado, mas, por outro lado, seu depoimento também nos permite entrever os limites impostos pelo *imobilismo em movimento* característico da experiência política brasileira a partir do processo de abertura dos inícios dos anos 1980:

O “pulo do gato”, que não foi urdido nem previsto, pois a prática ensinou, foi o casamento do movimento social com o poder legislativo, o que foi fatal para os conservadores. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve um dos seus grandes momentos quando teve a competência de respeitar e entender o pulsar do poder legislativo, o que é a cultura política do poder legislativo, entender o poder legislativo como real caixa de ressonância da sociedade, entender que o poder legislativo não é a simples soma dos parlamentares, de extrações das mais diversas, desde parlamentares mais ideologizados, até parlamentares mais fisiológicos, mais vendidos, corruptíveis ou corruptores, venais ou não venais, religiosos, éticos.⁷

Fisiológicos, venais, corruptíveis e corruptores, faziam parte daquilo que, à época da Constituinte e entrados os anos 1990, assim como ainda hoje, convencionou-se chamar de “centrão”: o conjunto de deputados cujas ações, movimentando-se entre as estruturas que articulam recursos públicos e suas bases de poder, podem, em determinados momentos e de acordo com a correlação de forças do Parlamento e a movimentação da sociedade civil, apoiar projetos mais progressistas e cimentar os passos lentos por meio dos quais foi edificada a trajetória do SUS e da Reforma Sanitária brasileira, ainda em construção. Mas também constituem o grupo contra o qual é preciso forcejar os limites das estruturas de poder controlado por interesses econômicos que, no caso aqui estudado,

manifestavam-se nas campanhas de descrédito do SUS, de enaltecimento das ações curativas de convênios privados de saúde e na resiliente manutenção do binômio consultório/hospital no sistema de saúde brasileiro, mesmo depois do SUS. Jairnilson Paim, analisando os anos de Itamar Franco na presidência (1992-1995), após o *impeachment* de Fernando Collor de Mello, afirma:

Entretanto, alguns fatos novos ocorridos nesse momento pareciam reforçar o SUS: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da saúde, reconhecendo as diversidades das situações (NOB-93); experimentação de modelos assistenciais alternativos, por governos estaduais e municipais; reativação de certos movimentos de cidadania (luta contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência etc.). (...)

Nesse período, observa-se a expansão da assistência médica supletiva (MAS), com diversificação de planos de saúde para os consumidores e diferenciação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços médicos, além das pressões da indústria farmacêutica. O ministro da Saúde, Jamil Haddad, chegou a denunciar uma campanha para desestabilizá-lo, acusando a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma) como mentora dessa ação. Verifica-se, também, um loteamento dos chamados cargos de confiança entre partidos, facções e grupos políticos, no âmbito e o uso da saúde nas barganhas políticas, ameaçando a credibilidade do SUS perante os trabalhadores de saúde e a população, ao ponto de atingir áreas de grande importância como a vigilância sanitária e as internações hospitalares.⁸

Por trás de todo o debate havia o problema do financiamento da saúde, pois era preciso organizar a transferência de recursos e de servidores para as novas estruturas do SUS. A Norma

7 FALEIROS, V. P.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVA, J. F. S.; SILVEIRA, R. M. G. (org.) *A construção do SUS...* Op. cit., p. 91.

8 PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira...* Op. cit., p. 195-196.

9 FALEIROS, V. P.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVA, J. F. S.; SILVEIRA, R. M. G. (org.) *A construção do SUS...* Op. cit., p. 128-129. Neste mesmo livro, destaca-se o papel da NOB-96 na redefinição das responsabilidades do gestor municipal, dos estados, do Distrito Federal e da União, o que seria facilitado pela introdução do Cartão Nacional de Saúde (Cartão-SUS). Cf. p. 170-171.

10 Cabe lembrar que se chegou a discutir a continuidade da ABEM na reunião do Conselho de outubro 1991. Cf. ABEM, *Ata da reunião do Conselho da ABEM*, 11 de outubro de 1991, p. 03.

11 Cabe citar: Plano Cruzado, em 1986 (depois Cruzado Novo), Planos Collor I e II, entre 1990 e 1992. O Plano Real, em 1994, seria o primeiro a efetivamente controlar a inflação e equilibrar minimamente os processos produtivos e financeiros. Sobre o assunto: FERREIRA, J.; DELGADO, L. A. N. *O Brasil republicano: O tempo da Nova República – Da transição democrática à crise política de 2016* (vol. 5). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

Operacional Básica de 1993 (NOB-93) estabeleceu “parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal”, além de estabelecer formas de gestão do sistema por meio de uma reorganização institucional e de práticas concretas de controle social pelos conselhos nas três esferas de poder. Em tempos de Consenso de Washington, o SUS foi, de fato, uma ousadia dos sanitaristas e dos brasileiros que por ele lutaram institucionalmente, e os passos dessa ousadia, seus avanços e recuos, podem ser refeitos nos debates do COBEM.

Quando assumiu a presidência da ABEM em 1990, como se pode ler no trecho reproduzido na abertura deste capítulo, Benedictus Philadelpho de Siqueira considerou que a entidade estava em uma fase de retrocesso, “perdendo força e representatividade”, já que não conseguia responder a questões importantes daquela conjuntura, como o papel da tecnologia na formação médica, a reorganização dos serviços e os encaminhamentos pedagógicos necessários.¹⁰ De fato, se considerarmos o número de presentes nos congressos, a afirmação é assertiva: sempre entre 100 e 200 nas décadas de 1960 e 1970, chegando a 337 em 1982, caindo para 280, 210 e 250 respectivamente em 1988, 1989 e 1990, e alcançando 402 em 1996. Ocorre, no entanto, que ao observar as moções das assembleias e os conteúdos dos debates dos anos 1980, é possível afirmar uma forte militância da ABEM no movimento da Reforma Sanitária, e não apenas porque muitos dos seus defensores, além de membros do governo e acadêmicos, participavam dos congressos e da diretoria, mas porque a entidade continuava formando parte de iniciativas para regulamentação do internato e da residência e para renovação dos currículos médicos em acordo com os debates da 8ª CNS, como demonstrado no capítulo anterior.

O fato é que os anos de inflação e desorganização econômica, inclusive pelos diferentes

planos falhados de recuperação¹¹, produziram efeitos negativos nas finanças da entidade, o que parece ter sido fator de descontinuação de boletins (em 1991 e 1992, assim como em 1994 e 1995, não encontramos nenhum) e de não publicação dos anais de algumas edições do COBEM (caso de 1988 e 1989), ou mesmo de publicação apenas parcial, como ocorreu em 1990 e 1991, quando se publicaram apenas os resumos das apresentações dos inscritos nos temas livres, e não os debates e falas das mesas-redondas e conferências com relatórios finais. De qualquer forma, é interessante observar os temas das mesas-redondas, seus presidentes, relatórios e debatedores, porque anunciam posicionamentos e escolhas da diretoria, além de articulações políticas. Vejamos a programação dos congressos de 1990 e 1991.

COBEM 1990

Abertura

Ministro da Educação	Ministro da Saúde
Reitor da UFMT	
Governador do Estado de Mato Grosso	
Presidente da ABEM	
Representante da OPAS	
Secretário de Estado da Saúde – MT	
Coordenador do CCBS/UFMT	
Chefe do Departamento de Medicina	
Representante da Fundação Kellogg	
Presidente do Congresso	Representante Discente

MESA-REDONDA: Pesquisa em Educação Médica

Presidente	Francisco Mário M. Fortes	UFMT
Relator	Paulo Eduardo Assi	UFMT
Expositores	Dejano Tavares Sobral	UnB
	Jose Roberto Ferreira	OPAS
	Lilia Blima Schaiber	USP
	Sergio de Almeida Rego	ABEM

CONFERÊNCIA: O Papel do Hospital de Ensino na Graduação em Medicina

Conferencista	Benedictus Philadelpho de Siqueira	UFMG
Debate em plenário		
Presidente	Serafim Domingues Lanzieri	UFMT
Relator	Francisco Jose Dutra Souto	UFMT
Debatedores	Antônio José Santos Peçanha	MEC
	João José Cândido da Silva	Conselho Nacional de Saúde
	Benedictus Philadelpho de Siqueira	UFMG

MESA-REDONDA: Análise Crítica da Incorporação Tecnológica nos Serviços de Saúde

Presidente	Severino Marcio Meirelles	UFMT
Relator	Helio Borba Moratelli	UFMT
Expositores	Eugenio Villaça	OPAS
	Geraldo Giovanni	UNICAMP
	Reinaldo Guimarães	UERJ
	Ricardo Ackel	Ministério da Saúde

MESA-REDONDA: A Incorporação Tecnológica suas Implicações para a Educação Médica

Presidente	Severino Marcio Meirelles	UFMT
Relator	José Eduardo A. S. do Nascimento	UFMT
Expositores	Adib Jatene	USP
	Antônio Cândido de Carvalho	UFMG
	Heonir Rocha	UFBA
	José Paranaguá de Santana	OPAS

COBEM 1991

Componentes da Mesa de Abertura	Cargo
Jacó Bittar	Prefeito de Campinas
Eduardo José Pereira Coelho	Presidente do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB)
Carlos Vogt	Reitor da UNICAMP
Nader Wafae	Secretário Estadual de Saúde/SP
Luiz Alberto Magna	Diretor da FCM/UNICAMP
Elza Cotrim Soares	Presidente do 29º Congresso da ABEM/ UNICAMP
Benedictus Philadelpho de Siqueira	Presidente da ABEM
Antônio Celso Nunes Nassif	Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB)
Roberto D. Gabriel Chabo	Presidente da Federação Nacional dos Médicos
Ivan de Moura Fé	Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM)
Jorge de Marsillac	Presidente da Academia Nacional de Medicina
Carlos Eduardo Malhado Baldijão	Presidente do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES)
Alexandre Rocha Padilha	Presidente do DENEM
Roberto Godoy	Presidente do CREMESP
Laerte Andrade Vaz de Melo	Presidente do CREMERJ
Celso Guerra	Presidente da Associação Paulista de Medicina (APM)

CONFERÊNCIA: Protocolo Nacional Sobre a Avaliação do Ensino Médico

Conferencista	Benedictus Philadelpho de Siqueira	Presidente da ABEM
----------------------	---	--------------------

MESA-REDONDA: Avaliação da Formação Médica e do Exercício Profissional

Coordenador	Joaquim José de Melo	Núcleo Regional Norte
Secretário	João Henrique G. Scatena	UFMT
Participantes	Irene Abramovich	CFM
	Roberto Godoy	CREMESP
	Adib Jatene	FM/USP
	Gilson de Carvalho	Secretário da Saúde de São José dos Campos
	Ricardo Kuchembecker	DENEM
	Luís Alberto Magna	FCM/ UNICAMP

Oficina de Trabalho para discussão sobre o tema

Coordenadores de Grupo	José Murilo R. Zeitone	USP
	Luiz Maria Pinto	PUCAMP
	Júlio Roberto Correa	FCM-Marília
	Marcos Lindenberg Neto	FM-Taubaté
	Roberto Godoy	CREMESP
	Carmem Cecília de Campos Lavras	PUCAMP
Relatores	Maria Cecília de Latorre	FM-Marília
	Marilisa Berti de Azevedo Barros	FCM- UNICAMP
	Ronan José Vieira	FCM- UNICAMP
	Paulo Vicente Bonilha Almeida	FCM/ Residência/ UNICAMP
	Regina Stella	EPM
	Gabriel Oselka	CFM/USP

CONFERÊNCIA: A Formação Médica e o Exercício Profissional

Conferencista	Roberto Piccini	Coord. Núcleo Regional Sul
----------------------	-----------------	----------------------------

MESA-REDONDA: Fatores Determinantes da Formação Médica e do Exercício Profissional*

Coordenador	Edith da Rocha Cordeiro	UFPE
Secretário	Paulo Eduardo Moreira R. da Silva	HC/UNICAMP
Participantes	Geraldo Giovanni	UNICAMP
	André Médici	IBGE
	Ruy Bevilacqua	FUNDAP
	Isaias Raw	Instituto Butantan/SP
	Gastão W. de Souza Campos	UNICAMP
	Geraldo Noronha de Andrade	Departamento de Hospitais/ ABEM

* Os temas de discussão para esta mesa-redonda foram: O Papel da Tecnologia e do Complexo Médico Industrial; O Mercado de Trabalho; A Capacitação Docente e da Escola Médica; A Participação dos Serviços de Saúde e do Sistema de Saúde; O Papel dos Hospitais Universitários

Oficina de Trabalho para discussão sobre o tema

Coordenadores de Grupo	Dejano Tavares Sobral	UnB
	Nildo Alves Batista	FM-Santo Amaro
	Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues	FMRP/USP
	Luiz Carlos João	FM-ABC
	Maria Graça Garcia Andrade	UNICAMP
Relatores	Emerson Merrhy	UNICAMP
	Aníbal Vercesi	UNICAMP
	Vilma Clóris de Carvalho	UNICAMP
	Maria Aparecida Moisés	UNICAMP
	Lilia B. Schraiber	USP
	Regina Célia Spadari	UNICAMP

**CONFERÊNCIA: A Política de Educação Médica:
Panorama Atual e Perspectivas Futuras**

Conferencista João Amilcar Salgado

MESA-REDONDA: Fatores A Política de Educação Médica**

Coordenador	William Saad Hossne	UNESP
Secretário	Ricardo Brandt Oliveira	FMRP/USP
Participantes	Domenico Feliciello	PUCAMP
	Márcio José de Almeida	UEL/CEBES
	Antônio dos Santos Peçanha	SENESU/MEC
	Hélio Egidio Nogueira	EPM/ Hosp. São Paulo
	Alcides Silva Miranda	ANMR
	Eduardo José Pereira Coelho	CRUB

** Os temas de discussão para esta mesa-redonda foram: Ensino Privado e Ensino Público; A Política de Educação Médica e Saúde; A Política do MEC para os Hospitais Universitários; O Papel dos Hospitais Universitários e da Rede de Serviços; Integração Ensino/Serviço; Financiamento do Ensino Superior.

Oficina de Trabalho para discussão sobre o tema

Coordenadores de Grupo	Walter Luiz M. J. da Fonseca	ABEM/RJ
	José Carlos Ramos de Oliveira	UNICAMP/PUCAMP
	Edson Nunes de Moraes	FM-Santa Maria
	Fernando Lopes Gonçalves Júnior	UNICAMP
	Domenico Feliciello	PUCAMP
	Relatores	Ana Maria Segall Correa
	Glória Maria Braga Potério	UNICAMP
	Roberto Jarbas Toledo	UNICAMP
	Gustavo Tenório	UNICAMP
	Maria de Lourdes V. Rodrigues	FMRP/USP

Os temas desenvolvidos nessas duas edições do COBEM, assim como o enorme trabalho com o Programa EMA, os debates sobre o papel do MEC no financiamento dos leitos-ensino nos hospitais universitários e sobre o papel da rede de serviços na educação médica, permitem afirmar que a entidade se manteve nos debates e em proximidade com o governo e os organismos internacionais, mesmo que constrangida por recuos políticos, como durante o governo Collor, e por recuos financeiros, conforme afirmado no Boletim de janeiro/fevereiro de 1990¹² e reiterado nos outros boletins deste ano e nas atas das assembleias de 1990 e 1991. De fato, os anos 1990 foram marcados por discussões sobre a formação de recursos humanos para o SUS, tema especialmente grave considerando os interesses econômicos que se apresentavam nos projetos de abertura de novas escolas médicas, contra os quais a ABEM já vinha se posicionando desde o final dos anos 1980. O editorial do Boletim de março/abril de 1990 (página ao lado) é bastante elucidativo das disputas políticas de então.

O Decreto 98.377 de 1989 regulamentava a criação de novos cursos superiores na área da saúde e acompanhava o texto constitucional de 1988, já que este afirmava que competiria ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, portanto, caberia ao SUS estabelecer regramentos a partir das quais os cursos deveriam ser organizados, considerando seu necessário diálogo com a sociedade, os serviços existentes e aqueles que vinham sendo criados e/ou transformados na lógica do novo sistema unificado. E isso, claro, gerava enormes debates e disputas que se evidenciam, também, nos boletins da ABEM. Se o editorial reproduzido permite conhecer o posicionamento da diretoria contra os interesses econômicos de supostos “educadores” que pretendiam apenas aumentar seus lucros, também havia, entre os médicos, aqueles que consideravam que as escolas deveriam ter

12 ABEM, 1990-Novas Perspectivas. In: Boletim, volume XXII, jan./fev. 1990, p. 01.

Os anos
1990 foram
marcados por
discussões
sobre a
formação
para o SUS e
os interesses
econômicos
na abertura
de novas
escolas.



*Ense petit placidam
sub libertate quietem*

Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica

VOLUME XXII – NÚMERO 2 – MARÇO/ABRIL – 1990

PUBLICAÇÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DA ABEM

ISSN Nº 0101-9848

NOVAS ESCOLAS NA SAÚDE — UMA PROPOSTA CORPORATIVISTA?

(ou de como fazem lobby sem compromisso com a verdade)

Impressiona a todos nós, docentes, alunos, pedagogos e investigadores, as afirmações que vêm sendo veiculadas na imprensa (embora creditadas sistematicamente a "fontes" ou "assessores" do Ministério da Educação) a propósito do Decreto nº 98.377/89, que regulamenta a criação de novos cursos superiores na área da saúde. Com a clara intenção de indispor a opinião pública com o referido decreto, estes "assessores" partem descaradamente para a falsidade e a contra-informação. Alegam estes não identificados "assessores" (na realidade bem pagos lobistas) que a proposta de delegar ao Sistema Único de Saúde participação na decisão sobre a criação de novos cursos seria uma atitude corporativa! Quanta má fé existe nesta informação! Na realidade, a própria Constituição prevê, em seu artigo 200, que compete ao S.U.S. "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde".

Nós, da ABEM, dedicamo-nos, ano passado, ao exaustivo debate sobre este e outros aspectos da nova Constituição. Foram sete seminários regionais (regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste e Rio de Janeiro/Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo). Logramos obter a mais ampla representatividade nos debates, inclusive com a participação dos Poderes Executivos Federal, Estaduais e Municipais. Alcançamos, no nosso Congresso em Manaus, última etapa das discussões programadas, o coroamento destas reflexões integradas da Saúde e da Educação.

Em meio a este processo e entendendo que a pressão política efetuada por "educadores" interessados em ampliar seus lucrativos negócios e que pleiteavam pela não renovação da proibição de criação de novos cursos se configurava como irresistível para um governo em fim de mandato, os especialistas na formação de Recursos Humanos para a Saúde, reunidos nas Associações Brasileiras de Educação Médica, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de Ensino Odontológico, de Enfermagem, de Ensino de Farmácia e Bioquímica e na Federação Brasileira de Nutrição, apresentaram uma criteriosa proposta que viabilizaria a abertura de novos Cursos (ver Boletim da ABEM, nº 5, 1989) ao Ministério da Educação a fim de subsidiar sua decisão política.

A sensibilidade política e o conhecimento profundo do tema, levaram o então Ministro da Educação Carlos Santana, em conjunto com o Ministro da Saúde Seigo Tsuzuki, a elaborarem o Decreto nº 98.377/89. Longe de ser uma proposta corporativa o que o decreto estabelece são critérios, mínimos, que condicionam a abertura de novos cursos. Exige-se que sejam realizados estudos técnicos, fundamentados cientificamente, que demonstrem a necessidade social, a viabilidade administrativa e financeira do novo curso, além do projeto pedagógico propriamente dito. Parte do processo decisório estaria no SUS (o que mais diretamente lhe diz respeito) e parte no Ministério da Educação.

São estas as exigências que tanto atemorizam os lobistas do ensino e seus prepostos. O empresário sério, disposto a contribuir positivamente com o sistema educacional não tem o que temer. O que não podemos é aceitar, passivamente, a criação de cursos em regiões onde não haja docentes habilitados em número suficiente; é o funcionamento de escolas em municípios que não disponham de uma rede de serviços de saúde capaz de assegurar o treinamento em serviço; é a proliferação de faculdades privadas que dêem lucro mas que vivam de recursos públicos; é a criação de legiões de profissionais mal preparados, incapazes de resolver os mais simples males que afligem nossa população unicamente para satisfazer uma meia-dúzia de cofres.

Queremos critérios e que eles sejam cumpridos! Queremos, com base nesses critérios, também a avaliação dos cursos já em funcionamento, sejam públicos ou privados. Lutamos, enfim, pela qualidade do ensino e por sua democratização. Que as estruturas arcaicas e cartoriais comprometidas com interesses menores dêem lugar àquelas voltadas para as necessidades fundamentais da sociedade.

liberdade para organizar seus currículos, sem tantos regramentos.

No boletim anterior ao do editorial reproduzido, em janeiro/fevereiro de 1990, em artigo intitulado “Discurso e a prática no ensino médico”, Kleber Lincoln Gomes, então diretor da Faculdade de Medicina de Itajubá e presidente da regional mineira da ABEM, afirmava:

Uma resolução, portaria, determinação etc., podia servir a algumas unidades de ensino e/ou assistência, mas não a outras.

Desta forma as faculdades, ou ficariam órfãs das orientações, ou não compreenderiam, ou não teriam como segui-las.

Acredito que, desta forma, o ensino foi se tornando caótico e distante de suas necessidades básicas. O discurso era incompreensível e não podia ser aplicado.

A nosso ver, cada escola deveria ter sua prática voltada às necessidades de seus alunos e sua formação voltada para as necessidades de uma assistência real e eficiente. O uso de modelos “importados” (do exterior ou dos gabinetes do MEC), carece de eficiência, pois esses modelos podem não se adaptar ou não ser compreensíveis à realidade imediata. Caberia aos órgãos competentes apenas o acompanhamento e orientação a partir das próprias necessidades locais. A educação (formação) ideal é aquela que prevê e valoriza os elementos potenciais do indivíduo, acompanhando-os e direcionando-os na sequência do progresso.

Julgamos ser de fundamental importância o estabelecimento de uma autonomia das Escolas na estruturação de seus cursos, disciplinas, regimentos etc. sem a necessidade de apresentação prévia, burocrática ao CFE.¹³

A posição de Gomes poderia significar a possibilidade de uma aproximação maior com as comunidades às quais a escola estava vinculada, o fortalecimento do hospital como cenário

de aprendizagem central ou, ainda, a manutenção do controle das disciplinas e departamentos por grupos isolados que impediam a integração curricular a partir dos serviços locais, e essas eram as questões em pauta. A construção do SUS, como já se debatia na ABEM desde os anos 1980, exigia uma transformação nos currículos da escola médica, a pluralização dos cenários de aprendizagem e uma observação das urgências epidemiológicas e sanitárias dos diferentes lugares dos brasis. E isso deveria ser feito sem prejuízo da pesquisa científica de ponta, e sem que esta significasse um acirramento do processo de medicalização da sociedade de acordo com interesses apenas da indústria farmacêutica. Mas todos esses interesses estavam colocados no interior das escolas e, por isso, ocupavam os espaços de debate na arena da ABEM. Tanto assim que no primeiro boletim citado, de março/abril de 1990, há um artigo de José Paranaguá de Santana, à época representante da OPAS/OMS/Brasil, em defesa da “Educação continuada nos serviços de saúde”. O autor, que apresentou o texto no painel “Organização da assistência à saúde nos municípios”, em um seminário acontecido em Niterói no contexto de discussão dos resultados da implantação do SUDS, defendeu uma formação continuada que transforme os modos de pensar e agir dos trabalhadores da saúde, já que sua formação os colocava em um lugar de trabalho isolado por especialidade, e não em equipes multiprofissionais de atuação local.¹⁴

As moções apresentadas na assembleia do COBEM de 1990 (página ao lado) explicitam a polissemia que vamos aqui perscrutando. Ao passo que foram expostos os rumos do Programa EMA e se agradece o apoio da OPAS ao congresso, foram propostas moções de apoio e repúdio reveladoras de discordâncias. Benedictus Philadelpho, que então assumia a presidência, propôs moção de louvor ao presidente que deixava o cargo, Frederico Simões Barbosa, que não fora sequer recebido pelo MEC à época da organização do congresso. Além disso, “moção

13 GOMES, K. L. Discurso e prática no ensino médico. In: ABEM, Boletim, volume XXII, jan./fev. 1990, p. 02.

14 SANTANA, J. P. Educação Continuada nos serviços de saúde. In: Boletim, volume XXII, mar./abr. 1990, p. 02.

de preocupação com os rumos que se pretende imprimir à atuação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária"; moção "solicitando apoio da ABEM na participação da delegação brasileira no I Seminário Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde", que aconteceria em 1991 em Havana, Cuba; "moção de repúdio ao pronunciamento de Eurípedes Ferreira, repre-

sentante do Ministério da Saúde e participante da mesa-redonda 'Análise crítica da incorporação tecnológica nos serviços de saúde'; moção de repúdio ao CREMESP pela imposição do exame de competência/qualificação com posicionamento contrário e público da ABEM e com de "voto de decepção" ao senador Fernando Henrique Cardoso por seu apoio ao CREMESP.

ca o andamento do Projeto EMA. Convidar a seguir o Professor Benedictus Philadelpho de Siqueira para participar da mesa. Prof. Philadelpho expõe sobre o rumo seguido pelo Programa EMA/BRASIL e qual o cenário que se dá à educação médica no próximo século. A seguir Prof. Frederico leva ao conhecimento do plenário o acordo feito com a Editora Cortez para confecção, distribuição e venda do livro "Educação Médica nas Américas - O Desafio do Ano 90". Término da primeira parte da reunião. Iniciando a segunda parte o Presidente da ABEM convida para compor a mesa os professores membros da atual Diretoria da ABEM: Nilton de Castro Nequeira Filho - 1º Vice-Presidente; William Saad Hossne e Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca. Apresenta, após, os Relatórios de Atividades da Diretoria e o Financeiro, informando que os mesmos foram aprovados pelo Conselho. Segue-se a leitura das Moções apresentadas: 1) de congratulação e agradecimento à Universidade Federal de Mato Grosso e à Comissão Organizadora do XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica e, em especial, ao Prof. João Henrique Scatena. Aprovada por aclamação. 2) De agradecimento a OPAS, nas pessoas do Prof. Francisco Campos, José Paranaqué de Santana e Roberto Nequeira pelo apoio e estímulo na fase de organização do Congresso. Aprovada. 3) Apresentada pelo Prof. Philadelpho, moção de agradecimento e louvor para Prof. Frederico Simões Barbosa e para a Diretoria pela ética e postura, inclusive com a recusa de ser recebido pelo MEC quando da organização deste Congresso. Aprovada. 4) Moção de preocupação com os rumos que se pretende imprimir à atuação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Aprovada. 5) Moção solicitando o apoio da ABEM na participação da Delegação Brasileira no I Seminário Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde, a ser realizado de 2 a 4/1991 em Havana, Cuba. Aprovada via administrativa. 6) Moção de repúdio ao pronunciamento do Dr. Eurípedes Ferreira, representante do Ministério

da Saúde e participante da Mesa Redonda 'Análise crítica da incorporação tecnológica nos serviços de saúde' Aprovada. 7) Moção de repúdio ao CREMESP e adendo posição da ABEM em relação à imposição do exame de competência. Aprovada. Prof. Philadelpho informa que a Diretoria que toma posse está publicando, em nome da ABEM, artigo no jornal do CFM. Prof. Elza Cotrim Soares adverte que a ABEM firma posição, de forma bem clara e informar em todos os jornais, a nível de Brasil, sua posição contra o exame do CREMESP. 8) Que seja encaminhado ao Senador Fernando Henrique Cardoso, voto de decepção pelo seu apoio ao posicionamento do CREMESP. Aprovado. A seguir são convidados para compor a mesa os membros da futura Diretoria. Prof. Philadelpho convida o aluno Alexandre Rocha Santo Padilha, Presidente eleito do DENEM, para a função de assessor da Diretoria. Após o discurso do Presidente recém-empossado, Prof. Benedictus Philadelpho de Siqueira, encerra-se a sessão, e em Vera Ruzin Flachado Lopes, na qualidade de Secretária da Reunião, faore a presente ata que vai por mim assinada. Cuiabá, 11 de outubro de 1990. Vera Ruzin Flachado Lopes.

É de se aferir, da moção em louvor ao presidente da gestão que findava, Frederico Simões Barbosa, um afastamento dos espaços institucionais de decisão no nível federal, compreensível pelo posicionamento da ABEM em favor do SUS e da vinculação das escolas às estruturas dele, considerando o posicionamento pró-mercado do governo Fernando Collor de Mello. A moção contrária à fala de Eurípedes Ferreira, embora não tenhamos os anais para conhecer seus conteúdos, sendo ele representante do Ministério da Saúde, talvez possa ser reportada à defesa do médico generalista pela ABEM, fato que, no mais das vezes, colocava a entidade contra avanços tecnológicos que não se traduziam na melhora dos serviços de saúde para a população como um todo. A moção contra a proposta do CREMESP foi reproduzida no Boletim de julho/dezembro de 1990, conforme escrita por Benedictus Philadelpho no jornal do CRM¹⁵. Seu teor evidencia a trajetória da ABEM na década de 1990: avaliar aspectos cognitivos da formação médica, sem considerar comportamento ético e compromisso social, levaria ao engano de se afirmar que os problemas do sistema de saúde no Brasil se reduziram à formação dos médicos, escondendo as péssimas “condições de funcionamento dos serviços de saúde em função do sucateamento a que esses foram submetidos”¹⁶, e transformando os médicos em responsáveis pela situação sanitária do país.

Em 1990 e 1991 os congressos aconteceram junto com o Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, e assim por toda a década, acompanhando os trabalhos da CINAEM, que revelaram a enorme disposição da ABEM e de muitas escolas médicas de realizarem uma efetiva avaliação de seus currículos de modo a dialogar com o SUS e com a pesquisa avançada. No entendimento de Regina Celes de Rosa Stella e João José Batista de Campos, a constituição da CINAEM se relacionava com os resultados do Programa EMA que, para implementação nacional, necessitava da ABEM “ações no interior das

escolas médicas e também de alianças com a sociedade – principalmente com os setores mais relacionados à atuação profissional dos egressos dos cursos de medicina – e com associações de classe de profissionais médicos, docentes e estudantes”¹⁷.

É possível afirmar, acompanhando Batista, Vilela e Batista, que a CINAEM tinha dois objetivos principais: repensar currículos em acordo com as necessidades de formação de recursos humanos do SUS e “dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico amplamente propalada na sociedade no âmbito da corporação médica”¹⁸, conforme os debates nos boletins da ABEM referidos permitem entrever. Participaram dos trabalhos da CINAEM, além da ABEM e do CFM, a DENEM, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, a Associação Médica Brasileira (AMB), CREMESP, CREMERJ, CONASEMS, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, Academia Nacional de Medicina, Associação Nacional de Médicos Residentes, Federação Nacional de Médicos. Entre 1991 e 2002, a CINAEM organizou seus trabalhos em três fases:

(...) a primeira, levantando o perfil das escolas médicas brasileiras por meio de um instrumento adaptado do protocolo de avaliação elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde. Na segunda fase, os focos foram o médico formado, o corpo docente e o modelo pedagógico, sendo esta fase não só de pesquisa, mas também de ação, por meio de oficinas e treinamento de docentes e discentes. Ao final desta segunda etapa, formalizou-se a entrega dos relatórios de trabalho aos ministros da Educação e Saúde. Os resultados encontrados demonstraram a inadequação da formação frente às demandas da sociedade e a confirmação da presença do paradigma hegemônico do ensino centrado no professor, a superespecialização e as ações voltadas ao setor terciário (STELLA, 2002). Somente em 1998, deu-se início à terceira fase do projeto denominada “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, que objetivou a

15 SIQUEIRA, B. P. Exame de ordem é inócuo. In: ABEM, Boletim, volume XXII, jul./dez. 1990, p. 04.

16 Idem, ibidem.

17 STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Brasil, Cadernos ABEM, v. 2, junho de 2006, p. 75.

18 BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA S. H. S. S. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez, 2015, p. 97.

19 GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde.... Op. cit., p. 557. BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA S. H. S. S. Op. cit., dividem essas três fases nos seguintes anos: primeira fase entre 1991 e 1992, segunda fase entre 1992 e 1997, terceira fase a partir de 1998.

*melhor adequação da formação frente às necessidades de saúde da população.*¹⁹

Todos os anos, os resultados e reflexões decorrentes das oficinas e seminários eram apresentados nos congressos da ABEM, por meio do Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Em meio a este trabalho, foi aprovada a Lei 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil, em 1996, alterando processos legais de regulação dos cursos de ensino superior, fato que levou o MEC a convidar as instituições de ensino superior a participarem do processo de construção das novas diretrizes curriculares para os diferentes cursos. Os projetos IDA e o Programa UNI caminharam em paralelo aos debates da CINAEM e foram por eles marcados nas suas intenções de reformular a formação dos profissionais da saúde em relação à edificação do SUS. Reunidos, IDA e UNI formaram a Rede UNIDA, em 1997, com a intenção de interferir nas novas diretrizes que vinham sendo debatidas. Dessa forma, os eixos propostos pelos trabalhos da CINAEM – processos novos de formação com participação ativa de estudantes, docentes, preceptores e tutores, as necessidades da saúde da população como objeto de estudo, aproximação dos serviços de saúde na organização curricular, redefinição do processo avaliativo em perspectiva transversal e longitudinal visando a autonomia do aluno, integração de conteúdos – seriam incorporados às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) por meio das ações da Rede UNIDA, da CINAEM e da ABEM. Nos congressos da ABEM, a apresentação dos resultados dos trabalhos da CINAEM, com avaliações dos cursos médicos e propostas, provocou uma movimentação política e cultural que foi incrementada pelas ações da Rede UNIDA, fato que permitiu que boa parte das propostas fosse incorporada às DCNs, aprovadas em 2001.

Os Anais do COBEM de 1992, assim como do 2º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, que apresentava resultados da CINAEM, realizados conjuntamente em novembro,

Eu tive um momento de interação muito intensa com a ABEM durante o projeto CINAEM, um projeto de avaliação das escolas médicas. Ele foi liderado pelo meu querido colega de departamento que também já é aposentado hoje, o Roberto Piccini, e nós tínhamos um time grande de pesquisadores. Dentre esses pesquisadores se destaca o Edmundo Gallo, da Fundação Oswaldo Cruz, o Rogério Carvalho dos Santos, que hoje é senador pelo Sergipe, e é um time muito grande. Eu fazia parte dessa equipe e, ao longo de um bom tempo, especialmente entre o transcurso entre os anos 1990 e o início dos anos 2000, nós tivemos esse projeto desenvolvido ano a ano em todo o país.

A ABEM era uma das lideranças mais importantes desse processo, tivemos vários presidentes da ABEM que foram as lideranças que conduziram o projeto das avaliações das escolas médicas da CINAEM. A CINAEM é a sigla de uma comissão interinstitucional que reunia além da ABEM os conselhos federais, o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, do Rio, e tínhamos a Federação Nacional de Médicos, enfim, tínhamos um grande conjunto de entidades, os conselhos do governo, os principais financiadores dessa comissão. Mas a ABEM tinha a liderança técnica de conhecimento, de condução, então foi um papel muito importante da ABEM nesse processo, e a CINAEM teve uma contribuição muito marcante para o desenvolvimento da educação médica, para o debate da avaliação, das escolas e isso acabou gerando como uma proposta da comissão, e depois encampada pela própria ABEM, as Diretrizes Curriculares Nacionais no caso da medicina, que depois se transformaram em uma norma, uma legislação nacional e hoje temos diretrizes nacionais para cursos de várias áreas – na área de saúde temos para todos, eu não sei se para outras áreas temos também. Mas são elementos de norteamento de orientação de diretrizes, como diz o próprio nome, para a organização dos currículos, para a formação profissional e para a própria avaliação institucional dessas universidades.

Luiz Augusto Facchini.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
4 de fevereiro de 2022.

Foi quando virei professor titular que eu comecei a participar da ABEM. Então, essa fase, desde que acabei a residência até eu ir para os Estados Unidos, voltar e virar professor titular, eu tive participação política, sindical, mas eu nunca tinha ido a um congresso da ABEM. Eu comecei a participar da ABEM quando virei coordenador do curso de medicina (primeira vez que virei coordenador do curso de medicina), e era a época da CINAEM, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, então comecei a ir a algumas reuniões da CINAEM. O primeiro congresso a que eu fui (se eu não me engano) foi um congresso em Recife, o seguinte foi em Petrópolis, acho que foi em 99, aí você tem que checar quando foi o congresso em Petrópolis, e aí eu comecei a gostar da ABEM, eu fiz um monte de amigos. O congresso da ABEM era diferente do que é hoje, era quase uma assembleia permanente na qual as pessoas discutiam as mudanças e a CINAEM, como os currículos médicos deviam mudar, era uma discussão bastante interessante e acalorada: manifestações de estudantes, conflitos dos docentes, posições diferentes dos docentes... e naquela época a presidente da ABEM era a professora Regina Estela; e a minha primeira participação ativa na ABEM foi no congresso de Petrópolis, que foi o congresso que discutiu as diretrizes curriculares que depois foram aprovadas em 2001! Eu lembro que eram assembleias longuíssimas, mas cada palavra daquele texto foi discutida e todo mundo que participou saiu muito feliz com o resultado. (...)

As diretrizes de 2001 foram criadas por vários grupos de trabalho da ABEM e outras instituições, a Rede UNIDA participou também, houve várias outras contribuições e depois ela foi encaminhada para o Conselho Nacional de Educação e o professor Éfren Maranhão, que era do Conselho Federal de Educação, foi o relator de diretrizes, e propôs que aquele texto fosse aprovado e depois o ministro as promulgou, então foi considerada uma conquista muito grande das escolas médicas, você ter um texto que saiu das bases e que foi discutido e depois foi aprovado e promulgado.

Milton de Arruda Martins.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de fevereiro de 2022

no município de Londrina, foram publicados na RBEM. Nesse caso, foram priorizadas as conferências²⁰, relatórios da CINAEM, relatórios dos grupos de trabalho e do Departamento de Hospitais Universitários e resumos dos temas livres. Além da conferência de Haroldo Ferreira sobre e importância da 9ª CNS, já referida mais acima, houve mais 14 apresentações reunidas nos anais. A partir do tema *Desafios para a educação médica*, este COBEM demonstra o esforço da diretoria em reunir as experiências e debates que vinham sendo conduzidas na América Latina pela OPAS, os avanços na experiência de ensino médico em acordo com a 9ª CNS, a construção do SUS e os caminhos da CINAEM, as articulações entre ensino médico, desenvolvimento tecnológico e os espaços dos hospitais de ensino e dos sistemas locais de ensino, conforme se pode observar no sumário dos anais (página ao lado).

José da Silva Guedes analisou a relação entre a educação médica, os hospitais universitários e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Numa época em que a atenção primária se impunha, por força dos princípios cidadãos da Constituição, e no qual se preparava a transição do SUDS para o SUS, visando à municipalização da saúde e à incorporação dos serviços de saúde das escolas ao SUS, o autor alertou para as dificuldades das escolas médicas de se adaptarem às urgências colocadas pela Constituição: “é fundamental a colaboração da universidade para a transformação da rede de serviços e sua qualificação para aumento da resolubilidade”, e não “apenas como formadores de recursos humanos para a saúde, é também e fundamentalmente como agentes de mudança, pelo menos das condições dos serviços de saúde oferecidos à população”²¹. Guedes destacava, assim, o papel da universidade na construção de um discurso crítico em relação à então hegemônica visão de que o Estado “gastava demais” e era “perdulário”, já que a edificação do SUS exigia regras de financiamento bem definidas.²² Elza Cotrim Soares, por sua vez, discutindo os desafios para a edu-

ANAIIS

EDITORIAL	3
TEMÁRIO	4
PRONUNCIAMENTO DE ABERTURA EM NOME DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.....	5
PRONUNCIAMENTO DE ABERTURA EM NOME DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA	6
OS DESAFIOS PARA EDUCAÇÃO MÉDICA FRENTE ÀS CONCLUSÕES DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - <i>Haroldo Ferreira</i>	7
A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA 20 ANOS APÓS O ESTUDO DE JUAN CESAR GARCIA - <i>José Roberto Ferreira</i>	11
A EDUCAÇÃO MÉDICA, OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E O SILOS - <i>José da Silva Guedes</i>	16
IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE GARANTIA DE QUALIDADE EM HOSPITAIS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE - <i>Humberto de Moraes Novaes</i>	19
O ENSINO SUPERIOR E O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO - <i>Rodolfo Joaquim Pinto da Luz</i>	27
LA EDUCACION MEDICA, LOS COSTOS Y LA CALIDAD DE LA ATENCION - <i>Carlos Vidal</i>	30
AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL - RELATÓRIO DA 1ª FASE: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE DESENHO ECOLÓGICO - CINAEM (<i>Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico</i>).....	37
PROJETO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL - CINAEM (<i>Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico</i>).....	43
AS TRANSFORMAÇÕES DA PROFISSÃO MÉDICA E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA-OPS/OMS	48
DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA NA PASSAGEM DO MILÊNIO - <i>Elza Corim Soares</i>	53
DESAFIOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA PASSAGEM DO MILÊNIO: O ENSINO DE PARASITOLOGIA COMO FENÔMENO INTERDISCIPLINAR - <i>Pedro Paulo Chieffi</i>	56
OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA PASSAGEM DO MILÊNIO - <i>Nilma Santos Fontunive</i>	58
A GESTÃO DOS HOSPITAIS: AS PROPOSTAS DE AUTONOMIZAÇÃO E DE PAGAMENTO POR PRODUTIVIDADE - <i>Olimpio J. Nogueira V. Bitar</i>	60
A GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: AS PROPOSTAS DE AUTONOMIZAÇÃO E DE PAGAMENTO POR PRODUTIVIDADE - <i>José Maurício Carvalho Lemos</i>	64
UNICAMP: PROJETO DE INCENTIVO A PRODUTIVIDADE NA ÁREA DE SAÚDE - <i>Luiz Jacintho da Silva e Paulo Eduardo M. Rodrigues da Silva</i>	66
EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA - <i>José Siqueira Araújo Filho</i>	68
A EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA/PERMANENTE E O PAPEL DAS ENTIDADES - <i>José Murilo Rabilotta Zeitune</i>	70
A EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA/PERMANENTE E O PAPEL DAS ESCOLAS, DOS SERVIÇOS E DAS ENTIDADES - <i>Joana Azevedo da Silva</i>	73
RELATÓRIO FINAL DO XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA	77
RELATÓRIO DA REUNIÃO DE DOCENTES DO CICLO BÁSICO	79
RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	80
RELATÓRIO DA REUNIÃO DO DEPARTAMENTO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	82
RESUMOS DE TEMAS LIVRES INSCRITOS E APRESENTADOS NO XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA.....	84

20 Cabe informar que, em muitos casos, embora os autores sejam os mesmos conferencistas, há leve alteração dos títulos publicados nos anais em relação aos originais da programação. Supõe-se que seja por alterações feitas após o congresso

21 GUEDES, J. S. A educação médica, os hospitais universitários e o silos. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, jan./dez. 1992, p. 18..

22 Apresentamos e discutimos as conferências que trabalharam com temas e experiências brasileiras. Mesmo considerando o esforço da diretoria por fazer o debate no âmbito das Américas, e tendo sido a ABEM parceira da FEPAFEM em muitos congressos internacionais, foi preciso recortar para cumprir os prazos de finalização do livro.

cação médica na passagem do milênio, destacou as desigualdades no acesso às conquistas científicas da medicina, fato que reforçava a defesa da saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, conforme escrito na Constituição de 1988, e que indicava caminhos necessários de transformação para as escolas médicas. Os conferencistas deste COBEM, quando trataram da experiência brasileira, evidenciaram o atraso dos currículos e práticas das escolas em relação às urgências colocadas pela implementação do SUS, tema que também ocupava as reuniões da CINAEM. Desenvolvendo o mesmo tema que Soares, Nilma Santos Fontanive asseverou que, no contexto de crise econômica da época, “a universidade tem que comprometer sua vontade política na geração de projetos inovadores de formação de profissionais de saúde”, de modo a contribuir “para elevar a qualidade de vida da população, atendendo e melhorando sua saúde”²³ e inserindo os alunos na rede de serviços.

José Maurício Carvalho Lemos e Olimpio Nogueira Bittar dissertaram sobre a gestão dos hospitais, considerando questões de produtividade, autonomia e flexibilização do uso e aplicação dos recursos, evitando a uniformização nos modos de organizar e administrar seus serviços e recursos humanos. A chamada “flexibilização”, que supõe contratações por CLT e maior rapidez na compra de insumos, é assunto que se fortaleceria ao longo dos anos 1990 com a proposta de Reforma Gerencial do Estado desenvolvida a partir da eleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência da República. Esse fato traria mais um forte embate político para a arena da ABEM: a implementação dos serviços e equipamentos do SUS, conforme proposto na Constituição, exigia financiamento do Estado, e a Reforma Gerencial apresentava propostas de gestão de recursos públicos por filantrópicas, prática que remontava à experiência das misericórdias e da medicina previdenciária e que daria origem às Organizações Sociais nos anos seguintes.²⁴

Também no que diz respeito aos hospitais, o tema da remuneração pelos serviços

prestados nos hospitais de ensino, que já aparecera nas conferências e vinha sendo motivo de discussões e divergências desde os anos 1970, quando se propôs o Convênio Global, foi central na reunião do Departamento dos Hospitais de Ensino neste congresso de 1992. Os representantes dos hospitais presentes foram unânimes na defesa da remuneração diferenciada dos hospitais de ensino em relação aos outros, já que cumpriam dupla função, ensino e assistência, e na reivindicação de uma revisão na Tabela de Pagamentos do INAMPS, que só seria extinto no ano seguinte.

Cabe destacar alguns pontos do relatório final que permitem entrever as disputas políticas que marcariam os anos 1990:

Em função de uma nova realidade político-econômica-social, redefinir a função do médico a ser formado – incluindo a definição do papel da escola médica (EM) – frente à construção do Sistema Único de Saúde. (...)

Tentar romper com a dicotomia médico generalista x médico especialista, centrando esforços na formação global do médico.

(...) a maioria acha possível a conciliação de avanço tecnológico e humanismo. Sugeriu-se a necessidade de se dar maior ênfase às disciplinas com conteúdo psicossocial. (...)

Atuação política global para a obtenção de maiores recursos para a Universidade, incluindo a remuneração adequada para os docentes e funcionários, bem como a concentração de esforços no aperfeiçoamento do SUS. (...)

(...) reforço ao prosseguimento do processo de avaliação da CINAEM (...).

Os Hospitais Universitários deverão priorizar a assistência médica em nível terciário, com tecnologia de ponta, evitando a função de ‘porta de entrada’ do sistema de saúde. (...)

Os HUs deverão integrar-se ao SUS fazendo parte do sistema. (...)

23 FONTANIVE, N. S. Os desafios da educação médica na passagem do milênio. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, jan./dez. 1992, p. 58.

24 NEMI, A. Da Misericórdia de Lisboa à de São Paulo: Contextos, aproximações e enraizamentos entre os Iluminismos e os novos regimes. In: ESTEVES, A. (org.). *O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes*, Maia, PT: Lab2TP, 2021, p. 112-127; NEMI, A. Charity and Philanthropy in the History of Brazilian Hospitals. In: GORSKY, M., VILAR-RODRÍGUEZ, M.; PONS-PONS, J. (orgs.). *The Political Economy of the Hospital in History*, Ed. Huddersfield, England: University of Huddersfield Press, 2020, v. 1, p. 61-94; MENICUCCI, T. Política de saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; GARCIA, C. A. P. (org.) *As políticas da política – desigualdade e inclusão nos governos do PT e PSDB*, São Paulo: Unesp, 2019.

A Reforma Gerencial do Estado

Em artigo publicado no ano de 2000, Luiz Carlos Bresser-Pereira resumiu e avaliou a Reforma, conduzida por ele como ministro do governo Fernando Henrique Cardoso:

“A reforma gerencial do Estado de 1995 faz distinção entre as atividades exclusivas do Estado e as atividades sociais e científicas: o Estado deve executar formalmente as primeiras, enquanto financia as outras, que devem ser executadas por organizações públicas não-estatais. Entre as atividades estatais, a reforma de 1995 distingue, adicionalmente, o núcleo estratégico, onde as decisões são tomadas, das agências executivas e reguladoras, que devem ser mais autônomas do que em sistemas burocráticos clássicos e prestar mais contas. Os princípios básicos da reforma, consistentes com a nova administração pública, foram definidos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, e na emenda constitucional que veio a ser chamada de “reforma administrativa”. A emenda e a maioria das instituições exigidas pela reforma estavam aprovadas em 1998. Este resultado positivo foi possível, a despeito da forte rejeição inicial, devido ao debate nacional que levantou, o qual terminou em grande aprovação pela opinião pública e pela alta burocracia. Agora a reforma está sendo gradualmente (e frouxamente) implementada nos níveis federal, estadual e municipal.”

Bresser-Pereira, L. C. (2000).

A reforma gerencial do Estado de 1995. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 7, p. 7-26.

Do ponto de vista dos serviços de saúde do SUS, a Reforma significou a certificação de um conjunto de entidades de direito privado e sem fins lucrativos, filantrópicas portanto, como Organização Social em Saúde (OSS), fato que as capacitava para gerir equipamentos públicos, ou seja, executar o montante de recursos destinados pelas esferas de poder e gestão do SUS para o funcionamento da UBS, do Hospital e de outros equipamentos. Tais OSS podiam contratar e comprar insumos com maior flexibi-

lidade do ponto de vista dos regramentos trabalhistas, dado que os contratados não precisariam ser servidores do regime jurídico único, e das licitações. As OSS foram regulamentadas pela Lei 9.637, de 1998 e, depois disso, os estados da federação começaram a elaborar suas leis específicas, assim como os municípios. Do ponto de vista dos seus defensores, tratava-se de criar entidades públicas não estatais e para elas transferir a execução de determinados serviços públicos. Seus críticos, no entanto, viram neste movimento um processo de diminuição das atribuições do Estado e de privatização dos serviços considerados como direito.

Motivo de enorme embate quando a pauta política brasileira era marcada pelas disputas entre PT e PSDB, fato é que as OSSs se impuseram, e mesmo os governos do PT acabaram por aceitar este modelo jurídico no processo de organização do SUS. Um dos entrevistados do projeto que deu origem a este livro e que trabalhou com os governos do PT, Rogério de Carvalho, falou sobre o assunto.

(...) a quantidade de figuras jurídicas, em tese, isso não é um problema. O problema é que essas unidades e serviços estejam sendo utilizados como uma replicação muito grande, ou seja, o mesmo serviço ter capacidade para receber 100 alunos e estar recebendo 300. Esse é um problema. E isso vem acontecendo porque essas instituições filantrópicas, independentes, a OS, que está no serviço público, que tem um ganho indireto pela presença desses alunos, é um ganho por força de trabalho complementar, mas não é esse o principal, o ganho principal é pagamento de o aluno estar ali, feito por essas universidades. Então, o que nós precisamos garantir é um controle de que determinada capacidade instalada só pode ser referência para um número determinado de alunos em formação. Acho que isso é o grande problema. É que hoje você tem um hospital filantrópico com 400 leitos, uma hipótese, que abriga alunos de três ou quatro instituições de ensino. Então, eles estão todos no mesmo leito. Ou seja, essa relação de capacidade instalada/aluno está começando a ficar muito desproporcional e impedindo que se tenha uma formação minimamente aceitável.

Rogério de Carvalho.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
6 de junho de 2022

Lembrou-se a grande desarticulação ainda existente, dos HUs com os serviços locais de saúde (Silos), bem como a inexistência de um sistema de referência e contrarreferência no encaminhamento dos usuários do sistema. (...)

Pela importância na formação profissional e pelo estímulo ao compromisso social, o estudante de medicina deverá desenvolver suas atividades na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade. Assim, cabe à escola médica o desenvolvimento de atividades extramurais, e sua participação efetiva nas mesmas. (...)

(...) a assembleia concluiu pela importância do incentivo salarial, tendo sido aprovada a remuneração adicional aos docentes, por serviços assistenciais prestados, porém com distribuição equitativa, de critérios de produtividade.²⁵

No congresso de 1992, a CINAEM apresentou a conclusão da primeira etapa dos seus trabalhos, quando os questionários aplicados em 76 das 80 escolas médicas que existiam no Brasil buscaram compreender os seguintes indicadores: vínculo jurídico, data de criação da escola, estrutura econômico-administrativa, estrutura político-administrativa, infraestrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola médica na assistência e na pesquisa. Nessa primeira fase, “a aplicação do questionário permitiu um diagnóstico das escolas médicas brasileiras, cujos dados possibilitaram destacar o papel determinante da estrutura econômico-administrativa, do corpo docente e do modelo pedagógico no perfil do médico formado”²⁶.

Uma disputa bastante comum nos congressos dizia respeito ao lugar dos debates pedagógicos na reforma curricular que se pretendia empreender a partir dos trabalhos da CINAEM. Para alguns, como Luiz Antônio Santini²⁷, o excesso de discussão de temas pedagógicos diminuía a relevância das questões sociais na abordagem da educação médica e os esforços para formação de recursos humanos para o SUS,

além de desviar a atenção para o problema da incorporação acrítica de novas tecnologias em saúde²⁸. Tanto assim que, quando Santini foi diretor executivo da ABEM, nos primeiros anos da década de 1990, alguns dos programas voltados para formação pedagógica, que a associação oferecia às escolas, foram descontinuados. No mais das vezes, no entanto, as diretorias da ABEM consideraram que o debate pedagógico era complementar às ações de reforma curricular, de IDA e de construção do SUS.

Em 1993, no COBEM realizado em novembro no município de São Luiz, no Maranhão, o tema escolhido, *A ética na educação médica*, reportava-se aos anos de desconstrução do governo Collor, quando as acusações de corrupção e o *impeachment* provocaram uma onda de revisão sobre comportamentos éticos nas profissões, o que, no caso dos cursos de medicina, incidia sobre assuntos bastante sensíveis, como a relação médico/paciente e professor/aluno, as formas de cobrança em saúde que enfraqueciam o princípio da saúde como direito, a relação dos serviços públicos de saúde com entidades privadas e filantrópicas, o papel dos Conselhos e, ainda, as relações entre pesquisa científica, inovação tecnológica e interesse público. O tema central foi dividido em três painéis de debates, “Ética e sociedade”, “Ética e política de saúde” e “Ética e ciência”. Para cada conjunto, foram organizadas mesas-redondas, conferências, grupos de trabalho e conclusões/recomendações finais. Cabe identificar expositores e debatedores, assim como as conclusões dos grupos de trabalho a partir das exposições e debates.

Para o painel “Ética e sociedade” foram expositores Waldyr Mesquita, Magda Aparecida Soares e Sueli Gandolfi Dallari, e debatedores Eduardo Marcondes Machado e Lúcio F. M. Cabral. Os grupos de trabalho destacaram a importância dos Conselhos na gestão da saúde pública e da sua interação com as escolas médicas, de modo a democratizar a relação da universidade com a sociedade; a necessidade do

25 SOARES, E. C.; ZEITUNE, J. M. R. Relatório final do XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, jan./dez. 1992, p. 77-78.

26 BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA S. H. S. *Educação médica no Brasil...* Op. cit., p. 99.

27 SANTINI, L. A. *Depoimento ao Projeto 60 Anos da ABEM*, 10 de março de 2022.

28 Idem, *A ética na Educação Médica*. In: *Boletim*, volume XXIII, maio/jun. de 1993, p. 01.

29 IMAR, J. Apresentação dos Relatórios dos grupos de trabalho (grupo 4). In: *ABEM, Anais do XXXI Cobem*, Maranhão, 15 a 19 de novembro de 1993, p. 118.

30 A Constituição de 1988 tem dois artigos que permitem compreender a dubiedade que se efetivou no processo de implantação do SUS: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

Constituição do Brasil

ensino continuado de ética nas escolas médicas e da participação dos CRMs no controle da ética médica; o aumento das atividades extramuros e extracurriculares dos estudantes; a aproximação das escolas com a imprensa, de modo a divulgar informações corretas e positivas sobre as escolas e a atuação dos médicos; mas não houve consenso sobre como deve ser a aproximação da escola com a sociedade, já que alguns consideravam que seria suficiente a participação nos processos de avaliação da formação e outros defenderam uma participação maior, inclusive na organização das escolas.

O segundo painel, “Ética e política de saúde”, teve Raimundo Hélio Leite, José Murilo de Carvalho Lemos, Antonio Luiz Caldas Junior e Carlos Alberto Salgado Borges como expositores, além de Dejanó Sobral e Mozart Tabosa Sales como debatedores. Esse painel ressaltou o tema dos hospitais universitários e de ensino (HUEs) e da rede pública de serviços na graduação, pós-graduação e educação continuada. Os grupos de trabalho enfatizaram que os HUEs deveriam se concentrar em atividades terciárias e se integrarem ao SUS, sem perder sua autonomia, o que fortaleceria atividades extramuros e o deslocamento da docência para a rede do SUS, mas isso implicava o difícil assunto de encontrar mecanismos para incentivar os professores a acompanharem os alunos nas áreas periféricas dos centros urbanos ou áreas rurais afastadas, além de exigir dedicação em tempo integral. Observe-se que não houve consenso quanto à questão do financiamento dos hospitais. O trecho abaixo do relatório permite entrever os termos do debate e inferir os motivos pelos quais o financiamento dos HUEs ainda hoje é objeto de disputas políticas nas esferas governamentais, nas escolas médicas, entre entidades privadas de assistência à saúde e na sociedade:

(...) mas podia se sentir nas entrelinhas que, como saúde e educação são deveres do Estado e um direito do cidadão, se procurasse, justamente através do próprio Estado fazer essa

A Constituição de 1988 criou o sistema único hierarquizado, universal e integral, mas permitiu que instituições privadas, preferencialmente filantrópicas e sem fins lucrativos, participassem de maneira complementar.

supervisão, esse provimento de financiamento. Foi achado nas entrelinhas que, talvez o atermamento ao convênio, a qualquer outra modalidade, poderia criar maiores complicações ao funcionamento.²⁹

A implantação do SUS vinha sendo feita por meio de convênios para que clínicas e hospitais oferecessem serviços do sistema, e as filantrópicas entraram nesta rede de equipamentos que atendiam pacientes SUS, em acordo com a Constituição de 1988 que criou o sistema único hierarquizado, universal e integral, mas permitiu que instituições privadas, preferencialmente filantrópicas e sem fins lucrativos, participassem de maneira complementar³⁰. Do ponto de vista dos HUEs, isso significava a possibilidade de fundações serem criadas para gerir-los quando fossem públicos ou, ainda, sua gestão por instituições como as OSS que vinham sen-

Convênio define relações entre Hospitais Universitários e o SUS

Em maio deste ano, os Ministérios da Saúde e o da Educação e do Desporto firmaram convênio no sentido de criar mecanismos para o aprimoramento da prestação de serviços de saúde e para a transformação dos Hospitais Universitários e de Ensino em centros de referência e excelência.

A seguir, transcrevemos a íntegra do Convênio, que representa uma importante contribuição para o enfrentamento à atual situação da saúde em nosso País:

Cláusula Primeira - DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto: ordenar o relacionamento entre os Sistemas de Formação de Recursos Humanos e o de Prestação de Serviços de Atenção à Saúde; utilizar plenamente a potencialidade de desenvolvimento dos Hospitais Universitários e de Ensino - HUE para a formação de recursos humanos em saúde e campo privilegiado de pesquisa em saúde; aprimorar a prestação de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e introduzir novas tecnologias no campo da saúde.

Cláusula Segunda - DO PLANEJAMENTO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

O planejamento dos programas de saúde deverá contemplar o desenvolvimento dos HUE de forma a torná-los CENTROS DE REFERÊNCIA E EXCELÊNCIA e do sistema regionalizado e hierarquizado de prestação do serviço.

Subcláusula Primeira - Os HUE deverão ter garantida, prioritariamente, a utilização plena de sua capacidade instalada.

Subcláusula Segunda - O MS e o MEC, de acordo com programas de saúde estabelecidos, destinarão recursos para investimentos nos HUE, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Subcláusula Terceira - O MS e o MEC incentivarão a integração das atividades de ensino-pesquisa através da assistência, visando a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de políticas e ações de saúde, em consonância com o perfil sócio-epidemiológico e atendendo às necessidades e exigências do Sistema Único de Saúde (SUS), que serão coordenadas por uma Comissão Permanente Interministerial - MS/MEC.

Cláusula Terceira - DA REMUNERAÇÃO

Os HUE serão remunerados pelos serviços assistenciais prestados de acordo com a tabela do SIH/SUS e SIA/SUS ou outra regulamentação que vier substituí-la.

Subcláusula Primeira - Os HUE, exclusivamente, serão classificados e receberão um índice de remuneração adicional, aplicado sobre a tabela de procedimento do MS, pela realização das atividades de ensino e pesquisa.

Subcláusula Segunda - A classificação prevista na subcláusula anterior obedecerá aos critérios estabelecidos pela Comissão Per-

manente Interministerial - MS/MEC a que se refere a subcláusula terceira da cláusula segunda, deste Convênio.

Subcláusula Terceira - Os incentivos decorrentes do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias e do desempenho assistencial e gerencial, serão incorporados sem prejuízo daquele previsto na subcláusula primeira desta cláusula.

Subcláusula Quarta - A incorporação, pelos HUE, de tecnologias ainda não previstas na tabela de procedimento do MS, depois de avaliadas e autorizadas pela Comissão Permanente Interministerial, descrita na subcláusula terceira da cláusula segunda deste Convênio, será ressarcida pelo seus custos, em caráter excepcional, até a inclusão na supra citada tabela.

Cláusula Quarta - DA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Com vistas à operacionalização das ações previstas neste Convênio, o gestor estadual e/ou municipal firmará termo de convênio específico com Instituições de Ensino Superior - IES, ou seus representantes, correspondendo um termo de convênio para cada unidade hospitalar, de acordo com o Artigo 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e com as Cláusulas deste Convênio, obedecendo "minuta padrão" elaborada conjuntamente pelo MS e MEC.

Cláusula Quinta - DA RESCISÃO E DAS ALTERAÇÕES

O presente Convênio poderá ser rescindido ou alterado o seu texto, de comum acordo entre as partes, desde que a devida notificação seja feita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula Sexta - DA PUBLICAÇÃO

Este instrumento será publicado, em extrato, no Diário Oficial da União, nos termos do § 1º, do Art. 51 do Decreto-Lei nº 2.300/81.

Cláusula Sétima - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

Este convênio entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, com vigência até 31 de dezembro de 1993, podendo ser prorrogado por igual período, mediante Termo Aditivo.



Órgão informativo da
Associação Brasileira de Educação Médica
Av. Brasil, 4036/Sala 708 - Mangueiras - Rio de Janeiro - RJ
CEP 21040-361 - Tel.: (021) 260-6161

IMPRESSO

do discutidas e logo ganhariam formalização legal. Além disso, a inserção dos HUEs na rede SUS alterava parte das suas atribuições de ensino, o que exigia revisão do financiamento. Por isso, a ABEM se empenhava na elaboração de convênios diferenciados para os HUEs, o que foi conseguido em 1993, quando MS e MEC formalizaram convênio para prestação de serviços e transformação deles em centros de excelência. O boletim publicou o convênio na sua integralidade (página ao lado).

O terceiro painel, “Ética e ciência”, contou com exposições de Benedictus Philadelpho de Siqueira, Carlos Eduardo Tosca, William Saad Hossne, João Fernando A. P. Pantoja e Marília Bernardes Marques, e com debates de Marcos Segre e Ytaguacy Rodrigues Coelho. Esse painel não teve recomendações de grupos de trabalho recolhidas nos anais, apenas os debates, de onde se depreende forte preocupação com o tema das patentes a partir de pesquisa científica e do controle social, de modo a evitar o desenvolvimento tecnológico separado dos interesses da população como um todo.

As moções deste congresso evidenciam enorme incômodo dos alunos, representados pela DENEM, pela ausência de escolas que não mandaram representantes e pelas decisões que vinham sendo tomadas no âmbito de algumas escolas e secretarias de Saúde (especialmente sobre a residência médica) que eram antidemocráticas e não contavam com participação de estudantes. Em tempos de democratização de órgãos públicos e instituições de ensino, a representação estudantil aumentava sua participação nas ações e decisões da ABEM, seja pela presença de alunos em seu Conselho de Administração, seja pelo crescimento da DENEM.

Em 1994, o COBEM aconteceu no município de Niterói, em novembro. Infelizmente não temos os anais do congresso, apenas as exposições do 4º Fórum Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, sobre a CINAEM. Também não

temos boletins e atas deste ano, o que parece ser mais resultado do excesso de atividades nas quais a ABEM estava envolvida por conta da coordenação da CINAEM do que propriamente por problemas financeiros.³¹ Essa dupla atuação da presidência foi objeto de críticas em ao menos duas das assembleias dos anos 1990, com argumentos sobre as dificuldades de se encaminhar assuntos específicos da ABEM em função dessa dupla atividade da presidência, além do fato de que as ações da associação ficavam muito concentradas na presidência e na diretoria executiva, havendo necessidade de melhor divisão dos trabalhos entre os membros da diretoria e do Conselho de Administração.

Foi na década de 90, no início da década de 90, e nesta época a gente questionou um pouco o desempenho da diretoria que estava muito centrada no presidente, que era na ocasião o professor William Saad Hossner, cirurgião da escola de medicina de Botucatu, presidia também a CINAEM. Pois se imaginava que pertencendo a diretoria se ia ter mais oportunidade de discutir educação médica e não aconteceu nada durante o ano, ele, o presidente, só nos chamou para a reunião no próximo congresso. A gente, o grupo da diretoria, ficou todo tempo questionando, que a ABEM não podia ser assim centrada no presidente, a gente queria mais que isso, não queria simplesmente uma instituição representada pelo seu presidente participando de alguns eventos, a gente queria efetivamente estar discutindo a formação do profissional, e como as escolas estavam fazendo isso e quais eram as dificuldades, então foi uma discussão bastante acalorada (...)

Jadete Barbosa Lampert.

**Depoimento ao Projeto 60 Anos da ABEM,
16 de fevereiro de 2022.**

31 Cabe relatar que, ao longo dos anos de trabalho da CINAEM, em reuniões do Conselho de Administração, na assembleia e nos boletins da ABEM, sempre se afirmou a necessidade de encontrar parceiros para financiar as atividades da CINAEM, o que sempre acabou como responsabilidade apenas da ABEM.

A década foi marcada pelas dificuldades de transformação nas escolas médicas, mesmo com os esforços da CINAEM e da ABEM e as necessidades do SUS.

O COBEM de 1995, realizado em outubro no município de Porto Alegre, junto com o 5º Fórum Nacional de Avaliação da Educação Médica, acompanhou as preocupações desta década sobre as dificuldades de se implementar transformações nas escolas médicas, mesmo com os esforços da CINAEM e da ABEM e as necessidades do SUS que vinham sendo aprofundadas à medida que ele se implantava. A exposição de José Lúcio Machado, da USP de Botucatu, no âmbito da mesa “Contextualização do ensino médico em saúde pública”, é significativa para compreendermos os impasses:

Traçamos um paralelo entre a evolução da educação médica e as mudanças propostas no sistema nacional de saúde, e notamos que não são novas as propostas de reorientação do ensino de medicina em direção das necessidades sociais, com educação voltada para a comunidade e para a formação de médicos competentes e capazes. Se olharmos os documentos extraídos dos últimos 10 anos de reuniões da ABEM e outros fóruns realizados na América Latina, porém, percebemos que foram indicados um grande número de recomendações para a reestruturação do ensino médico, algumas delas adotadas por parte das escolas, mas a grande maioria delas não se tornou parte das políticas oficiais de formação de recursos humanos em saúde, dos diversos governos que se sucederam e das políticas internas das

universidades. Enquanto propostas para o sistema de saúde nacional se sucediam, a partir da Reforma Sanitária, as iniciativas mais inovadoras nas escolas médicas giravam em torno de atividades de integração doente-assistência, dos currículos muitas vezes de forma marginal e pontual, envolvendo áreas específicas e já tradicionais desse tipo de prática com os departamentos de saúde pública, medicina preventiva e, quando muito, departamentos envolvidos com a atenção materno-infantil. (...)

*Com a implementação do SUS, houve uma reformulação política profunda no sentido de reorganizar a prestação de serviço, motivando uma reorientação da educação médica, que passou a ter no SUS, o palco de formação de recursos humanos. (...)*³²

Machado citou os projetos UNI, a partir do exemplo de Botucatu, como uma parceria vitoriosa entre universidade, serviços de saúde e comunidade e que teria levado à transformação das práticas e do currículo, mas afirmou que as faculdades de medicina não acompanhavam as transformações e as novas exigências colocadas pelo SUS, já que dificultavam a “desospitalização”. O assunto era bastante polêmico, como sempre, e evidenciava as dificuldades que a ABEM e a CINAEM enfrentavam para reverter os processos de especialização precoce concentrados no ensino hospitalar e na fragmentação curricular em disciplinas isoladas, já que mesmo na arena da ABEM, por exemplo nas apresentações livres de trabalho, havia temas específicos relacionados a disciplinas e experiências independentes e pouco dialogadas com a comunidade e mesmo com o SUS.

Foram seis mesas-redondas, conforme resumos reunidos no quadro, todas seguidas de debates com perguntas da plateia, mas sem discussões de grupos de trabalho, o que foi motivo de moção de repúdio pela DENEM na assembleia deste congresso, reivindicando que os espaços de debate fossem garantidos nos próximos congressos.³³

32 MACHADO, J. L. Op. cit, p. 88.

33 SILVA, A. R. Moção de repúdio In: ABEM, Anais do XXXIII COBEM, Porto Alegre, 22 a 27 de outubro de 1995, p. 298.

Mesas Redondas – 33º COBEM

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NA SAÚDE PÚBLICA

Presidente	Prof. Luís Carlos Bodanese	PUCRS
Relator	Dr. Isidoro Papadopoulos	Hospital Pronto Socorro, POA – RS
Participantes	Prof. José Lúcio Machado	USP – Botucatu
	Dr. Eno Dias de Castro Filho	Secretaria de Saúde, Porto Alegre/RS
	Prof. Gastão Wagner	UNICAMP
	Prof. Moacyr Scliar	UFRGS

TRANSFORMAÇÕES DO ENSINO – EXPERIÊNCIAS NO BRASIL E NO MUNDO

Presidente	Prof. Benedictus P. da Siqueira	FEPAFEM
Relator	José Carlos H. D. dos Santos	
Participantes	Prof. Pedro Gordan	UEL
	Profª Eliana Cláudia de Ribeiro	UFRJ
	Prof. Armando de Negri Filho	Universidade de Maastricht

AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDIO

Presidente	Dr. Marco Antonio Becker	CREMERS
Relator	Prof. Ângelo Alves de Mattos	FFFCMPA
Participantes	Dr. Charly Camargo	AMRIGS
	Dr. William Saad Hossne	CINAEM
	Profª. Regina da Rosa Seles	ANDIFES
	Acad. Cláudio de Almeida Quadros	DENEM

O ENSINAR E O APRENDER EM MEDICINA

Presidente	Prof. Luís Rohde	UFRGS
Relator	Profª. Jadete Barbosa Lampert	UFSM – RS
Participantes	Prof. Samuel Silva e Silva	UEL – PR
	Prof. Clóvis Wammacher	UFRGS
	Prof. Elis D´Amigo Busnello	UFRGS – FFCMPA
	Prof. Leonel Lerner	PUCRS

PAPEL DO MÉDICO COMO AGENTE TRANSFORMADOR DA SOCIEDADE

Presidente	Prof. Jorge Buchabqui	Presidente do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica
Relator	Prof. Roger Lahorgue Catagno	UFPEL – RS
Participantes	Prof. José Francisco N. Paranaguá de Santana	Ministério da Saúde
	Ricardo de Albuquerque Lins	Associação Nacional de Médicos Presidentes
	Prof. José de Jesus P. Camargo	FFFCMPA
	Dr. Yehuda Benguigui	OPAS – OMS

FORMAÇÃO MÉDICA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Presidente	Dr. Martinho Álvares da Silva	AMRIGS
Relator	Acad. Danitsa Rodrigues	CASL, UFRGS
Participantes	Prof. Roger dos Santos Rosa	UFRGS
	D. João Polanczyk	ISCMPA
	Prof. Jarinilson Silva Paim	UFBA

ABEM e a CINAEM tentavam reverter a especialização precoce concentrada no ensino hospitalar e na fragmentação curricular.

Os expositores das mesas “Contextualização do ensino médico em saúde pública”, “Transformações do ensino – experiências no Brasil e no mundo”, “O ensinar e o aprender em medicina”, “Papel do médico como agente transformador da sociedade” e “Formação médica e políticas de saúde” direcionaram suas apresentações para as aproximações entre a formação médica e a construção do SUS, enfatizando os constrangimentos impostos pelo fortalecimento do modelo neoliberal, que forçava a diminuição dos investimentos em saúde pública, e a necessidade de aprofundar a Reforma Sanitária, de modo que a reforma setorial via SUS pudesse ser complementada. É possível identificar que as falas convergiram para a afirmação de que reformas curriculares isoladas seriam insuficientes, já que a ampliação dos espaços de formação clínica exigia uma aproximação da escola com os serviços e as comunidades. Na mesa “Avaliação do ensino médico”, assim como na reunião dos coordenadores de cursos de medicina, o assunto central foi a criação de normas unificadas para revalidação de diplomas estrangeiros, ação na qual se esperava maior protagonismo da Abem.

Nos Anais do Cobem de 1996, acontecido em outubro no município de Salvador, junto com o VI Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, encontramos apenas resumos dos posters apresentados e dos trabalhos da CINAEM. É de se supor que, como em 1995 e 1997, tenham sido dois volumes, um com resumo dos pôsteres/temas livres e outro com as apresentações e debates das mesas, mas não encontramos este segundo volume. Dessa forma, não é possível saber se a reivindicação da DENEM em 1995, para o retorno dos grupos de trabalho, foi atendida neste ano. No mesmo sentido, encontramos pouca repercussão da 10ª CNS³⁴, embora tenha sido motivo de artigo de Nelson Rodrigues dos Santos, que foi seu presidente, no Boletim da ABEM de julho/agosto/setembro de 1996, explicando os avanços da implantação da municipalização da saúde e destacando a participação da sociedade no evento.³⁵

Em 1997, o congresso realizou-se no município de Uberaba (MG), em outubro, e a programação (ao lado) indica a existência de grupos de discussão na sequência das mesas-redondas, conforme reivindicado pela DENEM. O tema central, *Competências profissionais na graduação médica*, dividiu-se em cinco mesas seguidas por debates dos grupos de trabalho cujas propostas foram reunidas nos anais, juntamente com o relatório dos cursos pré-congresso. Foram quatro cursos de preparação para o congresso: “Ética médica – bioética”, coordenado por William Saad Hossne; “Tecnologias educacionais em saúde”, coordenado por Nildo Alves Batista; “Perspectivas atuais da profissão médica”, coordenado por Maria Helena Machado e Fernando Eduardo de Campos; “História da medicina e da educação médica”, coordenado por Amílcar Salgado e Sebastião Nataniel da Silva Gusmão; e “Aprendizaje baseado em problemas”, coordenado por José Venturelli. É de se destacar que, ao longo dos anos 1990, os congressos receberam cada vez mais participantes, algo em torno de 100 participantes a mais a cada ano.

34 Relatório final disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf

Esta CNS dedicou-se a estudar modos de avaliar a trajetória de implementação do SUS a partir de três aspectos: controle social, financiamento e municipalização.

35 SANTOS, N. R. Saúde para o Brasil na semana da pátria. In: ABEM, *Boletim*, volume XXIV, jul./ago./set. de 1996, p. 01.

PROGRAMAÇÃO

6 de outubro	8 às 14 h	VII Fórum de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)
	14 às 18 h	VII Fórum de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)
	20 h	Reunião de Diretores de Faculdades e Coordenadores de Cursos
7 de outubro	8 às 12 h	VII Fórum de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)
	14 às 16 h	Mesa Redonda I: Programa de Saúde da Família Coordenador: Francisco Eduardo de Campos, Coordenador do NESCON/UFMG Secretário: Acadêmico Abrantes Araújo Filho Roberto Nogueira, Coordenador de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde Heloísa Machado de Souza, Coordenadora do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde Jairnilson Paiva, Instituto de Saúde Coletiva - UFBA
	16 às 18 h	Grupos de Debate
	20 h	Reuniões Paralelas: DENEM, Diretores de Faculdade, de Hospitais de Ensino e Coordenadores de Cursos
8 de outubro	8 às 12 h	Temas Livres Apresentação de Pôsteres Feira de Tecnologia Educacional
	14 às 16 h	Mesa Redonda II: Formação Médica como Processo Integrado Presidente: José Paixão de Souza, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Secretária: Acadêmica Roberta Soares Nascimento Coordenador: Pedro Gordan, Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. Integração do Ciclo Básico com Ciclo Profissionalizante - Eduardo Marcondes, Secretário do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica (CEDEM) da Universidade Federal de São Paulo. Ensino Hospitalar X Ensino Ambulatorial na Graduação - Ricardo Rocha Bastos, Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Juiz de Fora. Currículo da Graduação: Desafios e Perspectivas - Dejanio Tavares Sobral, Professor de Clínica Médica da Universidade de Brasília
	16 às 18 h	Grupos de Debate
	20 h	Reunião da Diretoria da ABEM e Reunião das Regionais
9 de outubro	8 às 10 h	Mesa Redonda III: Transferências e Revalidação de diplomas Presidente: Ivanildo Cortês de Sousa, Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Secretária: Acadêmica Andreza Vilarine Coordenador: Wilson Felipe Pereira, Membro da Comissão de

10 de outubro

		Revalidação de Diplomas de Médicos Estrangeiros da Universidade Federal de Uberlândia. Transferência de Alunos de Escolas Médicas - Professor Melicégenes Ribeiro Ambrósio, Presidente da Comissão de Revalidação de Diplomas de Médicos Estrangeiros da Universidade Federal de Uberlândia. Transferência de Alunos de Escolas Médicas - Aspectos Jurídicos - Eduardo Morato Fonseca, Procurador da República em Uberaba. Transferências de Alunos de Escolas Médicas - A Visão dos Alunos - Caio Flávio Castro e Macedo, Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Revalidação de Diplomas nas Escolas Médicas - Eliane Gontijo Dias, Presidente da Comissão de Revalidação de Diplomas da Universidade Federal de Minas Gerais
10 às 12 h		Grupos de Debate Apresentação de Pôsteres
14 às 16 h		Mesa Redonda IV: Educação Permanente Presidente: José Roberto de Faria, Coordenador do Colegiado Clínico e Cirúrgico da UNIFENAS Secretário: Wadson Nathaniel Ribeiro, Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora Coordenador: José Paranaguá Santana, Assessor Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS Educação Permanente para Médicos - José Roberto Ferreira, Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Pedagogia da Educação Médica - Janete Ricas, Professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais Experiência de Londrina na Educação Médica Permanente - Márcio José de Almeida, Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina
16 às 18 h		Grupos de Debates
	20 h	Atividade Social - "Show de Talentos"
8 às 10 h		Mesa Redonda V: Educação Médica e Responsabilidade Profissional Presidente: Adilson Savi, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais Secretária: Acadêmica Vanessa dos Santos Silva Responsabilidade Ética - Waldir Paiva Mesquita, Presidente do Conselho Federal de Medicina Responsabilidade Profissional - Marcos Segre, Professor de Ética da Faculdade de Medicina da USP Responsabilidade Civil e Penal - Rogério Greco, Promotor de Justiça da Promotoria de Justiça dos Direitos Humanos do Estado de Minas Gerais.
10 às 12 h		Reunião Plenária
14 às 16 h		Reunião Plenária e Reunião do Conselho da ABEM
	20 h	Confraternização

Em 1997, o Cobem buscou o fortalecimento da CINAEM, oferecendo debates que pudessem subsidiar seu trabalho.

Os cursos preparatórios e as mesas do congresso, assim como a reunião dos coordenadores de curso e diretores de faculdade, concentraram seus trabalhos no fortalecimento da CINAEM, oferecendo debates que pudessem subsidiar os trabalhos da comissão, evitar mudanças curriculares que apenas respondessem a programas pontuais do governo e manter o processo de aproximação das escolas médicas aos Conselhos de Saúde nas três esferas de poder da República. A partir da mesa “Programa de saúde da família”³⁶, os grupos de trabalho declararam que houve pouco tempo para debates, considerando a extrema importância da temática. Nesse sentido, foram feitas recomendações para que o financiamento do programa, as relações de trabalho nas equipes e a formação de recursos humanos fossem bem discutidos, de modo a garantir que os estudos sobre saúde da família fizessem parte de toda a graduação, embora não tenha havido consenso sobre se a formação em Saúde da Família deveria ser assunto de especialização ou residência. Às universidades caberia criar grupos interdisciplinares para atuação e capacitação das equipes do PSF, inclusive por meio da pós-graduação e de programas de educação permanente em acordo com secretarias de saúde, e, juntamente com a ABEM, garantir a implantação das propostas da CINAEM nas escolas, envolver os hospitais universitários no diálogo com a comunidade.

As mesas sobre formação médica integral, transferências de alunos e revalidação

de diplomas e sobre educação permanente, de acordo com os relatórios apresentados, focaram suas recomendações em aspectos curriculares, pedagógicos e legais, embora tenham renovado a defesa da formação integral do aluno, considerando cenários plurais de aprendizagem para além do hospital. Neste sentido, cabe sugerir que, talvez em razão do enorme comprometimento da ABEM com a CINAEM, a implantação do SUS passou a ser discutida apenas a partir das possíveis reformas curriculares que deveriam ser induzidas, o que, para muitos defensores da Reforma Sanitária, não seria suficiente para efetivamente construir um sistema unificado, universal, regionalizado, hierarquizado e integral.

Os boletins deste ano de 1997 corroboram a hipótese parcialmente, já que neles encontramos aproximações entre as reformas curriculares propostas a partir dos trabalhos da CINAEM e a urgente Reforma Sanitária, além de fortes críticas à abertura de escolas médicas que não participavam dos debates da CINAEM, não se preocupavam com a realidade sanitária do país e, por isso, não poderiam formar os recursos humanos que a sociedade demandava. Dessa forma, ao passo que mantinha sua opção por vincular as escolas médicas e os HUEs ao processo de implantação do SUS, a ABEM mantinha as atividades do *Grupo de Estudos para o Desenvolvimento da Educação Médica*, que pretendia formar uma rede nacional de apoio pedagógico com abordagem multidisciplinar.³⁷ Este grupo contava com os professores Mário Chaves (assessor acadêmico da ABEM), Regina Stella (coordenadora regional da ABEM SP), Nildo A. Batista (UNIFESP), Ricardo Donato Rodrigues (UERJ), Sérgio Rego (FIOCRUZ/ENSP), Hans J. F. Dohmann (Unirio), Jorge Luiz do Amaral (FENAM), Eliana Cláudia Ribeiro (UFRJ), Nelson A. de Souza (UFRJ) e Jadete Lampert (ABEM).³⁸ Contou, ainda, com o apoio de Alice Reis Rosa e Jair Araújo Júnior. A partir do *Relatório Geral da Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997)*, que havia sido divulgado pela CINAEM em julho de 1997, o grupo,

36 Em 1991, o governo federal havia criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com a formação das primeiras equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), fatos que exigiam respostas das escolas médicas do ponto de vista da formação de recursos humanos para atenção primária, a mesa procurou enfrentar esse problema.

37 Os anos 1990 foram de enorme militância de entidades médicas, destacando-se a Abem, pela definição do perfil médico que se queria formar. Para isso, foram feitos estudos que, a partir da história deste profissional no Brasil, buscavam apontar os caminhos futuros. O assalariamento já vinha sendo criticado desde os anos 1970, como mostramos nos capítulos anteriores. A partir dos anos 1980, a isso se juntam estudos que mostram o acúmulo de trabalho, com os médicos chegando a ter até três vínculos empregatícios. Conferir: MACHADO, M. H. (coord.). *Os médicos no Brasil – Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

38 ABEM. Rede Nacional de Apoio Pedagógico. In: ABEM, *Boletim*, volume XXV, maio/ago. 1997, p. 02.

diante do quadro insatisfatório revelado, organizou um anteprojeto de autotransformação das escolas médicas que foi publicado no Boletim de novembro/dezembro de 1997 e enviado às escolas e à CINAEM.

A proposta de autotransformação das escolas, pautada na observação de especificidades e ritmos locais, faria parte da terceira fase da CINAEM e se desenvolveria a partir de 1998. Para os anos de 1998 e 1999, no entanto, não temos os anais, apenas boletins. Neles, o acompanhamento das atividades da CINAEM em sua terceira fase é bastante evidente. No Boletim de maio/junho de 1998, Antonio Rafael da Silva, então presidente da ABEM e da CINAEM, destacou os cinco pontos básicos da terceira fase da CINAEM:

*Vamos trabalhar com cinco pontos básicos. O primeiro é o novo processo de formação, avaliando métodos e técnicas de ensino, é o **componente pedagógico** que envolve a formação no campo da ética, a recomposição da relação médico-paciente, recuperando parâmetros fundamentais da medicina, como a anamnese, o exame físico, o compromisso do médico com a saúde do seu paciente e da coletividade. Uma formação que exige conhecimento técnico-científico atualizado e o uso racional da tecnologia, que tem que estar voltada sempre para a qualidade da atenção à saúde, como instrumento de apoio, pois o principal é a relação médico-paciente.*

*O segundo ponto é a **gestão transformadora**, a escola deve ter um novo processo de gestão, definir sua missão que é a formação profissional calcada nos parâmetros aos quais me referi anteriormente. Ela tem que explicitar funções, fortalecer seus instrumentos de decisão e organizar as unidades de formação, no sentido de atingir sua finalidade que é a formação de um bom profissional.*

*O terceiro é a **docência médica profissionalizada**, só pode haver uma boa formação técnico-científica e ética, comprometida com o futuro, se o professor puder se dedicar à do-*

*cência, com tempo para ensinar, pesquisar, refletir e dar exemplos. É uma questão fundamentalmente política, exige do professor uma auto-reflexão e da universidade uma tomada de posição em relação à profissionalização do docente. **Das entidades envolvidas espera-se um posicionamento sobre a organização dos serviços de saúde, da prática médica e da discussão salarial.** (...)*

*Um quarto ponto é a **avaliação discente**, que tenha uma profunda inserção na realidade de saúde nos locais onde existem escolas médicas. Uma avaliação que não pode apenas refletir o conhecimento livresco ou pontual do aluno em relação à determinada disciplina, mas tem que refletir o crescimento do aluno, de suas habilidades e atitudes em relação aos problemas de saúde, em relação à epidemiologia das doenças, aos riscos ambientais que se refletem na saúde, como a violência e outros componentes.*

*O último ponto é a **avaliação de processo**. Fica claro que, como a formação é um processo, a avaliação permanente tem que fazer parte da cultura da formação, pois é ela que orienta os conteúdos, a observação instrumentada e corrige o aluno em sua trajetória do início ao final do curso.³⁹*

No Boletim de janeiro/abril de 1999 apresentou-se um resumo dos debates e atividades do congresso de 1998, cujo tema central fora *O novo ensino médico e a sociedade brasileira* (página a seguir).

Junto ao resumo dos debates do congresso de 1998, centrados na necessidade de adequar a escola médica às necessidades da população, o que incluía abertura dos HUEs para as comunidades e uma formação com fortes vínculos na atenção primária e nos programas de saúde da família, este boletim relatava as reuniões da diretoria da ABEM que, à época, disputava politicamente os modelos de avaliação, já que condenava a proposta do CREMESP e esperava influir na organização das provas definidas pela Portaria 126/99 do MEC, em acordo com as pro-

39 SILVA, A. R. A consolidação do projeto CINAEM em sua terceira fase. In: ABEM, Boletim, volume XXVI, maio/jun. de 1998, p. 4-5.



Contribuições do XXXVI Congresso

Nesta edição, vamos resgatar momentos importantes do último Congresso da ABEM, temas relevantes para o esforço de transformação do ensino médico levado à frente pelas Escolas e Entidades Médicas na CINAEM e outros fóruns de discussão.

OFICINAS PRE-CONGRESSO

O Ensino em Laboratório de Habilidades, oficina dedicada ao programa de treinamento de habilidades e atitudes da Universidade Estadual de Londrina. Utilizando recursos pedagógicos como manequins, modelos, vídeo e simuladores de ausculta o treinamento inclui o acesso à informação médica, comunicação social, habilidades clínicas de exame físico, procedimentos e laboratório.

A Universidade Virtual, apresentada por professores e alunos da UFPE a oficina foi um a reflexão sobre a utilização da realidade virtual e redes de computadores no ensino médico. Foram apresentados alguns programas utilizados no curso da UFPE, inclusive dois desenvolvidos por alunos sobre célula virtual e pneumologia.

A Universidade Saudável, experiências visando a humanização do ensino médico foram analisadas nesta oficina. Abordou questões como o apoio psicológico ao estudante, estímulo a iniciativas culturais e artísticas, necessidade de uma visão crítica e humanística, que englobe também outras áreas de conhecimento.

Educação Médica para Saúde da Família, professores e alunos de diversos estados debateram sobre o papel dos Pólos de Capacitação para o PSF e o compromisso das escolas com a Saúde da Família, apontando para o estabelecimento de parcerias e estímulo desta discussão nas regionais da ABEM e escolas.

Mesas Redondas

A Conferência do Prof. Antônio Rafael da Silva, **O Novo Ensino e a Sociedade Brasileira** precedeu as mesas redondas e encontros do Congresso. No primeiro dia, foram apresentadas **Experiências Inovadoras no Ensino Médico**, com a participação de representantes de instituições estrangeiras e de escolas médicas brasileiras. As experiências apresentadas pelas professoras Mayra Bergman Ramos (Harvard, EUA) e Pamela Moriearty (Southern Illinois, EUA) e pelo professor José Venturilli (McMaster, Canadá) evidenciaram que, respeitando-se a diversidade de cada instituição, existem necessidades comuns de flexibilização curricular, introdução de novas metodologias (com predominância do PBL), aprendizado centrado no aluno e avaliação discente que leve em conta, além do fator cognitivo, habilidades e atitudes.

Na parte da tarde, foram relatadas as experiências brasileiras pelos Professores João Batista de Campos (UEL/PR), José Eduardo (UFF/RJ), Durval Borges (UNIFESP) e Marcos Viana (UFMG). Estas experiências tiveram diversos aspectos aprofundados também no decorrer de outras Mesas Redondas ao longo do Congresso.

Políticas de Educação e Ensino Médico

No dia seguinte, a discussão do tema **Políticas de Educação e o Novo Ensino Médico** iniciou-se com a aná-

lise do Prof. Efreim Maranhão (Presidente do CNE) sobre a legislação educacional brasileira, destacando a flexibilização dos currículos, o incremento da autonomia universitária, a avaliação como instrumento para melhoria de qualidade e a temporalidade de credenciamentos. Ele apontou tendências como inter e multidisciplinaridade, estímulo à investigação científica, formação ética e humanística.

O Prof. Renato Oliveira (Presidente da Andes) apresentou **A Visão do Professor**, refletindo sobre as linhas determinantes das transformações no ensino médico: uma endógena, motivada pela própria profissão e outra contextual, que reflete a situação do ensino superior no país e suas perspectivas. **A Visão do Aluno** ficou sob a responsabilidade do estudante Alessandro Campolina (Coordenador da DENEM), que analisou a Avaliação do Ensino Superior promovida pelo Estado, criticando seu caráter burocrático e não participativo.

O Papel do Hospital Universitário e de Ensino, foi o tema apresentado pelo Prof. Francisco Barbosa Neto (UERJ) com uma análise baseada em Legislação, Flexibilização, Diretrizes Curriculares, Avaliação e Financiamento Público. O Professor ressaltou uma "Cultura do Silo", que faz do HU uma estrutura fechada, impermeável à participação externa.

Políticas de Saúde e Ensino Médico

A Mesa Redonda **Políticas de Saúde e o Novo Ensino Médico**, realizada na manhã seguinte, teve como expositores: Otávio Mercadante (MS), Gilliat Hanois Falbo Neto (SES - PE), Guilherme Robalinho (SMS - Recife), Gilson Cantarino (CONASEMS), Ana Maria L. Barbosa (ONEDEF - CNS). Foram analisadas as atuais políticas de saúde nos diversos níveis de governo, particularmente a descentralização do Sistema, com os municípios passando a desempenhar um

para a transformação do Ensino Médico

papel prioritário na prestação de serviços de saúde à população.

O modelo de assistência do Programa Médico de Família foi contraposto ao modelo atual, considerado extremamente oneroso, pelo uso abusivo e não criterioso de tecnologia. Foram debatidos problemas enfrentados pelos médicos de família, como capacitação, remuneração e

condições de trabalho. Os debates apontaram para a necessidade de maior participação da comunidade

Os debates apontaram para a importância da adequação da formação médica às necessidades da população

nas deliberações de políticas de saúde e de adequação da formação médica às necessidades da população.

A última Mesa Redonda, realizada no quarto dia do Congresso, discutiu **A Pós-Graduação Médica, a Residência Médica - Situação Atual e Perspectivas**. Contou com a participação dos seguintes expositores: Prof. Lorimil

da Gualberto (Presidente da CNRM), Prof.ª Kathleen Tereza da Cruz (ANMR), Prof.ª Maria Marluce S. Vi-

lela (UNICAMP-SP), Prof. Edson José Corrêa (UFMG) e Prof. Nildo Batista (UFSP).

Foram abordados aspectos como a integração Residência e Pós-Graduação stricto sensu, interferências do processo seletivo nas ações do Internato, deficiências e distorções da LDB, integração com a Graduação, e a valorização da pesquisa em detrimento da formação do professor na Pós-Graduação. Nos debates, afirmou-se a importância de se entender a docência como prática social e a formação do docente como um processo de educação permanente.

SUGESTÕES DA ABEM PARA A III FASE DA CINAEM

A diretoria da ABEM esteve reunida, dias 19 e 20 de fevereiro, no Rio de Janeiro. Entre os diversos assuntos em pauta, a terceira fase da CINAEM foi alvo de reflexão, levando a um posicionamento da diretoria, que enviou propostas aos componentes da CINAEM recomendações às Escolas Médicas e sugestões ao MEC. O objetivo é garantir a participação do maior número de escolas no processo de avaliação. A ABEM considera que a primeira oficina, 17 e 18 de maio, será uma ocasião propícia à redefinição dos moldes de participação e do cronograma, levando em conta as demandas internas e externas das escolas.

Reiterando a importância da sua participação na CINAEM, a diretoria da ABEM entende que a terceira fase, enquanto meio de mudança institucional, é um processo eminentemente político e único em cada instituição. Neste sentido, os coordenadores regionais da ABEM e as escolas médicas consultadas revelaram pre-

ocupações quanto ao cronograma e metodologia propostos inicialmente, bem como a respeito do significado e possibilidades reais de adesão. A recomendação da ABEM às escolas é que declarem sua intenção em participar da terceira fase e que enviem um número significativo de docentes e alunos à primeira oficina.

A diretoria analisou também a Portaria nº 126 do MEC (fev.99), que trata do Exame Nacional do Curso de Medicina, encaminhando ao Ministro Paulo Renato Souza suas considerações. Depois de parabenizar o trabalho da Comissão responsável pelos critérios do exame, a diretoria manifestou preocupação e anseio de que a prova atenda efetivamente ao perfil definido na Portaria. Em relação às questões discursivas, destacou a necessidade de um sistemática de correção por múltiplos docentes, para garantir um maior grau de confiabilidade. A ABEM reafirmou ainda seu compromisso com a CINAEM e a convicção de que seus métodos e princípios desta

são mais abrangentes que o Exame Nacional determinado pelo MEC.



Para a Diretoria da ABEM a terceira fase é um processo político único em cada instituição.



Consultores apoiam os grupos de trabalho



Prof. Myra Ramos
da Universidade de
Harvard

Na terceira fase do projeto CINAEM, as escolas médicas formarão grupos de trabalho para cada uma das linhas de ação: Gestão, Docência Profissionalizada e Processo de Formação. Estes grupos terão o apoio, durante todo o processo, de um corpo de consultores que foi somado à Equipe Técnica da CINAEM. O objetivo é ampliar o leque de profissionais, diversificando e colocando ao dispor das escolas um maior acervo de experiências e reflexões em cada uma destas áreas.

Muitos dos novos consultores participam ativamente da ABEM, é o caso do Prof. Nildo Alves Batista, da Escola Paulista de Medicina. O professor, que está envolvido com a CINAEM desde o seu início, atuará como consultor para questões relativas à docência médica. Para ele, é necessário encontrar mecanismos que garantam maior dedicação dos docentes às escolas, "o que passa por diversos fatores, inclusive econômicos". Outro aspecto é a capacitação para a docência, "aos tornamos professores por competência científica e profissional, não nos é cobrada a competência docente", diz ele.

Na área de gestão, o Prof. Emerson Elias Merhy, da UNICAMP, entende que é necessário conjugar o movimento coordenado da CINAEM, com a singularidade de cada escola. "Gestão não se faz com receitas, mas com gente concreta em organizações concretas"; para o professor, são necessárias ferramentas amplas o suficiente para serem aplicadas em realidades específicas. Para ele, o grande desafio é formar coletivos envolvendo docentes, alunos e a direção de cada escola, "com a tarefa de potencializar a ação nas escolas".

No eixo Processo de Formação, estará dando sua contribuição a Prof. Myra Ramos, que já esteve no último Congresso da



Prof. Nildo Alves Batista
da Escola Paulista
de Medicina

ABEM apresentando a experiência de inovação do ensino médico na Universidade de Harvard (EUA). Ela espera que a experiência na Universidade americana possa ser aproveitada aqui, "mas no Brasil se dá muito mais ênfase ao serviço prestado à população, existe mais senso do dever profissional e menos preocupação com a carreira individual". Para a professora, isso dá um aspecto especial à CINAEM, "a mudança não é opcional, é mandatória, existe a necessidade de adaptação e até de transformação para encerrar a realidade de transição no país".



Prof. Emerson Elias Merhy
da UNICAMP

Estudantes apoiam a CINAEM

A estrutura libertária da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) deixou a representante discente da Regional São Paulo da ABEM, Tatiana Assis, bem à vontade para falar sobre a posição dos estudantes em relação ao chamado Provão do MEC. "Só faço porque é lei", diz Tatiana, repetindo o slogan do adesivo distribuído pela entidade estudantil, para ser colado no teste oficial como forma de protesto. Os estudantes apoiam a proposta de avaliação da CINAEM e participaram ativamente da Oficina de Campinas.



Maio/Jun - 1999

7

A CINAEM era uma oportunidade de aprofundar os vínculos escola/serviços/comunidade e de garantir a implantação do SUS.

postas da CINAEM para a avaliação, que eram mais abrangentes e consideravam o processo de formação dos médicos e não apenas conhecimentos disciplinares.

Ainda em 1999, o Boletim de maio/junho, além de dar conta das oficinas que vinham sendo realizadas nas escolas no contexto da terceira fase da CINAEM, também apresenta a equipe técnica de consultores da CINAEM que atuariam com os três grupos de trabalho formados nas escolas médicas: gestão, docência profissionalizada e processo de formação.

Os anos 1990 foram, assim, na experiência da ABEM, marcados pela militância em torno da CINAEM, o que, conforme afirmado pelas suas diretorias, significava uma oportunidade de aprofundar os vínculos escola/serviços/comunidade e, neste sentido, garantir a implantação do SUS em acordo com a formação de recursos humanos que ele demandava. Tratou-se de um esforço de transformação das escolas médicas que envolvia interesses e projetos distintos, mas que puderam estabelecer diálogos e influir na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais que seriam aprovadas em 2001 e serão objeto do próximo capítulo.

Diretorias

1990-1992*

Presidente Benedictus Philadelpho de Siqueira

1° Vice-Presidente William Saad Hossne

2° Vice-Presidente Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca

Tesoureiro Edson Nunes de Moraes

Diretor Executivo Luiz Antônio Santini R. da Silva

Secretário

**Na ata de 1990 consta a seguinte informação, que diverge da informação dos anais do COBEM: “o presidente da ABEM convida para compor a mesa os professores membros da atual Diretoria da ABEM: Noberto de Castro Nogueira Filho - 1° vice-presidente; William Saad Hossne e Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca”*

1992-1994

Presidente William Saad Hossne

1° Vice-Presidente Edite da Rocha Cordeiro

2° Vice-Presidente José Carlos Ramos de Oliveira

Tesoureiro João Henrique G. Scatena

Diretor Executivo Luiz Antônio Santini R. da Silva

Secretário

1994-1996

Presidente William Saad Hossne

1° Vice-Presidente Antonio Rafael da Silva

2° Vice-Presidente Samuel Silva da Silva

Tesoureiro Marco Segre

Diretor Executivo Jadete Barbosa Lampert

Secretário Jadete Barbosa Lampert

1996-1998

Presidente Antonio Rafael da Silva

1° Vice-Presidente Samuel Silva da Silva

2° Vice-Presidente José Guido Correa de Araújo

Tesoureiro Jadete Barbosa Lampert

Diretor Executivo Jadete Barbosa Lampert

Secretário

1998-2000

Presidente Regina Celes de Rosa Stella

1° Vice-Presidente José Guido Corrêa de Araújo

2° Vice-Presidente Samuel Silva da Silva

Tesoureiro Jadete Lampert

Diretor Executivo Jorge Alberto Buchabqui

Secretário Jair Araújo Junior

O ESTADO DE S. PAULO

PLANO MENSQUITA
18x1,05

VALOR DE
R\$ 1,5 MENSQUITA

SEGUNDA-FEIRA

30 de novembro de 2006 - R\$0,527 - Nº 4212 - www.estado.sp.gov.br



LULA
60,79%
LULA
39,21%

Lula promete abrir segundo mandato com reforma política

Dilma Rousseff acenam com mudanças também na política econômica

17 dos 27

A TRIBUNA

www.tribuna.com.br

O Palácio veste saia

Dilma Rousseff é a primeira mulher a conquistar o mais alto posto do Estado brasileiro

"A erradicação da miséria é uma meta que assumo", disse a presidente eleita

Na região, **prefeitos** avallam o **resultado** e dizem o que esperam do novo governo.



"Sim, a mulher pode"
Dilma Rousseff

Capítulo 5:

Os anos 2000

15/09/2002 13:41 Conselho Nacional de Saúde

Saúde Ministério da Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA EC-29

EC-29 - JÁ EMENDA CONSTITUCIONAL

Home | Tramitação | Perguntas e Respostas | Entrevistas e Opiniões | Fórum | Notícias | Links

EC-29 - JÁ EMENDA CONSTITUCIONAL

CNS DEFENDE A REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29

O processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988 (CF). Isso porque a instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representa uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), de reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de alocação em saúde.

Aposar do Artigo 196 da CF, do inciso III em seu parágrafo 3º, a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, estadual, Municipal e no Distrito Federal, o texto constitucional não contempla as fontes de recursos federais e a base de cálculo da forma adequada. A falta de definição do processo de financiamento para depois de 2004 faz necessária a luta pela regulamentação da Emenda.

Atualmente o Projeto de Lei que está em discussão e seguindo a sua tramitação é o PLS (Projeto de Lei do Senado) nº 121/2007, de autoria do Senador...

Shopping...
Danado de Bom!
Santos, A-9 Vida nova para árvores doentes
PARC. NUBLADO
Santos vai apostar sua última cartada para tentar o título

Classifone

“

A diretoria da ABEM, eleita em novembro de 2004, reuniu-se com a Diretoria Executiva, as Coordenações Regionais Docentes e Discentes e os coordenadores de Comissões Temáticas em fevereiro de 2005, na cidade de São Paulo, a fim de estabelecer o planejamento estratégico de gestão 2004-2006. Na oportunidade, foi identificada a necessidade de as escolas médicas implementarem as transformações curriculares em consonância com as diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina.

A partir deste referencial, foram construídas algumas estratégias e ações dirigidas a atender as demandas de solicitação a respeito, bem como ampliar o debate para viabilizar a realização de ações específicas voltadas a rever e adequar o modelo de atenção à saúde e a correspondente formação e capacitação dos profissionais: processos de avaliação institucional – interno e externo; aprimoramento da residência médica; papel da atenção básica na formação médica; recentemente foram incluídas questões referentes ao internato e, como desdobramento as oficinas que enfocaram o papel da Atenção Básica de Saúde na formação profissional, a construção de um termo de referência com vistas à elaboração de Contratos de Gestão para os Territórios de Aprendizagem, envolvendo as equi-

pes de referência e matriciais em saúde. Esses contratos têm como objeto o estabelecimento de compromissos entre a instituição formadora e a de serviços, visando à definição de espaços de aprendizagem para estudantes de graduação e pós-graduação, e a educação permanente de profissionais da rede, assim como de docentes que atuam nos territórios de aprendizagem.

Identifica-se, portanto, a necessidade atual de ampliação dos compromissos – gerenciais, éticos, assistenciais e humanísticos – dos processos de formação, ressaltando-se os das instituições de ensino com os problemas da realidade local e com a construção do SUS. Em particular, identifica-se a necessidade do conhecimento ao longo do processo de formação e capacitação, e na utilização de metodologias ativas para a aprendizagem.

MARINS, João José Neves. Parcerias para o desenvolvimento de territórios de aprendizagem e o trabalho de equipes matriciais em saúde. *Cadernos ABEM*, v. 2, jun. 2006, p. 97-98.

”

Nas duas primeiras décadas do século 21, a ABEM envolveu-se em um conjunto de atividades e programas com o objetivo de contribuir para o processo de trans-

formação das escolas médicas em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e as necessidades indicadas pelo processo de implantação do SUS. A tarefa não era simples. De um lado, para o financiamento do SUS, a superposição, nas ações do governo, dos princípios da “construção da universalidade” e da “contenção de gastos”, criava um movimento dialético de convivência contraditória que dificultava a vinculação de recursos destinados para a saúde¹. De outro lado, os enraizamentos do modelo flexneriano em muitas escolas, assim como os avanços dos cursos privados sem qualquer processo de avaliação, impunham dificuldades para a implantação de programas e ações de incentivo de transformações das escolas médicas. Em ambos os casos, seria preciso muita movimentação política, e a arena da ABEM, cuja polissemia só aumentou no século 21 – tanto no COBEM e nos boletins, quanto nas suas ações perante o governo e outras entidades de profissionais de saúde –, traria para seus espaços toda a movimentação.

Os problemas e as dificuldades para a definição dos gastos em saúde previstos na Constituição de 1988 foram discutidos por Áquila Mendes, Telma Menicucci e por Maria Alice Ugá, Silvia Maria Porto e Sérgio Francisco Piola.² Segundo a Constituição de 1988, saúde, previdência e assistência social faziam parte do orçamento da Seguridade Social, para a qual seriam destinados recursos tradicionais da previdência social, como as contribuições dos trabalhadores, a recém-criada Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), além de recursos da loteria. A disputa pelos fundos desse orçamento levou à perda dos recursos da previdência social pelo Ministério da Saúde ainda em 1993. A criação da *Desvinculação das Receitas da União* (DRU) em 1994, autorizando o gover-

no a usar livremente 20% das suas receitas em tributos, resultou em grande perda de recursos para a seguridade social e, dentro dela, a saúde. Dessa forma, no que diz respeito à saúde, esse orçamento sofreu um desmonte nos anos 1990 em um processo de “inviabilização sistêmica, particularmente em função da instabilidade do financiamento”³. A aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, em sua origem destinada apenas para a saúde, duraria até 2007, quando o Congresso Nacional a revogaria, mas não sem antes sofrer assédios da DRU durante sua década de vigência, o que se verificava em constantes “contingenciamentos”.⁴ Mesmo assim, é possível afirmar que, se a CPMF não ampliou os recursos para a saúde, ao menos garantiu alguma estabilidade e a possibilidade de recuperar gradualmente os gastos federais em saúde.

A grande luta da passagem do século era pela vinculação das receitas destinadas à saúde, de modo a estabilizar os aportes e garantir a implementação da hierarquização e regionalização dos equipamentos de saúde a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que receberam esta denominação em 2007. A Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, vinculou recursos para ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de poder, sendo 15% nos municípios, 12% nos estados e Distrito Federal, e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) em relação ao aplicado no ano anterior pela União.⁵ Mesmo tendo sido regulamentada apenas em 2012, ela permitiu o aumento dos gastos em saúde nas três esferas de governo, especialmente no âmbito municipal.

Uma outra luta, ainda muito importante nos tempos que vão, já que os defensores da saúde coletiva não têm conseguido avançar nas suas propostas, diz respeito aos gastos tributários em saúde, ou seja, o montante de recursos que o Estado deixa de recolher por meio de isenções fiscais concedidas para pessoas físicas ou jurídicas. Podemos citar aqui as isenções no

1 MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira – Impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 117.

2 MENDES, A. *Tempos turbulentos...* Op. cit.; MENICUCCI, T. *Política de saúde no Brasil...* Op. cit.; UGÁ, M. A.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. *Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.) *Política e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012 (e-book).

3 MENICUCCI, T. *Política de saúde no Brasil...* Op. cit.

4 A CPMF deixaria de ser exclusiva da saúde em 2002.

5 A bibliografia sobre os embates, recuos e avanços para a aprovação da EC 29, assim como as lutas pela sua regulamentação, para evitar que se incluíssem como gastos em saúde despesas com habitação urbana, merenda escolar, entre outros, estão mais bem explicadas nos três autores citados na nota 2

Imposto de Renda de Pessoa Física, por meio de deduções de gastos em saúde com planos privados, em poucas palavras: o Estado subsidia os usuários de planos privados para que comprem os planos. As OSS, os hospitais ou clínicas certificadas como de “utilidade social” também são premiadas com isenções. Assim, para 25% da população brasileira, que utiliza planos privados, são oferecidos benefícios que incidem negativamente sobre os recursos que poderiam compor o orçamento do SUS, que atende a 75% da população. A formação dos profissionais médicos é assunto importante quando se fala em fortalecer o SUS, já que carreiras bem-organizadas e com remuneração justa seguramente garantiriam melhor qualidade no serviço. Às escolas médicas caberia, portanto, formar os profissionais em acordo com o processo de expansão do SUS e se movimentar politicamente para que tais carreiras pudessem ser implantadas.

Ainda no campo dos estratos do tempo que continuam a marcar a luta pela efetiva construção do SUS e da Reforma Sanitária, é de se citar a estruturação da alocação de recursos com remuneração por serviços produzidos, fato que inviabiliza a articulação entre promoção, prevenção e cuidados individuais e coletivos em territórios definidos e estudados a partir das UBS. Além disso, este modo de remuneração configura uma permanência de rotinas que caracterizavam o INAMPS e que se mantinham nas estruturas do SUS.

A forte militância pela reestruturação dos currículos médicos, na intenção de aproximar as escolas do SUS, resultou em acalorados debates entre as entidades médicas no que diz respeito aos modos de “indução” das transformações curriculares. Para muitos, o debate sobre novas metodologias de ensino, se apartado do estudo dos determinantes sociais em saúde nos diferentes lugares dos brasis, não seria capaz de oferecer suporte para a formação de profissionais de acordo com as necessidades do SUS. Para outros, as novas metodologias inclu-

íam a pluralização de cenários e a vinculação das escolas aos equipamentos de saúde, o que fortaleceria o SUS e acompanharia o desenvolvimento das suas estruturas. Mas fato é que o enfoque na atenção primária, considerando o Programa de Saúde da Família (PSF) que, aos poucos, aumentava suas equipes e territórios de atuação, implicava reformulação da educação médica, em uma efetiva transformação no modelo flexneriano e hospitalocêntrico que ainda era dominante. Articulavam-se, desta forma, na experiência da ABEM, intenções e práticas para a construção do perfil do médico que se queria formar em diálogo com as demandas do SUS e do governo. Este, após a aprovação da LDB em 1996, publicou edital convocando instituições de ensino superior para apresentar propostas que subsidiassem a escrita das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação, então sob responsabilidade de uma comissão de especialistas formada no âmbito da SESu/MEC. A trajetória da ABEM junto com a Rede UNIDA neste processo foi relatada por Regina Célia de Rosa Stella e João José Batista de Campos:

No XXXVII Congresso da ABEM, em outubro de 1999, os diretores das escolas médicas presentes examinaram o documento da comissão de especialistas (...) pediram à diretoria da ABEM que, pautada na experiência adquirida graças à participação em projetos da entidade (EMA & CINA-EM), solicitasse à SESu/MEC a sua revisão. (...)

Em agosto de 2001, a pedido da ABEM e da Rede UNIDA e com a presença de representações da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, Diretoria de Políticas da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde, além de outras associações profissionais da área de saúde, o Conselho Nacional de Educação promoveu em sua sede, em Brasília, uma audiência pública, para apresentação e discussão das propostas nacionais de diretrizes curriculares da áreas. Esta audiência encerrou a fase de elaboração das propostas, que passaram a ser apreciadas pela Câmara de Ensino Superior do CNE.

Nos anos 2000, os temas destacados nas mesas e nos trabalhos apresentados voltaram-se para aspectos pedagógicos da docência.

As diretrizes curriculares para a medicina foram, finalmente, aprovadas com ligeiras modificações da proposta construída consensualmente pela ABEM, Rede UNIDA e outras entidades, por meio da Resolução n. 0718/2001 do CNE, homologadas pelo ministro da Educação e publicadas no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001. (...)

Aprovadas as diretrizes curriculares, a ABEM passou a discutir sua implementação, colaborando com a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde e com a Diretoria de Políticas da SESu na construção de uma proposta de incentivo às transformações curriculares nos cursos de medicina, o Promed, lançado em dezembro de 2001 e iniciado em 2002 com 18 escolas médicas que tiveram seus projetos selecionados por pares avaliadores.⁶

A trajetória dos debates dos congressos dos anos 2000 permite afirmar uma importante alteração que cabe relatar e aquilatar. Talvez acompanhando o recuo do movimento pela Reforma Sanitária⁷, os temas destacados pela diretoria para mesas e pelos trabalhos livres apresentados voltaram-se para aspectos pedagógicos da docência e especificidades de estudos clínicos. Claro está que assuntos como a formação de médicos considerando as Ciências Sociais e os determinantes sociais em saúde, a implantação do SUS e as mudanças curriculares exigidas neste processo, permitem reconhecer a militância em favor da aproximação escola/sociedade/equipamentos de saúde, mas a dimensão totalizante da Reforma Sanitária desenhada nos anos 1970 e 1980, e que havia liderado os processos de construção da 8ª CNS e de escrita da Constituição de 1988, pareceu fragmentar-se em especificidades de métodos de ensino e modos de modernização dos estudos clínicos. O depoimento de Mourad Belaciano (página a seguir) tipifica o argumento, já que destaca questões de ordem pedagógica e de formação profissional em relação ao SUS. Dessa forma, se a crítica à especialização precoce se mantinha, na prática,

como as DCNs não eram impositivas, os novos modelos curriculares, assim como a indução para fortalecimento da formação de profissionais que pudessem ser absorvidos na atenção primária, contribuíram para que a reforma fosse apenas setorial, ou seja, o fortalecimento e a expansão do SUS, mas não para uma efetiva Reforma Sanitária. Afirme-se, porém, que, em um país cindido por desigualdades e iniquidades, a implantação do SUS significou muito para a cidadania e a garantia da saúde como direito e responsabilidade do Estado. Como afirmado na introdução deste livro, a ABEM atuou sempre dentro da normatividade própria da política, a partir da correlação de forças que se estabelecia nas diferentes conjunturas entre ações governamentais, políticas de Estado, interesses públicos e privados das escolas médicas, pressão dos estudantes, nomeadamente da DENEM, e interesse social.

O COBEM de 2000 foi realizado em setembro, na cidade de Petrópolis (RJ), com o tema *Educação Médica, compromisso de quem?* Os anais publicados trazem apenas resumo das apresentações dos temas livres, mas as listas destes e a programação reproduzida na página 127 corroboram a hipótese apresentada acima.

Nos anos 2000, os congressos seguiram esta estrutura de distribuição dos temas: dis-

⁶ STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das diretrizes curriculares nacionais na graduação... Op. cit., p. 76-77. In: BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA S. H. S. S. *Educação médica no Brasil*.... Op. cit. As DCNs de 2001 são pormenorizadas. A íntegra das DCNs de 2001 foram publicadas no Boletim da ABEM de set./out./nov./dez. de 2001.

⁷ PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira*.... Op. cit.

cussão de currículos e de processos de avaliação das escolas médicas e dos formados, em forte oposição ao “provão” que era feito pelo MEC e defendendo os caminhos propostos a partir dos trabalhos da CINAEM; mercado de trabalho para profissionais da saúde em relação à abertura de novas escolas; fases, especificidades e processos de ensino/aprendizagem, como internato, residência, pós-graduação e educação continuada, além de metodologias modernas, como aprendizado a partir de problemas; integração entre escolas e serviços a partir do desenvolvimento

do SUS e do PSF (a partir de 2006 chamado de Estratégia de Saúde da Família – ESF –, dentro da atenção primária); e, neste caso novidade, mesas dedicadas a debater especialidades, como epidemiologia, cirurgia experimental e ensino de oncologia. A mesma tendência pode ser observada nos boletins, que passaram a informar sobre congressos de especialidades, a entrevistar especialistas em patologia clínica, medicina laboratorial, entre outros exemplos, e a noticiar sobre tratamentos novos ou cursos de diagnóstico para determinadas doenças, ao mesmo tem-

A educação médica passou por um momento [em] que ela tentava superar ser apenas uma educação meramente descritiva, meramente prescritiva, meramente disciplinar, aquela composta por um conjunto de disciplinas em sequência, para passar a se organizar uma educação e formação médica espelhada em redes de atenção à saúde, em torno de grandes blocos temáticos, necessariamente multidisciplinares com forte integração entre disciplinas afins, o que levou ao questionamento sobre como ocorre a transmissão e avaliação do conhecimento; sobre como o estudante aprende o essencial da profissão (e não somente com o professor ensinando), com tudo isso mudando muito a forma de se encarar o próprio currículo médico. Buscava-se uma mudança significativa no olhar das escolas. Curiosamente, o MEC, observando essa procura por parte das escolas médicas, oportunamente incorpora o sentido dessas mudanças e induz oficialmente novos rumos educacionais à educação médica. Em 2001 o MEC posiciona-se lançando as chamadas “Diretrizes Nacionais Curriculares”. As novas Diretrizes Nacionais Curriculares do MEC vinham no bojo do desdobramento das diretrizes da própria LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Uma diretriz vinda de um órgão oficial (o MEC) que autoriza e certifica o funcionamento de cursos, tem nas Diretrizes Curriculares a correspondência a uma lei de educação médica. Então a homologação dessas diretrizes foi uma resposta oficial ao movimento nascido nas escolas organizadas nacionalmente em torno da ABEM; as diretrizes deram nova forma ao currículo; ainda que genéricas, elas trouxeram uma nova organicidade, que o movimento por mudanças, enquanto movimento social, não tinha como legalizar e legitimar, função que cabe ao Estado. Faltava a praticidade do que as diretrizes propunham, o ‘como fazer as

mudanças’ e para isso as escolas teriam que continuar a busca e sair da ‘zona de conforto’ e da ‘mesmice’ com que operavam os currículos tradicionais. A ABEM compreendeu esse momento e esse movimento, importantíssimo, e passa a conduzir tecnicamente discussões que permitissem clarear temas complexos e até polêmicos para as escolas e professores buscarem suas respostas, daquilo que gira em torno de um currículo e da formação profissional de qualidade, questões, repito, que tinham sua complexidade, que traziam sempre perguntas novas ainda sem soluções pertencentes ao campo educacional. A partir do momento em que as Diretrizes Curriculares se tornam referência, [se] dá prazo para as escolas se adaptarem, e as escolas novas para entrarem tinham que se adequar e estar conforme as diretrizes do MEC. Elas vinham ávidas atrás da ABEM, para saber quem tinha essa experiência com essas (novas) metodologias ativas, com novos currículos problematizadores, com novos processos avaliativos, com essa nova gestão da educação médica. Então, as diretrizes consolidam e oficializam esse movimento, que era um movimento que vinha da sociedade civil; foi riquíssimo esse momento da história da educação médica brasileira. Eu acho que a própria universidade brasileira ganhou muito com esse movimento na área da saúde, os outros cursos não tinham (acho que muitos não têm até hoje) essa riqueza que tivemos no campo das profissões da saúde, justamente porque veio no contexto do movimento social, veio do próprio movimento do SUS, veio junto da busca por novos recursos humanos necessários ao setor saúde brasileiro.

Mourad Belaciano.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
9 de fevereiro de 2022.

PROGRAMA COBEM 2000

Atividades pré-congresso

ATIVIDADE	COORDENAÇÃO
I Seminário de Medicina: Para melhorar não basta avaliar	INEP/MEC
Docência Médica no Contexto das Transformações Sociais	Nildo Batista
Implementando Currículos com ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas): Experiência da FAMEMA e da UEL	Samuel Silva da Silva
História da Educação Médica no Brasil	ABEM – Palestrantes: Flávio Coelho Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca
Instrumentos e Experiências de Cogestão: Na escola médica e na residência médica	DENEM – Ministrantes: Gastão Wagner dos Santos (UNICAMP), Roberto Terra Nova (CNRM)

Mesas-redondas

Compromissos com a Escola Médica

Presidente	Regina Celes de Rosa Stella	UNIFESP, ABEM
Expositores	Benedictus Philadelpho de Siqueira	UFMG
	Márcio José de Almeida	UEL
	Roberto Luiz Liza Curi	MEC/SESu
	Hélder Aurélio Pinto	DENEM

Compromissos com a Pós-graduação/residência médica

Presidente	José Guido Corrêa de Araújo	UPE, ABEM
Expositores:	Cláudio Duarte	Ministério da Saúde
	Reynaldo Ayer de Oliveira	UNESP/Botucatu, CNRM
	Luiz Alberto Bacheschi	USP, FUNDAP
	Mônica Sampaio de Carvalho	ANMR

Compromissos com a Educação Continuada

Presidente:	Mário Chaves	UFRJ
Expositores:	Eleuses Vieira de Paiva	AMB
	José Paranaguá Santana	OPAS
	Edson de Oliveira Andrade	CFM
	Representantes dos usuários	

po em que a formação médica em acordo com o SUS e a expansão da atenção primária também eram fortemente defendidas.

Na ata da reunião do Conselho da ABEM realizada no COBEM de 2000, o Relatório da Diretoria Executiva destacou as atividades da entidade no ano, e cabe citar o desenvolvimento da terceira fase da CINAEM, “o início de uma ação conjunta com o Ministério da Saúde para o ordenamento dos recursos humanos para o SUS”, a “oficialização da Coordenação Discente nos Núcleos Regionais” e a implantação do projeto da Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM). Observe-se que estamos no ano 2000, ano em que a EC 29 definiu a vinculação de recursos para a saúde e em que se realizou a 11ª CNS com o tema *Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*⁸, na qual ficaram evidentes os descompassos entre as estruturas do SUS, que se iam criando e expandindo, e as estruturas sociais de um país cujos perfis epidemiológicos reportavam-se à pobreza e ao subdesenvolvimento, nos termos da época. Assim, enquanto o debate sobre o ensino médico, considerando as especialidades e novas metodologias ativas de ensino, ganhava espaço nos seminários, boletins e congressos, a ABEM se aproximava do poder público para influir no processo de indução das transformações curriculares em favor das necessidades de recursos humanos do SUS, movimento que ganharia maior intensidade com a aprovação das DCNs em 2001 e com a mudança de governo federal em 2002. Alguns exemplos merecem destaque.

A RAEM, projeto de iniciativa da ABEM por meio de sua diretora executiva, Jadete Lampert, tinha por objetivo aproximar pesquisadores, instituições, professores e alunos dos debates sobre a educação médica, incentivando a pesquisa científica nesta área. Nesse mesmo ano, a ABEM desenvolveu, em parceria com a FIOCRUZ, o projeto *História da Educação Médica no Brasil no século XX*. Este projeto deu origem a um conjunto de artigos publicados inicialmente nos boletins de

2002 e 2003 e, depois, nos Cadernos da ABEM em 2005, assinados por Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca⁹. Além disso, o tema da avaliação das escolas e dos formados, assim como a qualidade da inserção destes no mercado de trabalho, levou ao desenvolvimento de projetos de avaliação que acompanhassem o andamento da graduação. Foi neste contexto que se discutiram projetos de acreditação e certificação das escolas. Para iniciar esta discussão, a CINAEM promoveu o *Seminário Internacional de Acreditação Institucional e Certificação Profissional*, na EPM/UNIFESP. O evento contou com representantes do Ministério da Saúde e concluiu pela necessidade de levar o debate para escolas, sindicatos, entidades e associações, para amadurecimento individual e coletivo. Por isso, a ABEM promoveu, junto com o INEP, seminários pré-COBEM de 2000 para discutir o “provão” que vinha sendo aplicado pelo MEC e era considerado aquém dos imperativos de avaliação colocados pela realidade das escolas e pela implantação do SUS.¹⁰ A partir de 2000, a CINAEM entraria em sua quarta fase, na qual “as escolas, sabedoras de suas potencialidades e também dificuldades, assumiriam a condução das propostas de mudanças”.¹¹ Essa quarta etapa, portanto, coincidiu com a aprovação das DCNs em 2001 e com o início dos governos do PT a partir de 2002. Os problemas que seriam enfrentados nesta fase foram sumariados no Boletim da ABEM de set./out./nov./dez. de 2000, que apresentou um resumo das discussões do 10º Fórum Nacional de Avaliação das Escolas Médicas:

*Os resultados da discussão realizada nos grupos apontaram facilidades encontradas na concretização das fases, como a credibilidade conquistada pela CINAEM, a parceria entre as escolas e a otimização de recursos através da RAEM. Mas a discussão dos grupos também mostrou dificuldades, como o conservadorismo de algumas instituições de ensino, a falta de mecanismos de pressão dos professores das escolas públicas e limitações para expor as próprias falhas.*¹²

8 Relatório final da 9ª CNS disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_11.pdf. Acesso em julho de 2022.

9 Faziam ainda parte da equipe do projeto Sérgio Rego e Antenor Amâncio Filho.

10 ABEM, *Boletim*, volume XXVIII, jul./ago. 2000.

11 ABEM, *Boletim*, volume XXVIII, set./out./nov./dez. 2000.

12 Idem, p. 12.

13 Para um aprofundamento sobre os projetos de avaliação a partir da LDB de 1996, consultar: STELLA, R. C. R.; ABDALLA, I. G. Avaliação das escolas médicas no Brasil segundo modelo oficial/MEC. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. Educação médica – gestão, cuidado avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 414-438.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA NOTA OFICIAL

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), criada em 1962 e reconhecida de utilidade pública pela Presidência da República, que têm como objetivos o aprimoramento da educação médica, por meio do congraçamento das escolas médicas e de saúde pública do Brasil, com vistas a atender às necessidades médicas do País e o aperfeiçoamento dos métodos nas instituições de ensino médico, compreendendo desde o processo de ingresso e avaliação do ensino-aprendizagem, até o estudo e o aperfeiçoamento das teorias de educação médica, entre outros, vem a público manifestar-se de forma oficial a respeito dos "Critérios para atribuições de Conceitos aos Cursos: um estudo" apresentado pela consultoria, com a colaboração da equipe técnica da Diretoria de Avaliação do Ensino Superior, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais com vistas ao **Exame Nacional de Cursos – ENC** (Provão), do Ministério da Educação (MEC), publicado em 2000, a ser aplicado em 2001.

Permitimo-nos as ponderações seguintes:

- Inicialmente reafirmamos os termos de nossa nota oficial de 28 de janeiro de 2000 em que consideramos "ser a avaliação processo indispensável e indissociável do ensino-aprendizagem, devendo dispor de diversificados, múltiplos e validados instrumentos, que não se restrinjam apenas aos aspectos cognitivos, mas também às habilidades e atitudes, correspondendo a um anseio e direito inalienáveis da sociedade brasileira". Entendemos, porém que "o ENC (Provão), da forma como foi concebido, continua sendo intrinsecamente limitado na pretensão de avaliar habilidades e atitudes indispensáveis ao exercício da boa prática médica, acrescido do fato de que "a classificação, como foi feita, das instituições em faixas de conceitos de A a E, foi normativa, arbitrária e não criteriosa, pois, utilizou resultados de uma prova com baixo poder discriminatório, com desvio padrão pequeno, representando médias muito próximas";

- A evidência mostra que aqueles fatos se repetiram no ENC de 2000, fazendo com que a faixa de conceitos A englobasse 11 cursos, com médias entre 55.6 e 50.5, a faixa de conceito B englobasse 16 cursos, com médias entre 50.5 e 45.6, a faixa de conceito C englobasse 33 cursos, com médias entre 45.6 e 39.9, a faixa de conceito D englobasse 15 cursos, com médias entre 39.9 e 36.9 e a faixa de conceito E englobasse 6 cursos, com médias 36.9 e 19.7. Assim, mais uma vez, os conceitos não foram correlacionados às médias reais alcançadas, de forma individual e absoluta, por cada Instituição, favorecendo confusa interpretação, por parte da comunidade, de que os conceitos A e B correspondem a centros de excelência e os conceitos D e E correspondem a Instituições passíveis de fechamento por seu sofrível desempenho.
- O estudo acima referido apresenta posicionamento, já assumido pelo Ministério da Educação como "decisão" para 2001, de que a distribuição em conceitos continuará e mudará apenas a forma de distribuí-los, utilizando o desvio padrão e a média geral ao invés de percentuais pré-determinados.
- Entendemos que a nova "decisão" não modifica muita coisa, pois continuaremos a contar com a apresentação das Instituições distribuídas em conceitos de A a E, mascarando suas médias corrigidas, omitindo as médias absolutas e fazendo com que a população pense que contamos com algumas **Excelentes** e outras **Sofríveis**, quando em verdade não existe uma distância tão grande entre todas.

A Associação Brasileira de Educação Médica posiciona-se portanto contra mais este "artifício estatístico" de atribuir-se **Conceitos**, sem correlaciona-los de forma explícita e irrefutável com as médias reais, alcançadas de forma justa ou injusta, pelos alunos de cada Instituição. É preciso se recompor o princípio ético de expor-se toda a metodologia e os resultados alcançados para se fundamentar análises e conclusões que influenciarão de forma importante o Ensino de nosso País.

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2001.

A LDB de 1996 definiu que o credenciamento das instituições de ensino superior seria temporário, ou seja, seria necessária uma avaliação a partir de certo prazo de validade do credenciamento anterior. A partir de 2001, por decreto, o INEP/MEC ficou responsável pelos esforços de mobilização para a execução das avaliações. A primeira proposta vinda do MEC foi alcunhada de "provão", e considerada insuficiente pela ABEM e outras entidades médicas, já que privilegiava medir as informações que o graduado em medicina podia reproduzir. Em 2004, já no governo Lula, o "provão" seria substituído pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES),

que prevê autoavaliação institucional, avaliação institucional externa, avaliação das condições de ensino e processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área (PAIDEIA). O ENADE teria duas provas, uma de meio e outra de final de curso nas quatro grandes áreas de Ciências Humanas, Ciências Biológicas, Ciências Exatas e Ciências da Saúde. O SINAES recebeu apoio da ABEM, por privilegiar o processo de formação em relação ao andamento da graduação e não apenas por seus resultados medidos por conhecimento reprodutível.¹³ No quarto boletim da ABEM de 2001, a crítica ao provão foi bastante forte.

No ano de 2000, o governo federal criou um grupo de trabalho, do qual a ABEM fez parte por meio de sua então presidente, Regina Stella, para elaborar um programa que atendesse a municípios do interior onde havia carência de serviços e profissionais médicos. Este grupo de trabalho instituiu o *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)*, “primeiro projeto federal de intervenção objetiva na lotação de médicos e enfermeiros em municípios desprovidos ou com precários serviços médicos sanitários”.¹⁴ Esperava-se induzir a interiorização “da força de trabalho de médicos e enfermeiros, através da equipe de saúde da família consolidando o SUS”.¹⁵ A escolha dos municípios respondeu a indicadores sociais e epidemiológicos, acompanhando o processo de expansão da atenção primária e, dentro dela, o PSF, e consolidando a trajetória de descentralização e municipalização da gestão. O PITS selecionava profissionais, médicos e enfermeiros, que recebiam curso de especialização em Saúde da Família para atuar em Unidades Básicas de Saúde, com abordagem coletiva e de clínica individual. O programa realizou seleção de profissionais e municípios entre 2001 e 2003, atuando em 220 municípios localizados em 20 estados, deixando como legado, além da contribuição para a expansão da atenção primária, o debate sobre as dificuldades de se enraizar profissionais médicos em lugares distantes sem compensação financeira e, principalmente, sem os equipamentos de trabalho necessários para a clínica individual e a perscrutação epidemiológica do território, e neste caso, de novo, trata-se da definição de recursos para montagem das equipes e das instalações. O assunto ocuparia os boletins da ABEM nessa década, já que a formação de recursos humanos para o SUS exigia mais do que a transformação do currículo, era preciso considerar as realidades dos territórios e a disponibilidade de equipamentos e recursos.

As divergências esboçadas seriam acirradas na medida em que a ABEM participava dos programas de indução do governo federal, e

No início do século 21, a aproximação da ABEM com o governo foi registrada por Regina Stella no boletim da entidade.

2 Boletim **ABEM** JANEIRO / FEVEREIRO DE 2001 EDITORIAL

A ABEM E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E ENSINO

Cresce o reconhecimento da ABEM como entidade a ser ouvida na formação de política pública de formação de recursos humanos e sua interface com os serviços e mercados de trabalho em saúde.

Além do endosso do Ministério da Educação à proposta da ABEM/CINAEM/Rede Unida de Diretrizes Curriculares para a Graduação Médica a entidade foi convidada a integrar o Comitê Executivo do Programa de Interiorização e Ensino Serviço / PIES.

O Ministério da Saúde incluiu a ABEM em comissão encarregada de formular um Programa de Interiorização de Saúde (PITS). A proposta elaborada por esta comissão originou um decreto presidencial (decreto nº 3.745 de 05/02/01) validando um programa institucional oficialmente

o programa que prevê a distribuição de equipes médico-enfermeiro para 150 municípios selecionados por não possuírem programa de atenção básica à saúde e apresentarem taxas de mortalidade infantil acima de 80 por mil nascidos vivos e considerados prioritários no controle da malária e/ou tuberculose e/ou hanseníase. Aos profissionais será oferecido um programa de tutoria e um curso de especialização em atenção básica, modalidade à distância.

Na continuação da aproximação da ABEM e Ministério da Saúde será realizado, nos dias 26 e 27 de março, encontro das escolas médicas e secretaria de políticas do ministério para apresentação e debate de programas que tem interface com a formação de recursos humanos.

Prof.^a Regina Celes de Rosa Stella
Presidente / ABEM

chegariam a uma forte divisão dentro da CINAEM, explicitada no COBEM de 2001, realizado no mês de setembro, no município de Belém (PA), com o título *Avaliações no ensino médico: Impactos e desafios*. A DENEM retirou-se da CINAEM, por considerar que era preciso recuperar o projeto original, fato que evidencia as dificuldades de efetivar políticas de indução para as transformações esperadas.¹⁶ A DENEM esperava maior protagonismo da ABEM perante o governo federal e dentro da CINAEM, mas a associação pautava suas ações pela consecução de projetos negociados que pudessem ser absorvidos a partir de programas de incentivo, respeitando as características das escolas. Além disso, a aproximação e a colaboração com o governo, que se

14 STELLA, R. C. R.; BATISTA, N. A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. *Educação médica em transformação* – Instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/Hucitec, 2006, p. 329.

15 ABEM, *Boletim*, volume XXVIII... Op. cit., p. 18

ampliaria a partir de 2002, tanto no MEC quanto no Ministério da Saúde, criaria fissuras que, se por vezes podem ser reportadas às escolhas políticas e ideológicas da diretoria, por outras vezes trazem as marcas dos recuos necessários em relação a projetos originais quando colocados nas esferas de governo. Nessas esferas, além dos constrangimentos financeiros, existem as negociações diante dos interesses que se manifestam. No caso aqui estudado, reiteram-se questões de estratos de tempo longo e historicamente construídas: gastos tributários do governo diminuindo a capacidade de financiar a saúde em sua integralidade constitucional, dificuldades para elaborar uma carreira médica para o SUS, resiliência do binômio consultório/hospital, além de campanhas contra o SUS destacando a “melhor qualidade” dos serviços oferecidos pelos planos privados de saúde.

Essas discussões eram agravadas pelas disputas em torno dos critérios para se abrir novas escolas médicas. De acordo com a Constituição e os trabalhos da CINAEM, novas escolas deveriam ser criadas em acordo com o processo de fortalecimento do SUS e da atenção primária. No final do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), haviam sido abertos 28 novos cursos de medicina. Proporcionalmente foi o período com maior abertura de escolas médicas no país, mas a maioria não havia sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.¹⁷ A tendência se manteve no primeiro governo Lula. Uma expansão que ocorreu em paralelo às reformas no ensino médico que vinham sendo implementadas em acordo com as DCNs e que enfatizavam a formação do médico generalista, ao contrário do que os currículos tradicionais apontados pela CINAEM faziam em sua prática cotidiana e que as novas escolas tendiam a reproduzir.

O primeiro Boletim da ABEM de 2001 explicitou o problema da falta de profissionais médicos com residência em Medicina Geral Comunitária ou em cursos de especialização em Saúde da Família. Repercutindo a entrevista do

boletim anterior com Maria Helena Machado, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ que havia realizado pesquisa, em parceria com o Ministério da Saúde, “para conhecer melhor perfil dos profissionais que atuam no PSF”¹⁸, o boletim entrevistou Evandro Guimarães de Souza, então coordenador regional da CNRM em Minas Gerais. O professor afirmou que tais programas de residência e especialização ainda eram insuficientes para atender às necessidades do PSF.¹⁹ Nesse mesmo boletim foi apresentada a experiência de residência médica em Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, e a professora Susana Maciel Wuillaume, da FIOCRUZ, publicou um artigo sobre “O preceptor da residência médica”, apontando que são necessárias competências didático-pedagógicas e não apenas competências técnicas, científicas e experiência profissional para o bom exercício da preceptoria.

O COBEM de 2001, realizado no mês de setembro, no município de Belém (PA), teve como tema central *Avaliações no Ensino Médico: Impactos e desafios*. Sua programação buscou equilibrar os debates sobre avaliação das escolas médicas, ensino médico considerando aspectos pedagógicos e a relação das escolas e HUEs com o SUS,

16 O Fórum Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, que aconteceu com o COBEM desde quando fora instalada a CINAEM, continuaria a acontecer, mas agora como evento ligado mais especificamente à ABEM e à DENEM.

17 BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. *Abertura de escolas médicas no Brasil...* Op. cit., p. 23.

18 ABEM. *Boletim*, volume XXVIII... Op. cit., p. 23 e 24.

19 ABEM. *Boletim*, volume XXIX, jan./fev. 2001, p. 5.

As discussões da década eram agravadas pelas disputas sobre os critérios para abertura de novas escolas médicas, considerando o SUS e a atenção primária.

mas também abriu espaço para temas específicos, como a oncologia (programação ao lado).

Mesmo observando a polissemia dos temas, é possível constatar o envolvimento da ABEM com o tema da avaliação, não apenas para que os resultados da CINAEM fossem incorporados na definição de novas políticas de avaliação, mas também para que as comunidades das escolas pudessem fazer parte do processo, o que também era reivindicação da DENEM, e para que a avaliação e a reconstrução da educação médica resultante dela articulasse as escolas e os HUEs ao SUS. A diretoria da ABEM, na direção apontada pelos grupos de discussão e palestrantes, apoiou o lançamento, em dezembro de 2001, do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), uma iniciativa da SESu/MEC e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. No quinto boletim de 2001, os objetivos do programa foram detalhados:

Objetivo geral

Reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

Objetivos específicos

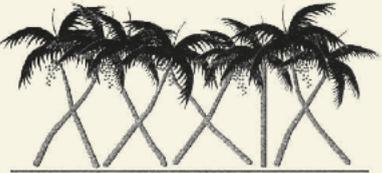
Estabelecer, de forma sistemática e autossustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas.

Deslocar o eixo central do ensino médico da ideia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.

Propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando

6 BOLETIM **ABEM**
JULHO / AGOSTO DE 2001



**CONGRESSO BRASILEIRO DE
EDUCAÇÃO MÉDICA**

PROGRAMAÇÃO

26 / SETEMBRO / 2001 • QUARTA-FEIRA

PALESTRAS PRÉ-CONGRESSO (abertas)

10:45H ÀS 12:45 / 14:30H ÀS 18:30H

Local: UEPA - Campus Perepebui

- 1- PROFESSORES, TUTORES, ORIENTADORES OU FACILITADORES. QUEM SOMOS E O QUE FAZEMOS?
Coordenador/Expositor: Ricardo Shoitai Komatsu - SP
- 2- AVALIAÇÃO NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DE ACORDO COM AS NECESSIDADES SOCIAIS
Coordenador/Expositor: Rogério Carvalho - SE
- 3- ENSINO MÉDICO:
A VISÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
Sub-Tema: ÉTICA E HUMANISMO NO ENSINO MÉDICO
Coordenador/Expositor: Genário Alves Barbosa - DF
Edson de Oliveira Andrade - DF
Sub-Tema: JULGAMENTO SIMULADO ÉTICO
Coordenador/Expositor: Edson de Oliveira Andrade - DF
- 4- CURRÍCULO E EDUCAÇÃO MÉDICA
Coordenador/Expositor: Nildo Alves Batista - SP
- 5- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTERIORIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA
Coordenador/Expositor: Paulo Edson - PA
Eliana Feijó Leite - AM
- 6- METODOLOGIA NO ENSINO MÉDICO
Coordenador/Expositor: Marcos Mazzeto - PA
- 7- APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS
Coordenador/Expositor: Ruy Guilherme de Souza - RR

ABERTURA OFICIAL

Teatro Maria Sylvania Nunes - Estação das Docas do Pará

20:00h - Cerimônia de Abertura
21:00h - Conferência:
REPENSANDO A ARTE DE ENSINAR A CIÊNCIA DA VIDA
Conferencista: Benedictus Philadelpho-MG
22:00h - Atividade Cultural e Coquetel

27 / SETEMBRO / 2001 • QUINTA-FEIRA

MESA REDONDA

08:00 ÀS 10:30 H • CENTUR - SALA I

Tema:
I - POLÍTICAS DE AVALIAÇÃO:
PERSPECTIVAS E DESAFIOS

- POLÍTICA DE AVALIAÇÃO NO BRASIL
Expositor: Regina Celes de Rosa Stella - SP
- POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
Expositor: Lucíola Pessoa Cavalcante - AM
- ASSIMETRIAS REGIONAIS: PROPOSTAS E DILEMAS
Expositor: Edmundo Gallo - PA

GRUPOS DE DISCUSSÃO

10:45 ÀS 12:45 H

Temas:

- 1- ANÁLISE ATUAL E PROPOSTAS PARA O ENSINO DA ONCOLOGIA E DA METABOLOGIA
Local: CENTUR - SALA 1
Expositores: Jonas Cortez Moreira Junior - PA
Maria Alice Sigaud Machado Coelho - RJ
- 2- ANÁLISE ATUAL E PROPOSTAS PARA O ENSINO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Local: CENTUR - SALA 2
Expositores: Waldir Araújo Cardoso - PA
Antônio César Neves - PA
- 3- CIRURGIA EXPERIMENTAL NO ENSINO E NA PESQUISA
Local: CENTUR - SALA 3
Expositores: Elizabeth Yamada - PA
Marcus Vinícius Henriques Brito - PA
Djalma José Fagundes - SP
- 4- OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.
Local: CENTUR - SALA 4
Expositores: Ana Cláudia Damasceno - PA
Reinaldo Ayer de Oliveira - PA

14:30 ÀS 16:00 • CENTUR - SALA 3

Reunião de Diretores e Coordenadores de Curso

16:30 ÀS 18:30 H • CENTUR - SALA 3

Reunião de Diretores e Coordenadores de Curso

16:30 ÀS 18:30 H • CENTUR - SALA 4

Reunião das Bibliotecárias - RAEM

18:30 ÀS 19:30 H • CENTUR

Reunião de Entidades

18:30 ÀS 19:30 H • CENTUR - SALA I

II Encontro das Assessorias Pedagógicas

132

28 / SETEMBRO / 2001 • SEXTA-FEIRA

MESA REDONDA

08:00 ÀS 10:30 H • CENTUR - SALA 1

Tema:

2 - EDUCAÇÃO MÉDICA E A IMPLANTAÇÃO DO SUS: IMPACTOS DA AVALIAÇÃO

- RECONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA E O SUS: COMPETÊNCIA E COMPROMISSO
Expositor: Paulo Elias - SP
- ESCOLA MÉDICA, POLÍTICAS DE AVALIAÇÃO E O SUS: BUSCANDO ARTICULAÇÕES.
Expositor: Regina M. Giffoni Marsiglia - SP
- EXPERIÊNCIAS DE RECONSTRUÇÃO: PARCERIAS, TRAJETÓRIAS E INOVAÇÕES.
Expositor: Cláudio Duarte da Fonseca - DF

GRUPOS DE DISCUSSÃO

10:45 ÀS 12:45 H

Temas:

- 5- HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. TODOS À PARTE OU A PARTE DO TODO?
Local: CENTUR - SALA 1
Expositores: José Wilson de Souza Cavalcante - AM
Hélio Franco - PA
- 6- ANÁLISE ATUAL E PROPOSTAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Local: CENTUR - SALA 1
Expositores: José Paranaçu Santana - DF
Silvano Baraúna - AM
Margareth Imbiriba - PA
- 7- EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÕES DE NOVOS MODELOS CURRICULARES
Local: CENTUR - SALA 1
Expositores: Angélica Maria Bicudo Zeferino - SP
Ruy Guilherme de Souza - RR
João José Batista de Campos - PR
- 8- O DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS INTER-INSTITUCIONAIS NA PÓS-GRADUAÇÃO
Local: CENTUR - SALA 1
Expositores: Nildo Alves Batista - SP
João Guerreiro - PA
Pamela Marlearty - USA

14:30 ÀS 18:30 • CENTUR - SALA 1

XI Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)

18:30 ÀS 19:30 • CENTUR - SALA 1

Reunião de Diretores e Coordenadores de Curso

18:30 ÀS 19:30 • CENTUR - SALA 2

Encontro de Medicina Preventiva

18:30 ÀS 19:30 • CENTUR - SALA 3

Encontro dos Serviços de Apoio Psico-Social

29 / SETEMBRO / 2001 • SÁBADO

MESA REDONDA

08:00 ÀS 10:30 H • CENTUR - SALA 1

Tema:

3 - EDUCAÇÃO MÉDICA E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO: IMPACTOS DA AVALIAÇÃO

- POLÍTICAS EDUCACIONAIS E A PESQUISA NO BRASIL
Expositor: Simon Schwartzman - RJ
- CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO: INTEGRAÇÃO, PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO
Expositor: Márcio José de Almeida - PR
- EDUCAÇÃO NA PÓS-MODERNIDADE
Expositor: Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira - SP

09:30 ÀS 11:00 • CENTUR - SALA 2

Modelo de Dinâmica de Ensino: Método de Ensino - Correlação Anátomo-Clinica
Coordenador/Expositor: Maria Aparecida Barone

10:45 ÀS 18:30 • CENTUR - SALA 2

XI Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)

18:30 ÀS 19:30 • CENTUR - SALA 1

Reunião dos Conselheiros da Revista Brasileira de Educação Médica

18:30 ÀS 19:30 • CENTUR - SALA 1

Reunião das Regionais da ABEM

30 / SETEMBRO / 2001 • DOMINGO

08:00 ÀS 10:30 H • CENTUR

Reunião do Conselho da ABEM

08:00 ÀS 16:00 • CENTUR - SALA 3

Reunião da ABRAHUE

10:45 ÀS 12:45 • CENTUR

Plenária Final

prepará-los para a autoeducação permanente num mundo de constante renovação da ciência.²⁰

As escolas foram convidadas a elaborar projetos de apoio à transformação curricular de modo a receber os incentivos do programa. Os objetivos publicados permitem afirmar que se tratava de induzir a formação do médico generalista pelas escolas. Um total de 19 propostas foram aprovadas em 2002, ano de início do programa. Em continuidade ao PROMED, em 2005 foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (Pró-Saúde), mas agora incluindo os cursos de enfermagem e odontologia.²¹ As duas iniciativas foram avaliadas positivamente nos boletins da ABEM, mas também foram apontadas dificuldades que precisavam ser superadas, especialmente no que diz respeito à identificação e ao estudo dos determinantes sociais em saúde, à promoção de saúde e à integração docente-assistencial, que continuava sendo feita prioritariamente no contexto hospitalar.²² Por isso, a ABEM atuava em muitas frentes. Talvez seja possível afirmar que a implementação do Fórum Nacional de Educação das Profissões em Saúde

20 ABEM. Boletim, volume XXIX, set./out./nov./dez. 2001, p. 13

21 Sobre os programas, consultar: CAMPOS, F. E. Projetos e perspectivas da SGTES/MS. In: *Cadernos Abem*, Volume 2, junho/2006, p. 95-96; GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação.... Op. cit.; PUCCINI, R. F.; ANDREAZZA, R. O Promed e o Pró-Saúde na UNIFESP: Contribuições para o aprimoramento do Projeto pedagógico. In: PUCCINI, R. F., SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. *A formação médica na UNIFESP – Excelência e compromisso social*, São Paulo: Editora da UNIFESP, 2008, p. 71-99.

22 FERREIRA, J. R. A interface entre o PROMED e o Pró-Saúde. In: *Cadernos ABEM*, Volume 2, junho/2006, p. 93-94.

(FNEPAS), a partir de 2004, tenha sido o ponto mais alto de atuação da ABEM pela transformação dos currículos nesses anos 2000.

Criado a partir da gestão de Francisco Eduardo Campos na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)²³, o FNEPAS²⁴ articulou diferentes instituições ligadas aos profissionais em saúde, como a ABEM, a ABRASCO, a Rede UNIDA e a ABRAHUE, e entidades que congregavam profissionais de psicologia, enfermagem, fisioterapia e odontologia, buscando avançar na mobilização e composição de equipes multiprofissionais e intersetoriais em saúde. Seus eixos estruturantes eram a educação permanente e a integralidade em saúde, com vistas ao fortalecimento da atenção primária e da ESF.²⁵

Os congressos de 2002 e 2003, o primeiro realizado em Fortaleza (CE) e o segundo em Florianópolis (SC), tiveram, respectivamente, os seguintes temas: *Mudanças na educação médica: processos e resultados* e *Formação médica e responsabilidade social*, mas infelizmente não temos os anais com todos os textos apresentados. No de 2002, temos apenas programação e resumos de pôsteres.²⁶ No de 2003, temos a programação e os resumos de pôsteres e de algumas discussões do Fórum Nacional de Escolas Médicas e da RAEM.

O COBEM de 2002 parece ter aumentado os tons da divergência da DENEM em relação à atuação da ABEM na quarta fase da CINAEM, já que havia forte crítica à burocratização das decisões e encaminhamentos e esperava-se maior aderência das escolas às transformações do ensino médico. A DENEM abandonou o colegiado da CINAEM e sugeriu sua reorganização a partir de novas parcerias, o que, de fato, a ABEM e a DENEM já vinham fazendo, especialmente a partir de 2003, quando aumentaram significativamente suas ações em parceria com o governo federal.

É de se destacar no COBEM de 2002, assim como nos boletins deste ano, aproximações da

FÓRUM NACIONAL DE ESCOLAS MÉDICAS

Belo Horizonte/MG - 15 a 17 de março de 2002

No dia 21 fevereiro de 2002, a diretoria da ABEM se reuniu no Rio de Janeiro para o planejamento do Fórum Nacional das Escolas Médicas.

O Fórum, uma promoção conjunta da ABEM e DENEM, reuniu - de 15 a 17 de março, em Belo Horizonte (MG) - docentes e estudantes de 72 escolas médicas brasileiras, além de representantes do CREMESP, ANDES, SIMESP e da Pastoral da Criança/BH. Das reflexões em torno do tema "Novas Ações na Transformação da Educação Médica" surgiram importantes deliberações sobre a continuidade do Projeto CINAEM, registradas no documento a seguir.

ABEM - DENEM - Documento Final

A Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM, promoveram, no período de 15 a 17 de março de 2002, na Faculdade de Ciências Médicas, da Fundação Lucas Machado, em Belo Horizonte - MG, o "Fórum Nacional de Educação Médica", com o Tema: "Novas Ações na Transformação da Educação Médica" e a seguinte pauta:

- Definir a participação da ABEM no colegiado da CINAEM;
- Estabelecer um pacto de construção coletiva em torno da transformação da educação médica;
- Elaborar um planejamento de ações e construção de uma agenda a ser desenvolvida em 2002.

Participaram do fórum 72 escolas médicas assim distribuídas: 14 da Regional SP, 03 da Regional Norte, 10 da Regional Nordeste, 17 da Regional RJ/ES, 01 da Regional Centro-Oeste, 11 da Regional MG, 09 da Regional Sul I e 07 da Regional Sul II, 04 Entidades - CREMESP, ANDES, SIMESP, e Pastoral da Criança/BH, congregando 89 docentes, 143 discentes e 08 outros participantes, que trabalharam em clima de forte cooperação e produção coletiva.

O primeiro ponto de pauta teve como termo de referência o posicionamento da Diretoria da ABEM, a saber:

A diretoria da ABEM, coordenadores regionais docentes e discentes, reunidos na sede da associação, no dia 21 de fevereiro de 2002, considerando:

- * a necessidade imperiosa de continuar o processo de construção coletiva, solidária e democrática da transformação da Educação Médica;
- * o imobilismo a que foram levadas as escolas médicas e todos os realmente interessados na construção de um novo modelo adequado às demandas sociais, pela dinâmica atual do colegiado da CINAEM;
- * a decisão da DENEM de retirar-se do Projeto CINAEM mantendo o compromisso de "manter acesa a chama da enorme construção coletiva destes 10 anos de Projeto CINAEM, através de um novo movimento de transformação da educação médica";

Decidem:

Indicar para o conjunto das escolas médicas a necessidade de retirar-se do colegiado da CINAEM, mantendo seus ideais finalísticos de aprimoramento da educação médica por meio do conagração das escolas médicas e de saúde pública do Brasil, com vistas a atender às necessidades médicas do País.

Os trabalhos foram iniciados com uma conferência de abertura: "História, Estado Atual e Potencialidades do Processo de Transformação da Educação Médica", proferida pelo Professor Benedictus Philadelpho de Siqueira.

No momento destinado aos relatos das atividades regionais os coordenadores, docentes e discentes, das regionais da ABEM demonstraram, através de seus relatos, que o movimento CINAEM de transformação da formação médica continua vivo congregando em muitos destes espaços a escola e entidades médicas

As discussões em grupo obedeceram critério regional agrupando docentes, discentes e convidados a foram dirigidas pelas coordenações docentes e discentes, das próprias regionais.

A plenária final estabeleceu por consenso os considerandos e deliberações abaixo relatados.

A plenária final do FÓRUM NACIONAL DE ESCOLAS MÉDICAS, realizado em 15 a 17 de março de 2002:

Considerando:

1. Compromisso das Escolas Médicas de continuar a transformação do ensino médico de acordo com as Diretrizes Curriculares elaboradas ao longo dos onze anos de trabalho do Projeto CINAEM, garantindo a continuidade da construção coletiva desse processo com a participação de estudantes, professores, entidades médicas e sociedade;
2. Que somente com o acordo e o envolvimento de todos se conseguirá estabelecer o consenso para mudanças necessárias e imprescindíveis que garantam a melhoria do ensino médico e a consolidação efetiva do SUS;
3. Ser a Escola Médica, docentes e discentes, sujeito essencial das transformações;
4. A legitimidade da ABEM e DENEM como representantes da Escola Médica no colegiado da CINAEM, entendendo que qualquer movimento que não conte com sua participação não atenderá aos princípios estabelecidos no processo da CINAEM;
5. Serem a ABEM e a DENEM as idealizadoras da CINAEM, bem como terem sido as principais responsáveis pela geração dos projetos e documentos elaborados até o momento;
6. As dificuldades representadas pela excessiva burocratização do colegiado da CINAEM e a negativa de discussão das decisões do XI Fórum Nacional de Avaliação de Escolas Médicas, realizado em Belém do Pará, durante o XXXIX Congresso da ABEM descaracterizando-o como parte legítima do processo;
7. Que apesar do imobilismo do atual Colegiado, a ABEM, através de suas Regionais, tem avançado nas discussões e transformações propostas pelo Projeto CINAEM;
8. Que o suporte financeiro, por si, não justifica a imposição de ações no Processo CINAEM.

Resolve:

- Referendar a deliberação emanada da Direção Nacional, com vistas a retirar-se do atual colegiado da CINAEM, mantendo seus ideais finalísticos de aprimoramento da Educação Médica;
- Reafirmar o compromisso de dar seguimento ao projeto CINAEM, reconpondo ou construindo novas parcerias que possibilitem ampliar o processo em curso;
- Reafirmar a legitimidade da ABEM e da DENEM como seus interlocutores;
- Estabelecer como órgão deliberativo da CINAEM os Fóruns conjuntos de representantes de escolas médicas e entidades: FÓRUM AMPLIADO DE ESCOLAS MÉDICAS;
- Atribuir ao Colegiado da CINAEM as seguintes funções: articulação política, representação, normatização, sistematização, viabilização e legitimação das deliberações dos Fóruns Ampliados das Escolas Médicas;
- Propor, como, agenda mínima:

1. Envio do relatório final do Fórum para todas as Escolas Médicas e Entidades presentes.
2. Desenvolvimento de ações locais nas Escolas Médicas.
3. Desenvolvimento de ações regionais, encontros, seminários, congressos.
4. Promoção de novo fórum, na segunda quinzena de junho de 2002, para elaboração do planejamento, detalhamento e definição das Ações para a Transformação, tomando por base o presente Relatório e o Consolidado Final do X Fórum de Avaliação da Educação Médica, realizado durante o XXXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica, em setembro de 2001, em Belém-PA.
5. XI Fórum Nacional de Avaliação da Educação Médica, a ser realizado em setembro de 2002, durante o XL Congresso Brasileiro de Educação Médica em Fortaleza-CE, centrado no Movimento de Transformação da Educação Médica, seus princípios, novas bases e pacto em torno do desenvolvimento coletivo, sem processos hegemônicos, realizado em benefício da melhoria da qualidade da formação médica e de seu reflexo em prol das necessidades de Saúde da população.



Reunião de planejamento do Fórum na sede da ABEM, no Rio de Janeiro

ERRATA

A relação das escolas médicas participantes do 39º Congresso Brasileiro de Educação Médica continha as seguintes incorreções:

- A Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP e a Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOB participaram regularmente do evento.
- A atual Faculdade de Medicina da UNB foi referida pela sua antiga denominação: Faculdade de Ciências da Saúde.

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica**Presidente**

Prof. Regina Coles de Rosa Stella

1º Vice-Presidente

Prof. José Guido Corrêa de Araújo

2º Vice-Presidente

Prof. Jair Araújo Junior

Secretário

Prof. Dery Streit

Tesoureiro

Prof. João José Batista de Campos

Diretora Executiva

Prof. Jadete Lampert

ABEM

Av. Brasil, 4036 / salas 1006 e 1008

Rio de Janeiro • RJ • 21040 361

Tel: (0xx21) 2260 6161 • 2573 0431

Fax: (0xx21) 2260 6662

Internet: www.abem-educmed.org.br

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

Entre em contato**Presidente da ABEM**

presidente@abem-educmed.org.br

Secretaria Executiva da ABEM

secretaria@abem-educmed.org.br

Boletim

boletim@abem-educmed.org.br

Revista

revista@abem-educmed.org.br

Escolas Médicas

faculdades@abem-educmed.org.br

Diretoria Executiva

direxec@abem-educmed.org.br

Biblioteca

biblioteca@abem-educmed.org.br

Expediente

Comissão Editorial: Prof. Jadete Lampert

Prof. João J. Batista de Campos

Prof. Sérgio de Almeida Rego

Secretaria Editorial: Rozane Landskron

Projeto Gráfico e Editoriais: Quadri Comunicação e Design

Editora: Rita Afonso

Jornalista Responsável: Gustavo de Carvalho - MTb/RJ 17.627

Tiragem: 5.000 exemplares

O Boletim da ABEM de jan./fev./mar./abr. de 2002, em seu editorial, reproduziu o relatório da reunião do Fórum Nacional de Escolas Médicas, que acontecera em Belo Horizonte no mês de março e tomara decisões em relação à CINAEM a partir de críticas e da saída da DENEM. O debate também ocuparia a assembleia do COBEM de 2002, acontecido em setembro.

23 A partir da SGTES foram desenvolvidos muitos programas de fortalecimento do SUS a partir da formação de recursos humanos, como o AprenderSUS, o VER-SUS, a UNASUS e o Telesaúde. Francisco Eduardo Campos esteve à frente de muitos deles.

24 O FNEPAS teve financiamento do Fundo Nacional de Saúde, que era administrado pela ABEM.

25 O Projeto 60 anos da ABEM organizou a documentação da ABEM e do FNEPAS em plataforma on-line que será de consulta pública.

26 A programação está integralmente reproduzida no Boletim de jul./ago. de 2002. ABEM. Boletim, volume XXX, jul./ago. 2002.

ABEM com a ABRASCO na organização de oficinas sobre *Ensino de Saúde Coletiva na Graduação Médica*. Tal fato corrobora o argumento de Jairnilson Paim mais acima indicado: o movimento da Reforma Sanitária havia se recolhido nas academias, assim como o debate metodológico acerca das transformações no currículo médico e da manutenção do modelo hospitalar até nas ações de IDA, embora disputassem espaço com as propostas de inserção dos HUEs e das escolas nas estruturas do SUS dentro dos congressos e boletins da ABEM, pareciam se sobrepor às intenções que se revelavam nas entrevistas dos boletins e nas palestras de abertura dos congressos. Como a de Gastão Wagner, à época compondo o Ministério da Saúde, no COBEM de 2003, e que teve o título do próprio congresso: *Formação médica e responsabilidade social*.

O COBEM de 2003, embora não tenhamos seus anais completos, permite entrever a forte presença da DENEM nas atividades. Foram 16 oficinas, uma conferência de abertura, seis mesas-redondas, 16 sessões *Conversando sobre*, além das reuniões tradicionais da ABRAHUE, RAEM, das Regionais da ABEM e escolas médicas, dos diretores e coordenadores de curso. É interessante acompanhar a lista de palestrantes e os títulos de suas apresentações, pois mesmo não tendo a íntegra de suas falas, observamos a militância pela transformação do currículo em favor do SUS e considerando realidades locais em paralelo aos debates mais especificamente pedagógicos de avaliação.

A estrutura do COBEM de 2003

Oficinas		
Profissionalização Docente: necessidades e estratégias		
Oferecido por	Léa das Graças Camargo Anastasiou	UFSC
	Luis Carlos Osório	UFSC
	Maria Luisa Vieira Santos	UFSC
	Márcia Fiattes	UFSC
Avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem		
Oferecido por	Valéria Vernaschi Lima	FAMEMA
Tecnologias Inovadoras Utilizadas nos Serviços e Demais Cenários de Aprendizagem em Saúde		
Oferecido por	Sônia Pereira	UFSC
Desafios do PSF (Programa Saúde da Família)		
Oferecido por	Débora Bertussi	Ministério da Saúde
Promoção e Proteção à Saúde		
Oferecido por	Wilsa Vilela e Paulo Amarante	FIOCRUZ
Pesquisa e Metodologia em Educação Médica		
Oferecido por	Maria Aparecida Basili	USP
Avaliação Institucional		
Oferecido por	José Carlos Dias	MEC
Estilo de Vida, Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde		
Oferecido por	Glaycon Michels	UFSC
	Neila Viçosa	UFSC

Mudanças Curriculares: Prática Médica e Formação Médica

Oferecido por Geraldo Cunha Cury UFMG

Currículo Oculto, Currículo Paralelo e Flexibilização Curricular

Oferecido por Walter Ferreira de Oliveira
Thomas Josué da Silva

Residência Médica e Mudança Curricular na Graduação

Oferecido por Jair Araújo Júnior FMC
Milton de Arruda Martins USP

ABC do SUS: da História, às siglas, Momento atual

Oferecido por Marco Aurélio da Rosa UFSC

Formas de Pensar e Construção do Conhecimento

Oferecido por Luís Roberto Agea Cutolo UNIVALI

Gestão e Financiamento em Educação Médica

Oferecido por Arnaldo Bertone Economista
– Assessor
Parlamentar

Outras Racionalidades na Prática Médica

Oferecido por César Simionato
Pedro Schimit

Qualidade de Vida no Processo Aprender/Ensinar

Oferecido por Suely Grosseman
Zuleica Maria Patricio

Conferência

Formação Médica e Responsabilidade Social

Proferida por Gastão Wagner de Sousa Ministério
Campos da Saúde

Mesas-redondas

Diretrizes Curriculares: um fator de mudanças

Coordenação Ana Stamm

Diretrizes Curriculares: histórico e perspectivas

Proferida por Regina Celes Rosa Stella UNIFESP

Papel do MEC e sua Relação com o SUS

Proferida por Hésio Cordeiro Estácio de
Sá

Saúde Coletiva: liderança ou resistência à mudança

Proferida por João Campos UEL

Participação da DENEM

Propostas de Políticas de Apoio e Financiamento para a Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o SUS

Coordenação Secretário da Saúde de
Brasília

Idem ao tema

Proferida por Ricardo Ceccim MS

Posição das Secretarias Estaduais de Saúde

Proferida por CONAS

Posição das Secretarias Municipais de Saúde

Proferida por Manoel Américo

Participação de Carlos Roberto Antunes dos Santos (SESu)

A Integridade da Graduação na Rede do SUS: sujeitos e compromissos		
Coordenação	Kariny Larissa Cordini	UFSC
Histórico		
Proferida por	Benedictus Philadelpho	UFMG
O Processo de Integração		
Proferida por	Marco Aurélio da Ros	UFSC
O Sujeito e Compromissos da Integração		
Proferida por	Maria Luisa Jaeger	
A Integralidade no Currículo de Graduação		
Proferida por	João José Marins	UFF

Compromisso Social da Escola: Por que Mudar a Educação Médica?		
Coordenação	Esteban Albizuri	
O Modelo que Temos e o que Queremos		
Proferida por	José Guido Corrêa de Araújo	UPE
Onde Queremos Chegar		
Proferida por	Márcio José de Almeida	UEL
A Perspectiva do Estudante		
Proferida por	DENEM	
Participação de José Alberto Hermógenes de Souza (Ministério da Saúde)		

Educação Docente Continuada: um desafio para os novos currículos		
Coordenação	Suely Grossman	
Por que Capacitar Educadores		
Proferida por	Lea Camargo	UFSC
Educação Permanente		
Proferida por	Laura Feuerwerker	MS
O Envolvimento dos Professores		
Proferida por	Eliana Cláudia	UERJ

Interdisciplinaridade na Busca da Integralidade		
Coordenação	Walter Ferreira de Oliveira	
O Processo de Lidar com Olhares Diversos		
Proferida por	Gastão Wagner de Souza Campos	MS
A Experiência na Graduação		
Proferida por	Roseni Sena	MS
A Experiência da Pós-Graduação		
Proferida por	Regina Miotto	UFSC
Participação de José Carlos Dias (MEC)		

Conversando sobre

Função Social da Escola Médica: ensino médico e cidadania		
Participação	Sigisfredo Luis Brenelli DENEM	

Reflexões sobre a Extensão na Escola Médica		
Participação	Patrícia DENEM	UNB

Rede ABEM-Internet		
Participação	Jadete Lampert	UFSM

Desenvolvimento das Residências Médicas		
Participação	Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra	USP
	Maria do Patrocínio Tenório Nunes	USP

Medicamentos e Tecnologia: a influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos na educação médica		
Participação	Clair Castilho	UFF
	Jussara Calmon	UFF

Interdisciplinaridade: eixo da Reforma Curricular

Participação	Zuleica Maria Patricio	UFSC
	Jadete Lampert	UFSC

Integralidade do Currículo Médico

Participação	Lilian Koifman	UFF
	DENEM	

Interconsulta

Participação	Letícia Maria Furlanetto	PUC-RS
	Paulo Zimmermann	PUC-RS

Crise dos HUs

Participação	Fernando machado	HU-UFSC
	Arthur Chioro	MS
	Amâncio Paulino de Carvalho	UFRJ
	DENEM	

A Pós-Graduação e os Serviços

Participação	Ana Vilas Boas	UFBA
---------------------	----------------	------

Novas Políticas para RH

Participação	José Paranaguá Santana	OPAS
---------------------	------------------------	------

Mercado de Trabalho e Formação Médica

Participação	Ricardo Paiva	
	DENEM	

Perspectivas da Integração Ensino Serviço

Participação	Maristela Sisson	Prefeitura de Florianópolis
---------------------	------------------	-----------------------------

Estudo de Casos Clínicos como Método de Ensino e Aprendizagem

Participação	Ana Maria Nunes de Faria Stamm	PUC-Campinas
	Cida	PUC-Campinas

Formação Médica e Ética Humanista

Participação:	Sérgio Tavares Rego de Almeida	ENSP/FIOCRUZ
	Pablo González Basco	Sociedade Brasileira de Medicina Familiar

Ensino e Trabalho em Equipe Multiprofissional

Participação	Walter Ferreira e Oliveira	UFSC
	Maria Aparecida Crepaudi	UFSC

O tema da formação de recursos humanos para o SUS também foi retomado pela 12ª CNS²⁷, que aconteceu na sequência ao COBEM de 2003, em dezembro, em Brasília, com o título *Saúde um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos*. Para muitos, que também manifestaram esperanças com o novo governo no congresso de Florianópolis, a 12ª CNS significou a oportunidade de superar entraves estruturais de financiamento e de retomar princípios da Reforma Sanitária, já que o ministro da Saúde, Humberto Costa, se comprometera a implementar as suas resoluções na elaboração das políticas públicas do governo. Com forte participação da sociedade e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a 12ª CNS produziu documentos mesmo após o relatório final, pois não houve possibilidade de se votar todas as resoluções, dada a quantidade de temas (o tema principal foi dividido em dez subtemas) e de destaques apontados pela plenária final. Tan-

²⁷ Relatório final disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_12.pdf. Acesso em: julho de 2022.

to a 12ª quanto a 13ª CNS²⁷, realizada em 2007, tiveram forte relação com a Política Nacional de Saúde e com os pactos que vieram na sequência de cada uma delas, portanto, com o governo no Ministério da Saúde, ao menos no que diz respeito às intenções.²⁸ O justo financiamento do SUS, a necessidade de inverter o modelo de atenção, com prioridade para a atenção primária e urgência de implementar cargos de carreira no SUS, marcaram as duas conferências, assim como os debates da arena da ABEM, mas neste caso tais discussões vinham acompanhadas de propostas de modernização do ensino e das práticas de docência nas escolas médicas. E, como já dito, era aqui que se colocavam as principais divergências: qual deveria ser o tamanho do debate pedagógico em relação à tão sonhada integração entre escolas, HUEs, cenários múltiplos de ensino e práticas e serviços? Um debate que ainda acompanha os participantes dos congressos da ABEM.

Nos anos de governo do PT, uma questão, que já vinha sendo discutida desde quando se observou um recuo do movimento pela Reforma Sanitária, tornou-se mais evidente: a aproximação com o governo, e mesmo a ocupação de cargos nas estruturas do governo, garantiam o enraizamento das propostas e das bandeiras de luta, ou significavam, ao contrário, a perda de boa parte das reivindicações na burocracia e nas negociações típicas da ágora política e que, no caso brasileiro, estão sempre envolvidas em casos de clientelismo? No caso da ABEM, que participou ativamente dos programas de indução das transformações nas escolas, a opção parece ter sido sempre por atuar junto com os poderes instituídos, dentro dos limites impostos pelo *imobilismo em movimento* que caracteriza as estruturas de poder no Brasil desde os anos de abertura política. Ilação que também se aplica à sua parceira, a DENEM, já que alguns representantes da DENEM na diretoria da ABEM, por exemplo, Alexandre Padilha e Heider Aurélio Pinto, também vieram a compor os governos do

PT. Se algumas propostas ainda estão por cumprir, como a carreira dos profissionais em saúde no SUS e o justo financiamento dos serviços de saúde, e ainda a Reforma Sanitária, cujo processo segue em construção, fato é que as escolhas políticas que levaram militantes para dentro do governo, de Hésio Cordeiro no INAMPS aos representantes da DENEM no Ministério da Saúde, significaram a possibilidade de enraizar o SUS, mesmo que com limites. Isso se pode afirmar mesmo quando se observa que durante os governos do PT nem sempre se cumpriu a EC29, e se utilizou do expediente da DRU para efetivar orçamentos.

Tais divergências seguramente explicam que, durante os anos 2000 e 2010, foi bem mais comum aparecerem duas chapas na eleição para a diretoria da ABEM e também as fortes disputas entre a DENEM e a Associação dos Estudantes de Medicina (AEMED), esta última fundada em 2013. Nos anos 1990 e 2000, a ABEM e a DENEM trabalharam muito próximas em muitas frentes, sendo que nos anos 2000 destacou-se a luta pelo controle da abertura de novas escolas médicas.

O congresso de 2004 (programação nas páginas a seguir), realizado no mês de novembro em Vitória (ES), teve como tema *Educação Médica: avaliação das mudanças e as novas perspectivas*, e revela o crescimento dos congressos, contando com 1.500 participantes. Não temos nos anais a íntegra das palestras, apenas os resumos de trabalho apresentados, mas a programação permite afirmar a continuidade da polissemia já relatada. Além disso, a estrutura dos congressos havia se modificado bastante, com significativo aumento de participantes e diversificação das atividades, como a sessão *Conversando sobre* e eventos pré-congresso e oficinas, com maior participação de docentes e discentes. Dessa forma, se houve fragmentação de temas, também aconteceu uma democratização dos encontros.

28 Relatório final disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: julho de 2022

29 RICARDI, L. M.; SIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. In: *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 155-170, set. 2017.

CARTA CONJUNTA ABEM-DENEM AO MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Brasília, 10 de março de 2004

Exmo. Sr. Ministro da Educação
Dr. Tarso Genro

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), entidade fundada há 42 anos e que congrega as Faculdades de Medicina do Brasil, seus professores e seus estudantes, e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), que congrega os Centros e Diretórios Acadêmicos das Escolas Médicas brasileiras, aqui representadas, respectivamente, por seu Presidente e por seu Coordenador Geral, vêm a Vossa Excelência para parabenizá-lo pela clareza de seu discurso e pela firmeza das posições expressas na reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde, nesta data, no Auditório do Ministério da Saúde.

Tivemos a felicidade de estar presentes a esta reunião em que, pelo nosso conhecimento, compareceu pela primeira vez ao Conselho Nacional de Saúde um Ministro da Educação para tratar de extensa pauta comum com o Ministério da Saúde.

Queremos expressar, Sr. Ministro, em especial, nossa satisfação em vê-lo publicamente assumir o compromisso de não autorizar a abertura de novos cursos de Medicina no Brasil, permitindo, assim, que se conclua estudo em andamento no Ministério da Saúde, com a participação de nossas entidades, que visa identificar a real necessidade de médicos no país, por região e por área do conhecimento, para que sejam estabelecidos critérios claros para a abertura de novas escolas médicas onde realmente forem necessárias.

Acreditamos que Vossa Excelência tem a clareza da importância do Conselho Nacional de Saúde, órgão que realmente promove o controle social na Saúde, e que é desrespeitado, quase que sistematicamente, em sua opinião, no que concerne à sua manifestação quando da autorização de novos cursos de Medicina, prevista no artigo 27 do Decreto 3.860, que normatiza a autorização de novos cursos de nível superior. O Conselho Nacional de Saúde deu parecer contrário à abertura de novas escolas médicas em praticamente todos os processos a ele encaminhados – por ausência de necessidade social – no período de 1994 a 2002 e, mesmo assim, o Conselho Nacional de Educação admitiu, no mesmo período, parecer favorável à abertura de 36 cursos, aumentando em quase 50%, em oito anos, o número de cursos de Medicina no país. Em 2003, mais quatro escolas médicas foram autorizadas com parecer contrário do Conselho Nacional de Saúde.

Era realmente imprescindível uma decisão corajosa, como a tomada hoje por Vossa Excelência, para evitar a abertu-

tura indiscriminada de cursos, a exemplo do ocorrido com os cursos de Direito.

Nossas entidades, ABEM e DENEM, juntamente com a Associação Médica Brasileira, a Confederação dos Médicos do Brasil, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos, protocolaram na SESu, em 09 de abril de 2003, um documento em que solicitávamos que fosse alterado o artigo 27 do Decreto 3.860, acima mencionado, tornando claro e inequívoco que a autorização para a abertura de novos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia, em qualquer sistema de ensino, deva ter parecer favorável de ambos os Conselhos Nacionais, de Educação e de Saúde. Tal reformulação é fundamental, vez que, na forma como está atualmente redigido o artigo 27 supracitado (“...deve ser ouvida a manifestação do Conselho Nacional de Saúde...”), deixa ao exegeta a possibilidade de interpretar como sendo apenas consultivo tal parecer. Ansiamos que a atual administração do Ministério da Educação promova a necessária modificação do Decreto, ou priorize uma outra maneira de corrigir, de forma definitiva, esta delicada situação, entendendo a necessidade de aprovação do Conselho Nacional de Saúde aos demais cursos desta área.

Esperamos que a visão que Vossa Excelência teve do Conselho Nacional de Saúde e de sua constituição democrática, que efetivamente garante o controle social, sirva de inspiração para uma reformulação do Conselho Nacional de Educação, em sua composição, garantindo também um real controle social na Educação.

Certos de podermos participar das discussões democráticas que o Ministério da Educação, sob a administração de Vossa Excelência, decerto promoverá, em especial da Reforma Universitária e da Avaliação do Ensino Superior na Área da Saúde, colocamo-nos à disposição de Vossa Excelência.

José Guido Corrêa de Araújo

Presidente da ABEM
abem@abem-educmed.org.br
prograd@upe.br
tel: (81) 3416-4128 / 9989-9684
fax: (81) 3416-4129

Estevão Toffoli Rodrigues

Coordenador Geral da DENEM
estevao@triang.com.br
sededenem@yahoo.com.br
(61) 8119-4413

Bom, eu tentei que a ABEM não fosse ideológica, política ela sempre é, porque a educação não dá conta de não ser política, mas eu tentei que não fosse ideológica. Tentei aumentar a representatividade, inclusive dos estudantes, porque existe um monopólio da DENEM há muitos anos, e a DENEM não é mais a maior representante dos estudantes, se você viajar pelas escolas, eu pude conhecer muitas escolas por causa de sete anos no ministério, existem outras associações que também representam os estudantes. E tentei que essas outras associações também fizessem parte da ABEM, e acho que fui mal-entendido, mal interpretado, porque existe uma questão tradicional de alguns grupos muito fortes.

Sigisfredo Brenelli.

Entrevista ao Projeto 60 anos da ABEM,
10 de fevereiro de 2022.

A CINAEM, que começou em 1990, já tinha a ABEM neste formato, então com uma participação estudantil muito, muito importante, e com uma discussão com os estudantes já bastante organizada politicamente através, naquela época, de uma única associação, que era a DENEM, (...) Atualmente temos outras associações, fortes, mas naquela época era a DENEM. Então, a DENEM participou ativamente de todo este processo.

Nildo Alves Batista.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
29 de novembro de 2021.

Programa COBEM de 2004

CURSOS PRÉ-CONGRESSO	
Investigação em educação médica como campo de pesquisa acadêmica	Profa. Eliana Bernadete Caser (UFES), profa. Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP-Botucatu), prof. Antonio Phiton Cyrino (UNESP-Botucatu)
Como inserir conteúdos clínicos no ensino de ciências básicas nos currículos tradicionais	Prof. Carlos Alberto Redins (UFES), prof. Arménio Aguiar Santos (UFC), prof. Hernandez Faustino de Carvalho (ICB-UNICAMP)
Avaliação objetiva formativa e somativa do domínio de habilidades e competências clínicas	Profa. Sandra de Souza Martins (UFES), prof. Luiz E. A. Troncon (USP- RP), prof. José Fernando Castro Figueiredo (USP-RP)
Educação permanente e formação docente para as escolas médicas	Prof. Alex de Assis Carvalho (UFES), profa. Valéria Vernach Lima (FAMEMA)
A participação e integração das entidades médicas no processo de avaliação dos cursos de graduação em medicina	Prof. Erivelto Pires Martins (EMESCAM), prof. Edmund Baracat (AMB/ME), prof. Benedictus Philadelphos (UFMG), profa. Betusa Kramer (FENAN), prof. Sigisfredo Brenelli (UNICAMP)
Qualidade de vida em estudantes e residentes de medicina	Prof. Camillo Nassar Chamoun (UFES), profa. Patricia Bellodi (CEDEM), prof. Emirene Navarro da Cruz (FMERP)
Mudanças dos critérios de seleção para residência médica x diretrizes curriculares	Prof. Luiz Alberto Sobral (presid. CEREM), profa. Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP), profa. Denise Lima (UERJ)

Mesas-redondas

Reforma Universitária: para que e para quem?

Moderador	Prof. Santinho Ferreira de Souza	PROGRD-UFES
Expositores	Prof. Cícero Fialho	UFF
	Ac. Joana Letícia C. Cordeiro	UFPR

Iniciação científica na área da saúde na interface ensino-serviço-comunidade

Moderador	Profa. Helane Sperandio Silva Alvarenga	UNESP
Expositores	Prof. Ricardo Ceccin (MS)	UFES
	Profa. Eliana Goldfarb Cyrino	UNESP
	Ac. Arthur Milach	

Desafios da educação médica frente às novas políticas de saúde do governo

Moderador	Profa. Helane Sperandio Silva Alvarenga	UFES
Expositores	Prof. Ricardo Ceccin (MS)	MS
	Conselho Nacional de Saúde	
	Ac. Juliana Tainski	UFRGS

Crítérios seletivos para a residência médica

Moderador	Prof. Antonio Chambo Filho	EMESCAM
Expositores	Prof. João Carlos Arieira	UERJ
	Ac. Denise Ornelas Fontes Pereira	UFF
	Dr. Luciano Grohs	CRMRS

Ensino de habilidades clínicas: novas técnicas, novos cenários I

Moderador	Profa. Valeria Valim	UFES
Expositores	Ensino de habilidades clínicas baseado em evidências - profa. Isabela Bensenór	USP
	Ensino de habilidades clínicas - prof. Samuel Silva da Silva	UEL

Novas tecnologias para o ensino de ciências básicas nos cursos da área da saúde

Moderador	Prof. Alex de Assis Carvalho	UFES
Expositores	Prof. Marcio Flávio Dutra Moraes	UFMG
	Prof. Armênio Aguiar Santos	UFC
	Prof. Benedito Honório Machado	USP

O ensino da graduação e o mercado de trabalho. O que a academia e as entidades associativas precisam aprender mutuamente?

Moderador	Dr. Fernando Machado	SIMES
Expositores	Unimed Vitória	
	Prof. Valdir Araujo Cardoso	FENAN

Abertura de novas escolas médicas: responsabilidade de quem?

Moderador	Profa. Regina Stella	UNIFESP
Expositores	Prof. Paulo Barone	MEC (CNS)
	Prof. José Guido Correa de Araújo	ABEM
	Ac. Estevão Toffoli Rodrigues	UFU

A importância da interiorização do aluno no seu processo de formação profissional: o que as escolas médicas podem fazer

Moderador	Ac. Renata dos Reis	UFES
Expositores	Prof. Geraldo Cury	UFMG
	Prof. Henry de Holanda Santos	UFC
	Prof. Luiz Fernando Bilibio	MS

A importância dos PEP nos cursos de graduação da área de saúde

Moderador	Dr. Elio Andriolo	SEMUS
Expositores	Dr. Rogério Carvalho	CONASEMS
	Profa. Laura Feuerwerker	MS
	Prof. Carlos Alberto Justo	UFSC

Custos para implantação de currículos inovadores

Moderador	Prof. Waldomiro Carlos Manfrol	UFRGS
Expositores	Prof. Davidson Lima	UFMG
	Prof. Ruy Souza	UFRO
	Prof. Marcio Almeida	UEL

Ensino de habilidades clínicas: novas técnicas, novos cenários II

Moderador	Prof. Edelweiss Bussinger Pereira	UFES
Expositores	Ensino de habilidades clínicas no ambulatório - prof. José Antonio Atta	FAMUSP
	Ensino de habilidades de comunicação - pacientes simulados - prof. Luiz E. A. Troncon	USP
	Ensino de habilidades clínicas: diferentes cenários, diferentes propostas - profa. Rosana Puccini	UNIFESP

A competência do sistema de pós-graduação para formar professores que atendam às diretrizes curriculares

Moderador	Prof. José Carlos Henrique Duarte Santos	FURG
Expositores	Prof. Nildo Batista	CEDESS/ UNIFESP
	Profa. Adriana Aguiar	Estácio de Sá
	Profa. Sonia Cavalcante	UFAL

Formação de professores para o ensino médico: competências para modelos inovadores

Moderador	Profa. Ester Palácios	UFES
Expositores	Prof. João Campos	UEL
	Prof. Roberto Piccini	UFPEL
	Prof. Dagoberto Vanoni de Godoy	UCS

Ordem dos médicos: vantagens e desvantagens		
Moderador	Prof. Eleuses Paiva	AMB
Expositores	Prof. Edson de Oliveira Andrade	CFM
	Ac. Luiz Fernando Nicolodi	UFPR
	Prof. Valdir Araújo Cardoso	FENAM

O novo sistema de avaliação superior proposto pelo MEC: uma avaliação crítica		
Moderador	Prof. José Aparecido Granzoto	UFPEL
Expositores	Prof. Fernando Menezes	UFRO
	Profa. Maria Amélia Zainko	UFPR
	Ac. Ricardo Souza Heinzelmann	UFBA

O cuidado com a saúde do indivíduo, da família e da comunidade nos cursos de graduação da área de saúde		
Moderador	Ac. Sylvia Lannes	UFES
Expositores	Prof. Marcello Dalla	EMESCAM
	Prof. Aluísio Gomes da Silva Jr	UFF
	Dr. Eduardo Mello	Aracaju-SE

Certificação dos HUs		
Moderador	Prof. João Batista Pozzato	HUCAM - UFES
Expositores	Dr. Ernesto Azevedo	MS
	ABRAHUE	
	Ac. Bruno de Almeida Peçanha Guedes	UnB

Avaliação da residência médica no Brasil: responsabilidade de quem?		
Moderador	Prof. Roberto Dávila	CFM
Expositores	Profa. Laura Feuerwerker	MS
	Prof. Edmund Baracat	AMB-UNIFESP
	Dr. Eduardo Usuy	AMR-UNESP

Avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes durante o internato		
Moderador	Prof. Hissachi Tsuji	FAMEMA
Expositores	Prof. Ruy Souza	UFRO
	Prof. José Fernando Castro Figueiredo	USP-RP

Papel das especialidades médicas na formação geral do médico		
Moderador	Edmund Baracat	FEBRASGO-UNIFESP
Expositores	Prof. Ricardo Marinho	FEBRASGO-FCM/MG
	Profa. Gisélia Alves Pontes da Silva	SBP
	Prof. Arnaldo Lichtenstein	HC-FMUSP

Conferências

Avaliação docente: ponto crítico para uma boa formação médica?		
Presidente	Prof. Fausto Edmundo Lima Pereira	UFES
Participante	Prof. Thomas Maack	Cornell University - EUA

Debate – Projeto político dos candidatos à presidência da ABEM		
Presidente	Ronald Carvalho	ES
Moderador	Prof. Jair Araújo Jr.	FMC
Participante	Prof. Milton de Arruda Martins	FAMUSP

Um formato de avaliação interna e externa da escola médica

Presidente	Prof. Reynaldo Dietze	UFES
Secretária	Ac. Malyke Armani Miranda	UFES
Participante	Profa. Jadete Lampert	UFESM

A influência da mídia na concepção de um modelo médico que inexiste no mercado atual

Presidente	Prof. Luiz Alcides Puppim	UFES
Secretária	Ac. Andressa Dias Costa	UFES
Participante	Ronald Carvalho	ES

O exemplo como modelo de ensino: onde perdemos essa prática?

Presidente	Prof. Alcary Simões Jr.	UFES
Secretário	Profa. Marize de Freitas Santos Neves	UFES
Participante	Prof. Milton de Arruda Martins	USP

Conversando sobre

Experiências de integração do ensino à comunidade

Moderador	João José Neves Marins	UFF
Participantes	Prof. Severino Dantas Filho	UFES
	Profa. Maria Goretti Frota Ribeiro	UFC

Benefícios e limites dos programas de tutoria no ensino dos cursos da área da saúde

Moderador	Profa. Rosana Alves	EMESCAM
Participantes	Prof. Mauricio Zanolli	FAMEMA
	Profa. Iolanda Tibério	USP

Educação a distância e estratégias de educação digital em saúde

Moderador	Profa. Aparecida das Graças C. Gomes	UFES
Participantes	Prof. Paulo Marcondes	FAMEMA
	Prof. Elomar Christina Vieira Castilho Barilli	ENSP

Como avançar frente às dificuldades na mudança dos projetos pedagógicos das escolas médicas

Moderador	Rosana Q. Brandão Vilela	UFAL
Participantes	Profa. Emilia Perez	UFPE
	Prof. Thomas Maack	Cornell University - EUA

Como estabelecer estratégias para sensibilizar e capacitar docentes para a nova escola médica?

Moderador	Prof. Vitor Buaiz	UFES
Participantes	Silvia Mamede	UFC
	Eliana Cláudia Oteiro	NUTES-UFRJ

Os desafios da gestão da escola médica e do hospital universitário

Moderador	Prof. Alvaro Armando Carvalho de Moraes	EMESCAM
Participantes	Prof. Carlos Alberto Justo da Silva	UFSC
	Prof. Alvaro Vieira de Melo	UFPE

Como despertar o interesse dos alunos para as disciplinas da área básica

Moderador	Paulo Sesa	UFES
Participantes	Lucia Pezzi	Estácio de Sá
	Hernandes Faustino Carvalho	UNICAMP
	Benedito Honorio Machado	USP

Critérios de aptidão para ingresso na carreira médica

Moderador	Prof. Roberto Gomes	UFES
Participantes:	Prof. Maria Aparecida Basile	USP
	Prof. Jair de Araújo	FMC

Como dar significado às ações de ensino para além da nota

Moderador	Prof. Ana Casatti Nogueira da Gama	UFES
Participantes	Eliana Cláudia Oteiro	NUTES - UFRJ
	Emirene Navarro da Cruz	FMERP

O que há de contraditório entre a formação de mestres e saúde de educadores para o ensino

Moderador	Prof. Aloisio Falqueto	UFES
Participantes	Prof. Nildo Batista	CEDESS-UNIFESP
	Prof. Maria Eugenia Vanzolini	CEDEM-USP

Como avaliar a implantação das diretrizes curriculares na minha escola a partir do PROMED?

Moderador	Profa. Angelica Espinosa Miranda	UFES
Participantes	Profa. Etelka Czako Cristel	FESO
	Prof. Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim	UFGO
	Prof. José Olindo Duarte Ferreira	UFJF

Residência Médica: como adequar as necessidades sociais ao número de vagas por área

Moderador	Profa. Norma Suely Oliveira	EMESCAM-HINSG
Participantes	Profa. Laura Feuerwerker	MS
	Profa. Maria do Patrocinio T. Nunes	FAMUSP-CNRM
	Prof. Fábio Jatene	AMB

Experiências de associação da anatomopatologia e da clínica. As possibilidades que vão além das tradicionais sessões anatomoclínicas

Moderador	Prof. Paulo Merçon Vargas	UFES
Participantes	Profa. Maria Aparecida Barone	PUC
	Prof. Carlos Musso	UFES

Educação popular e saúde: o que é necessário a formação geral do médico?

Moderador	Ac. Tulio Santos Agresta	EMESCAM
Participantes	José Ivo Pedrosa	MS
	Marcos Aurelio Da Ros	UFSC

Nos boletins deste ano de 2004 se destaca a participação da ABEM no processo de certificação dos hospitais de ensino. Havia uma Comissão Interinstitucional (MEC e MS) trabalhando na avaliação dos resultados do *Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS)*. O artigo de Laura C. M. Feuerwerker afirmou que “o FIDEPS não contribuiu de maneira significativa para promover uma efetiva integração dos hospitais de ensino à rede de serviços do SUS, já que perpetuou a lógica da prestação de serviços”, sendo necessário substituí-lo “por outra modalidade de vinculação dos hospitais de ensino ao SUS”, de modo a melhor articulá-los ao sistema de saúde.³⁰ O artigo apresenta a proposta de critérios de certificação desses hospitais que seria cumprida pelo Ministério da Saúde em parceria com o MEC, considerando leitos destinados ao SUS, infraestrutura, papel da residência e inserção nas redes local e regional do sistema de saúde. O FIDEPS, que havia sido criado em 1991, seria substituído primeiro pelo *Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde*³¹ e, depois, pelo *Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)*, a partir de 2004, com critérios de certificação que alinhavam ensino, pesquisa, incorporação de novas tecnologias e qualificação da gestão no processo de contratualização.

No que diz respeito à formação de recursos humanos para o SUS, um debate importante que ocupou os anos 2000, e continua sendo tema de discussões acaloradas, é o do serviço civil obrigatório, sempre defendido por Regina Stella e que era comum em países da América Latina. Para a professora, nos países onde tal serviço foi adotado, sempre entre seis meses e um ano após a finalização da graduação, “verificou-se que a expansão do serviço civil ou social, na região, coincidiu com a expansão da cobertura e diminuição do gasto em saúde”.³² Mas o assunto nunca foi consenso no Brasil, e talvez por isso nunca tenha saído do âmbito das pro-

postas e discussões – o máximo que se conseguiu foi criar programas de indução à presença de profissionais de saúde em lugares distantes, de acordo com indicadores sociais e epidemiológicos e por meio de incentivos financeiros, individualmente ou para programas propostos pelas escolas médicas.

Com o tema *Educação médica: compromisso histórico com o SUS*, o COBEM de 2005 aconteceu em Natal (RN), no mês de outubro. Nos anais se encontram apenas os resumos das apresentações, mas a programação (páginas a seguir) permite afirmar a maior aproximação da ABEM com o governo e com os projetos de indução das transformações curriculares de acordo com os interesses do SUS. No mesmo sentido, os boletins desse ano apresentam o andamento das parcerias com o governo federal em torno de programas como PROMED, Pró-Saúde, FNEPAS, articulações com a SGTES³³ e debates sobre avaliação de escolas médicas e de formados.

A ABEM atuava na avaliação de escolas médicas e nos processos de acreditação e certificação de hospitais de ensino. Nos dois casos, nesses anos 2000, a perspectiva da entidade estava centrada no fortalecimento do SUS, da atenção primária e da integralidade da saúde, por isso, no que diz respeito aos hospitais, havia que encontrar caminhos para sua efetiva articulação com os serviços de saúde e para a desospitalização dos cenários de aprendizagem, desafio que ainda se mantém, embora muitos passos tenham sido já dados. No mesmo sentido, a entidade atuou na definição das provas práticas dos processos seletivos para exercício da residência médica, por meio de oficinas³⁴, e nos debates sobre “a instituição de um exame de habilitação para o exercício da medicina”³⁵, na época chamado de “exame de ordem”. A ABEM se colocou contra tal exame de qualificação para o exercício da profissão desde o início, propondo que a avaliação fosse feita ao longo da graduação e junto com avaliação da escola médica, o que seria desenvolvido pelo já referido SINAES.

30 FEUERWERKER, L. C. M. Certificação dos hospitais de ensino. In: ABEM, *Boletim*, volume XXXII, jan./fev./mar./abr. 2004, p. 08.

31 CHIORO, A. Hospitais de ensino: uma resposta estrutural à crise. In: ABEM, *Boletim*, volume XXXII, set./out. 2004, p. 8-9.

32 STELLA, R. C. R. Formação e interiorização do trabalho médico. In: ABEM, *Boletim*, volume XXXII, jan./fev./mar./abr. 2004, p. 14.

33 ABEM. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2-3.

34 ABEM, *Boletim*, volume XXXIII, maio/jun./jul./ago. 2005.

35 MARTINS, M. A., Posição sobre a proposta de instituição de um exame de habilitação para o exercício da medicina no Brasil. In: ABEM, *Boletim*, volume XXXIII, maio/jun./jul./ago. 2005., p. 14

Eu sou favor do serviço civil obrigatório, mas defendo que não seja só para estudante de medicina, acho que pode ser um projeto nacional fantástico que todo estudante que estudou em escola pública fique um ano numa comunidade, mas vai um enfermeiro, um médico, um engenheiro, um agrônomo, o educador, o professor de história e esse grupo vai numa comunidade, trabalha um ano sendo remunerado (recebendo uma bolsa) e contribuindo para a comunidade. Eu sou totalmente a favor! Quando você fala de serviço civil obrigatório significa que todo mundo vai fazer, então o serviço civil militar é obrigatório, mas não tem vaga para todos, então pode ser obrigatório, mas não significa que todo terão que fazer, mas se um dia tivesse vaga para todos, quer dizer, você poderia ter isso... e poderia ser voluntário para quem estudou numa escola, mas para o desenvolvimento regional isso seria fantástico, os médicos formados na USP iriam para uma cidade do interior de São Paulo, teria um programa que eles vão ficar um ano ajudando na sua área profissional, e trabalhando em equipe, junto com a prefeitura, muitos países têm isso, eu sou totalmente a favor!

Eu entendo perfeitamente a resistência dos estudantes de medicina quando falam num serviço só para médicos e eu também não sou a favor disso, não. Mesmo a atenção à saúde, ela é multiprofissional hoje, ela é interprofissional, não é para mandar o médico, tem que mandar a equipe, tem que mandar o grupo, tem que mandar todos! E eu acho que esse poderia ser um excelente projeto para o nosso país para as pessoas conhecerem a realidade. E esse serviço civil não precisava nem ser em outra cidade, pode ser numa comunidade carente, vulnerável do mesmo município.

*Milton de Arruda Martins.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de fevereiro de 2022.*

(...) todo mundo que se formasse em escola pública teria que ter um tempo de serviço civil, para, digamos assim, retribuir.. Isso os médicos sempre conseguiram barrar. Eu acho que é uma ideia interessante, mas não só para o médico. Também não adianta botar médico só, você tem que ter equipe de saúde. Ou seja, você tem que ter outros profissionais de saúde, mas também tem que ter advogado, você tem que ter uma política que efetivamente leve, digamos assim, esses confortos ou essas capacidades do mundo moderno para as populações do interior. Que também assim, durante muito tempo, as políticas de saúde botavam um médico e um atendente em saúde. Se você pegar a década de 70, os dados do IBGE, de Distribuição de Força de Trabalho, você vê. Você só tinha médico e atendente de saúde, que era o qualificado e o sem qualificação nenhuma. Eram poucos enfermeiros, quer dizer, na década de 80 a gente começou a ter uma quantidade de enfermeiros, maior que outros profissionais, uma preocupação de capacitar os atendentes de saúde, para que eles, os auxiliares de saúde, se formassem técnicos de saúde.

*Sérgio Rego.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
2 de fevereiro de 2022.*

Programa do COBEM 2005

Cursos

TEMA	PALESTRANTES
Curso de Capacitação Docente	Nildo Alves Batista - UNIFESP Maria Eugênia Vanzolini - USP
Oficina: PROMED: objetivos e resultados	Geraldo Cury - UFMG Henry Campos - UFC

Conferência Magna

Acreditação global das escolas médicas: excelência técnica e relevância social

Coordenador	Francisco Eduardo de Campos	MS
Conferencista	Hans Karle	Presidente da Federação Mundial para a Educação Médica

Simpósios, Grupos de Trabalho, Oficinas e Conversando Sobre

Conversando sobre Educação Permanente em Saúde

Participantes	Eliana Cláudia de Otero Ribeiro	UFRJ
	Sílvia Mamede	UFC
	Igor Tavares da Silva Chaves	UFSC-DENEM
	Ricardo Ceccin	UFRGS

Oficina: Informática e Educação Médica – Experiência da Universidade Estadual do Amazonas com Ensino a Distância. Diretrizes Curriculares e ensino de informática em saúde

Participantes	Paulo Marcondes Carvalho Júnior	FAMEMA
	Cláudio Giuliano Alves da Costa	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

Oficina: Papel da Medicina de Família e Comunidade na formação do médico

Participantes	Maria Inês Padula Anderson	UERJ/ Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
	Cipriano Maia de Vasconcelos	UFRN

Oficina: Como montar uma avaliação estruturada de habilidades clínicas durante o curso de medicina

Participantes	Cleber José Mazzoni	FAMEMA
	Magali Aparecida Alves de Moraes	FAMEMA

Oficina: Contribuição da educação popular na formação do profissional de saúde

Participantes	Eymard Mourão Vasconcelos	ANEPS
	Renata Castro Kehdi	UFPB-DENEM

Oficina: É possível ensinar ética no curso de medicina?

Participantes	Sérgio Rego	ENSP
----------------------	-------------	------

Oficina: Qualidade de vida do estudante de medicina

Participantes	Patricia Tempski Fiedler	FEPAR
	Patricia Bellodi	FMUSP e Santa Casa-SP

Oficina: Medicina baseada em evidências no ensino e na prática médica

Participantes	Moacir R.C. Nobre	AMB - Projeto Diretrizes
	Wanderley M. Bernardo	AMB - Projeto Diretrizes

Oficina: O processo de mudança no projeto pedagógico dos cursos de medicina: quais são os passos?

Participantes	José Venturelli	Universidade McMaster Canadá
	Artur da Costa Milach Jr	FMJ-DENEM

Grupo de Trabalho: Fórum das escolas médicas: atenção básica na formação médica I

Participantes	João José Neves Marins	UFF
	Gastão Wagner de Souza Campos	UNICAMP
	Jorge Alberto Buchabqui	UFRGS

Grupo de Trabalho: Fórum das escolas médicas: atenção básica na formação médica II

Participantes	João José Neves Marins	UFF
	Gastão Wagner de Souza Campos	UNICAMP
	Jorge Alberto Buchabqui	UFRGS

Grupo de Trabalho: Fórum das escolas médicas: avaliação das escolas médicas I

Participantes	Fernando Antonio Menezes da Silva	UFR
	Jadete Barbosa Lampert	UFSM
	Adriana Cavalcanti de Aguiar	UERJ e Estácio de Sá

Grupo de Trabalho: Fórum das escolas médicas: avaliação das escolas médicas II

Participantes	Fernando Antonio Menezes da Silva	UFR
	Jadete Barbosa Lampert	UFSM
	Adriana Cavalcanti de Aguiar	UERJ e Estácio de Sá

Oficina: Prova prática para a residência médica II

Participantes	Maria do Patrocínio Tenório Nunes	USP
	Rosana Goldwasser	UFRJ
	Maria Cristina Cury	USP-RP
	Abdala Dib Chacur	FM de Campos

Simpósio - Internato: Como estruturá-lo de acordo com as Diretrizes Curriculares?

Participantes	Rosana Puccini	UNIFESP
	Elza Aquimi Adachi	FAMEMA
	Ana Maria Vergueiro Borralho	UFRJ
	Maria Goretti Frota Ribeiro	UFC
	Leonel Lerner	PUCRS
	Mariana Konder	UFRJ-DENEM

Simpósio: Dificuldades e desafios para atingir a integração entre os conteúdos básicos e integração básico-clínica

Coordenador	Rui Guilherme Silveira de Souza	UFR
Participantes	George Dantas	UFRN
	Ipojuca Calixto Ferraz	UNICENP
	Dora Maria Grassi Kassisse	UNICAMP
	Maria Neile Torres de Araújo	UFC

Oficina: Como organizar um programa de tutoria (“mentoring”) em uma escola médica

Participantes	Patricia Bellodi	USP e Santa Casa-SP
	Silvia Itzcovici Abensur	USP
	Rachel Chebabo	USP

Simpósio: Formação médica e o mundo do trabalho: Existem condições adequadas de emprego e trabalho para o médico formado de acordo com as diretrizes curriculares?

Participantes	Waldir Araújo Cardoso	FENAM
	Aluisio Gomes da Silva Júnior	Agência Nacional de Saúde Suplementar
	Rogério Carvalho	Secretário de Saúde de Aracaju
	Thais Alessa Leite	UFPR-DENEM

Oficina: Como montar uma avaliação estruturada de habilidades clínicas no internato

Participantes	Iolanda Tibério	USP
	Renata Galotti	USP

Oficina: Propaganda de medicamentos: Unindo esforços para a formação e a prática profissional

Participantes	Franklin Rubinstein	ANVISA
	Adriana Mitsue Ivama	OPAS/MS
	Dirceu Barbano	MS

Oficina: Como montar um laboratório de habilidades clínicas

Participantes	Lúcia Pezzi	Universidade Estácio de Sá
----------------------	-------------	----------------------------

Simpósio Fórum Nacional de Redes em Saúde

Coordenador	Márcio José de Almeida	
Participantes	José Paranaguá de Santana	OPAS
	Pedro Miguel dos Santos Neto	MS

Oficina: Métodos ativos de aprendizagem em medicina a partir de situações-problema

Participantes	Stewart Mennin	Universidade do Novo México
----------------------	----------------	-----------------------------

Minicurso – Mapa Conceitual (Fórum da RAEM)

Participantes	Isa Maria Freire	
----------------------	------------------	--

GT: Fórum das escolas médicas: Prioridades da ABEM, avaliação e propostas

Participantes	Milton de Arruda Martins	USP
----------------------	--------------------------	-----

Oficina: Papel da extensão e do trabalho junto à comunidade na formação médica

Participantes	Edson José Correa	UFMG
	Técia Maria de Oliveira Maranhão	UFRN

Oficina: Prova prática para a residência médica I

Participantes	Maria do Patrocínio Nunes	USP
	Denise Herdy Afonso de Lima	UERJ
	Ramiro Anthero de Azevedo	UNIFESP
	Tarcísio Machado	FAMEMA

Oficina: Avaliação de habilidades clínicas com o auxílio de pacientes padronizados

Participantes	Luiz Ernesto Almeida Troncon	USP-RP
	José Fernando de Castro Figueiredo	USP-RP

Oficina: A experiência dos núcleos de apoio psicológico aos estudantes de medicina e a médicos residentes

Participantes	Luiz Roberto Millan	USP
	Maria de Fátima Colares	USP-RP
	Emirene Navarro da Cruz	FM de Rio Preto

Simpósio: O hospital secundário no internato, uma necessidade para a formação médica?

Coordenador	Cecília Figueira	UFES
Participantes	Flávio César de Sá	Hospital de Sumaré – UNICAMP
	Carlos Alberto Justo e Silva	ABRAHUE
	Paulo Andrade Lotufo	Hospital Universitário – USP
	Rolf Kreuzing	Faculdade de Medicina de Petrópolis

Oficina: Como elaborar um projeto de pesquisa e redigir um artigo científico de um tema de educação médica

Participantes	Sérgio Rego	ENSP – RBEM
	Lílian Koifman	UFF – RBEM

Oficina: Pesquisa, educação médica e SUS – uma agenda para investigações

Participantes	José Paranaguá de Santana	OPAS
	Pedro Miguel dos Santos Filho	MS

Reunião das equipes locais da Rede de Apoio à Educação Médica (Fórum da RAEM)

Participantes	Paulo Marcondes Carvalho Junior	FAMEMA e RAEM
	Luciana Danielli	ABEM e RAEM

Mesas-redondas

Papel de Atenção Básica na Formação Médica

Coordenador	João José Neves Marins	UFF
Participantes	Gastão Wagner de Souza Campos	UNICAMP
	Silvio Fernandes da Silva	CONASEMS
	Francisco Eduardo de Campos	Ministério da Saúde
	Igor Tavares da Silva Chaves	UFSC-DENEM

Residência médica, para que e para quem?

Coordenador	Maria do Patrocínio Nunes	USP
Participantes	Antonio Carlos Lopes	UNIFESP e MEC/CNRM
	Célia Regina Perantoni	Ministério da Saúde
	Adriano Massuda	Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo
	Raffael Massuda	UFPR-DENEM

Avaliação da escola médica

Participantes	Jadete Barbosa Lampert	UFSM
	Adriana Aguiar	Universidade Estácio de Sá e UERJ
	Valéria Vernacchi de Lima	FAMEMA
	Jaime Giolo	MEC/INEP

Ética na formação médica: papel das entidades médicas

Participantes	Ricardo Albuquerque Paiva	Conselho Regional de Medicina/PE
	Edison de Oliveira Andrade	CFM
	Gabriel Oselka	USP
	Maria Auxiliadora Carvalho da Rocha	UFRN e UERN

Qualidade de vida do estudante de medicina. Apresentação dos resultados da pesquisa feita no ECEM - Curitiba - 2004

Participantes	Patricia Tempski Fiedler	FEPAR
	Milton de Arruda Martins	USP

Apresentação dos resultados do estudo de qualidade de vida dos estudantes de medicina da UFRN

Participantes	Rozana Ciconelli	UNIFESP
----------------------	------------------	---------

Formação de médicos no país e necessidades sociais - Resultados da primeira fase da pesquisa do Ministério da Saúde

Participantes	Paulo Eduardo Elias	USP
	Soraya Belisario	UFMG
	Laura Camargo Feuerwerker	
	Bruno de Almeida P. Guedes	UnB-DENEM

Multiprofissionalidade e integralidade na formação dos profissionais de saúde

Coordenador	Regina Maria Lugarinho da Fonseca	UNIRIO
Participantes	Roseni Pinheiro	UERJ - LAPPIS
	Ricardo Ceccim	UFRGS

Unidades de Informação como Ambiente Aprendiziz (Fórum da RAEM)

Coordenador	Paulo Marcondes Carvalho Júnior	FAMEMA BIREME
Participantes	O ambiente aprendiz e a informação em ciências da saúde – Abel Packer	BIREME
	Interação entre os atores e o ambiente aprendiz – Solange Puntel Mostafa	UNIVALI

Exame de qualificação e abertura de novas escolas médicas

Coordenador	Mauricio Braz Zanolli	FAMEMA
Participantes	Milton de Arruda Martins	USP
	Isac Jorge	CREMESP
	Denise Ornelas Fontes Pereira	UFF-DENEM

Integração ensino-serviço, papel do gestor, da escola médica e do controle social

Coordenador	João José Neves Marins	UFF
Participantes	Maria Inês Padula Anderson	UERJ e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
	Odorico Monteiro	Secretário de Saúde de Fortaleza
	Representante dos usuários, de Natal	
	José Olindo Duarte Ferreira	UFJF

Residência médica: como avaliar a qualidade dos programas

Participantes	Fernando Antonio Menezes da Silva	UFR
	Maria do Patrocínio T. Nunes	USP
	Paulo Henrique D'Angelo Seixas	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
	Representante da Associação Nacional dos Médicos Residentes	ANMR

Revalidação de diplomas e Mercosul: desafios para as escolas médicas

Participantes	José Guido Correia de Araujo	UPE
	Regina Celes da Rosa Stella	UNIFESP
	Pedro Tourinho de Siqueira	UFMG-DENEM

Como formar o docente de medicina na perspectiva das Diretrizes Curriculares

Coordenador	Rosana Vilela	UFAL
Participantes	Henry Campos	UFC
	João Batista de Campos	UEL
	José Venturelli	Universidade McMaster
	Nildo Alves Batista	UNIFESP

Medicina e arte		
Coordenador	Patricia Tempski Fiedler	
Participantes	Paulo Barreto Campello de Melo	UPE
	Álvaro Nonato de Souza	UFBA
	Ricardo Tapajós	USP
	Armando J. C. Bezerra	PUC - Brasília

Política de medicamentos e prescrições e a influência da indústria farmacêutica		
Coordenador	Lenita Wannmacher	Faculdade de Medicina de Passo Fundo
Participantes	Franklin Rubinstein	ANVISA
	Rita de Cássia Padula Alves Vieira	UFJF
	Cláudio Vasconcelos	Universidade Estácio de Sá
	Júlio Leonardo Barbosa Pereira	UFBA-DENEM

Os atores da educação médica (Fórum da RAEM)		
Coordenador	Gilson Saippa de Oliveira	UFF
Participantes	O olhar discente sobre a informação na educação médica – Nívio Lemos Moreira Júnior	UFRGS
	Educação médica e informação em saúde: o papel dos docentes – Angélica Maria Zeferino Bicudo	UNICAMP

Processo de transformação curricular das escolas médicas: avaliação dos atores envolvidos		
Participantes	Laura Macruz Camargo Feuerwerker	
	Thiago Emmanuel	UPE-DENEM
	Marco Aurélio da Ros	UFSC
	Álvaro Antônio C. Vieira de Melo	UPE

O estresse no curso de medicina e na residência médica		
Participantes	Luiz Antonio Nogueira Martins	UNIFESP
	Paulo Vaz de Arruda	FMUSP
	Mônica Colares Oliveira Lima	UFC

Condições de ensino na atenção primária, secundária e terciária, resultados da pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo		
Participantes	Isac Jorge Filho	CREMESP
	Joaquim Edison Vieira	USP

Pró-Saúde, um novo programa de incentivo às mudanças das escolas médicas		
Participantes	Francisco Eduardo de Campos	MS
	Geraldo Cury	UFMG

Políticas de acesso à universidade (cotas e ProUni): como estão sendo trabalhadas pelas escolas médicas?

Participantes	Leda Costa-Macedo	UERJ
	Derly Streit	Faculdade de Medicina de Petrópolis
	Gion Alessio Rocha Brunn	UFBA-DENEM

Gestão transformadora da escola médica

Participantes	Jair Araújo Júnior	FM Campos
	Carlos Alberto Justo e Silva	UFSC
	José Tavares Neto	UFBA
	Ivan Carlos Ferreira Antonello	PUC-RS

Papel da iniciação científica na formação médica

Coordenador	Domingos Tabajara de Oliveira Martins	UFMT
Participantes	Mário Abdala Saad	UNICAMP
	Aldo da Cunha Medeiros	UFRN
	Manoel Barral Neto	UFBA

36 Não conseguimos encontrar mais informações sobre o COBEM de 2006, mesmo os boletins deste ano, encontramos apenas um até a finalização deste livro.

Essa proposta estava de acordo com a crítica da ABEM à abertura indiscriminada de cursos de medicina, sem qualquer processo de verificação da adequação dos currículos às DCNs e aos princípios constitucionais de implantação do SUS.

No ano de 2006³⁶, a ABEM criou a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), que atuou entre 2006 e 2009, com um instrumento de trabalho constituído por cinco eixos: Mundo do trabalho, Projeto pedagógico, Abordagem pedagógica, Cenários de prática e Desenvolvimento docente, organizados a partir da tese de doutorado de Jadete Lampert.³⁷ A CAEM regularmente apontava que, em todas as frentes de indução de mudanças curriculares apoiadas pela ABEM e pelo governo federal, havia muita ênfase em novas metodologias de ensino/aprendizagem e pouco esforço para a integração e articulação entre escolas e serviços, o que fazia com que a pluralização dos cenários de práticas, objetivo das DCNs de 2001, continuasse a ser um desafio a ser cumprido. Para muitos defensores das transformações, o tempo urgia, e isso talvez explique as temporalidades de elaboração e implantação das DCNs de 2014 e do Programa Mais Médicos na próxima década, e que serão analisados à frente.

O congresso de 2006, realizado em Gramado (RS), no mês de setembro, teve por tema *Interação Escola Médica, Serviço de Saúde e Sociedade*. Não temos os anais com as conferências e mesas-redondas, mas o editorial do Boletim da ABEM de jan./fev./mar./abr. de 2006, escrito pelo então diretor executivo João José Neves Marins, permite saber as prioridades definidas pela diretoria:

Identifica-se, portanto, a necessidade atual de ampliação dos compromissos – gerenciais éticos, assistenciais e humanísticos – dos processos de formação, ressaltando-se os das instituições de ensino com os problemas da realidade local e com a construção SUS. Em particular, identifica-se a necessidade de ampliação do papel dos cenários de prática na

Eu tenho pouco a falar sobre a [DCN] de 2001... do ponto de vista experiencial, eu acho que ela impactou pouco na especialização, ainda os grandes dirigentes da formação dentro da escola são as especialidades. A gente teve um problema adicional, por exemplo, a minha geração fez um ano de internato, então quando eu fiz o internato em 1991 eu tinha um ano de internato, então se eu tinha cinco anos de teoria, com o básico, que pelas características de Ribeirão era bastante pesado, a ponto de ter uma festa de “Adeus, básico!”, era uma coisa ruidosa, vamos dizer assim. E algumas mudanças começaram a acontecer, começou a ter alguma integração, mas uma integração entre áreas, como básico e clínica, algumas como falei tiveram mais sucesso do que outras, por ene motivos, desde egos... até não ter um coisa que eu acreditava, porque quando eu vim da UNAERP, me perguntaram no concurso se eu achava que dava para transformar a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em uma Escola PBL, eu falei assim para uma pergunta chatinha: “Eu tenho noção de que aqui é um das melhores escolas de medicina do país fazendo o ensino tradicional, isso não muda a realidade, mas a questão é se ela pode ser melhor ou não, e o que é que atende às demandas com o corpo clínico de professores que ela tem”. Então, as mudanças que tiveram aqui sempre foram graduais, nunca tiveram mudanças de grande impacto...

Victor Evangelista Faria de Ferraz.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
18 de abril de 2022.

Então aquela fragmentação que existia nos cursos de medicina, que o aluno passava os dois primeiros anos vendo somente cadáver na Anatomia, microscópio na Histologia, tubo de ensaio na Fisiologia, e durante dois anos não via um doente, não via uma pessoa. O pai, quando ele passava no vestibular, dava um estetoscópio, ele botava no pescoço, mas passava dois anos na gaveta. Então essa fragmentação em curso básico e curso clínico, as diretrizes curriculares nacionais acabaram com essa fragmentação, e os currículos que se adaptaram às diretrizes curriculares, o aluno já no primeiro ano, no primeiro semestre, ele já vai para posto de saúde, ele já vai para programa de saúde da família, então modificou realmente. A mudança foi grande, mas não foi fácil porque havia uma resistência muito grande nas várias escolas em fazer a mudança (...) e muito também nas escolas maiores, que tinham os alunos que eram, aparentemente, mais capacitados, porque o vestibular era mais concorrido, então se subentende que eles teriam, provavelmente, mais neurônios e sinapses que a média geral. [risos] Então o que aconteceu? Havia resistência, e cada escola teve à sua maneira de se fazer, várias oficinas foram realizadas pela ABEM, vários congressos, no incentivo de fazer, inclusive a avaliação.

José Guido Corrêa de Araújo.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de fevereiro de 2022.

37 LAMPERT, J. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABEM, 2002. Consultar também BATISTA, VILELA, BATISTA, *Educação médica no Brasil...* Op. cit.

38 MARINS, J. J. *Parcerias para o desenvolvimento de territórios de aprendizagem e o trabalho de equipes matriciais em saúde*. In: ABEM, *Boletim*, volume XXXIII, jan./fev./mar./abr. 2006, p. 2 e 3.

produção do conhecimento ao longo do processo de formação e capacitação, e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem.

Todos esses indicativos são coerentes com as propostas de incentivar as mudanças na graduação das profissões da saúde tendo como referência as Diretrizes Curriculares. Isso implica trabalhar com o conceito ampliado de saúde, aprofundar o conhecimento sobre os contextos locais e contar com o trabalho articulado entre as diferentes profissões da saúde.

(...) a ABEM propõe desenvolver trabalhos em parceria com outras instituições afins, visando à execução de atividades que possam alavan-

car, avaliar e retroalimentar os projetos atualmente em operação e à construção de propostas inovadoras.³⁸

Marins destaca ações de capacitação para a atenção primária, envolvimento com a definição de microrregiões em saúde, desenvolvimento de territórios de aprendizagem, oficinas sobre o SINAES/ENADE em parceria com o FNEPAS, além de construção de instrumentos de avaliação, o que seria desenvolvido pela CAEM. A CAEM se tornaria Comissão de Avaliação de Escolas da Área de Saúde (CAES), de modo a aproximar os cursos da área de saúde em modelos multiprofissionais, e realizava oficinas de avaliação institucional para as escolas deman-

dantes. Tratava-se, assim, de fortalecer o incentivo às transformações das escolas médicas de modo a garantir sua interação com a sociedade e os serviços de saúde públicos, mas a partir da trajetória do estudante na graduação e não por instrumentos de pura verificação de conhecimentos específicos.

Merece destaque neste momento o uso do *Teste de Progresso* (TP) como ferramenta de avaliação para aprimorar os processos educacionais nas escolas médicas. A ABEM estimulou a disseminação do TP pelo país a partir de 2015, no âmbito das comemorações dos seus 50 anos e dos 10 anos das DCNs.

Para o ano de 2007, também temos pouca documentação, mas é possível afirmar a continuidade das parcerias já referidas, já que o boletim de outubro desse ano apresenta relatório da parceria ABEM/FNEPAS/MS sobre o Pró-Saúde e sobre a aprovação da RBEM para o SCIELO.

Sobre os congressos de 2008 e 2009 também não temos muita documentação, mas atas de reunião do Conselho e alguns boletins permitem aquilatar o enraizamento das propostas de indução para transformação curricular buscando a formação profissional em novos cenários de práticas, o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) a partir do SUS e o desenvolvimento de novas metodologias de ensino/aprendizagem³⁹.

Com o título de *200 anos de ensino médico no Brasil – De volta para o futuro*, o COBEM de 2008 aconteceu em outubro, no município de Salvador (BA). Não temos os anais com as mesas-redondas e as conferências, mas as apresentações orais e os pôsteres foram divididos nos seguintes macrotemas: “Currículo e Metodologia de Ensino”; “Cenários de Prática e Integração à Rede de Serviços de Saúde”; “Internato”; “Residência Médica e Residência Multiprofissional”; “Gestão, Formação de Lideranças e Compromisso Social da Escola Médica”; “Profissionalização e Capacitação do Docente – Educação Permanente”; “Avaliação do Curso e da Escola Médica”; “Ava-



IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE O FNEPAS E O MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 2007

Profs. Regina Luganinho e Adriana Aguiar - Representantes da ABEM no FNEPAS

O QUE É O FNEPAS ?

O **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS)**, criado em julho de 2004, congrega entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional da área da saúde e objetiva contribuir para a mudança na formação das profissões dessa área, tendo a integralidade em saúde e a educação permanente como os eixos orientadores.

OBJETIVO GERAL

Contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir para a mobilização de docentes, estudantes, gestores da educação e da saúde e usuários para mudança na graduação das profissões da área de saúde;
- Promover a troca de experiências entre os diversos cursos de graduação em saúde;
- Realizar ações conjuntas voltadas à formação profissional e ao cuidado em saúde, obedecendo a lógica da integralidade da atenção;
- Estabelecer compromissos e cooperação técnica entre as entidades participantes do FNEPAS e os Ministérios da Saúde e Educação, além de outras entidades da sociedade civil organizada.

ENTIDADES PARTICIPANTES

- Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM
- Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn
- Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO
- Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia - ABENFISIO
- Associação Brasileira de Ensino de Psicologia - ABEP
- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPS
- Rede UNIDA
- Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFA
- Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional - RENE TO
- Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO

COMO O FNEPAS OPERA?

O FNEPAS procura atuar sobre todas as situações e temas que possam contribuir para a construção de cenários institucionais mais favoráveis às mudanças necessárias na formação em saúde, expressas em linhas gerais nas Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas pelo Ministério da Educação, ainda em fase de implementação.

Com o objetivo de impulsionar a adoção da integralidade como eixo orientador da mudança na graduação e

de contribuir ativamente no fortalecimento da educação permanente em saúde, o FNEPAS desenvolveu um projeto de cooperação técnica com o Ministério da Saúde que prevê a realização de pesquisas, oficinas regionais, produção de artigos e publicações. Aprovado em 2005, o projeto começou a ser financiado em maio de 2006.

As entidades do FNEPAS dedicaram-se ao debate sobre estratégias de implementação e avaliação das Diretrizes Curriculares em cada profissão, realizando oficinas regionais, pes-

39 BELACIANO, M. I. O SUS como escola. In: ABEM, Boletim, volume XXXVII, outubro de 2009, T130, p. 04.

40 BATISTA, VILELA, BATISTA, Op. cit., p. 361-362. Consultar também: ABEM/VÁRIOS AUTORES. Cadernos ABEM – Faimer Brasil 10 anos, v. 12, Rio de Janeiro: ABEM, 2016.

quias etc. Esse trabalho está em fase de conclusão e gerou produtos significativos, como diagnósticos da situação atual dos cursos e das estratégias que vêm sendo implementadas, mobilização de professores e estudantes e o aprofundamento do debate nas instituições formadoras.

Em função de todo esse movimento, o número de atores envolvidos nesse processo cresceu e vem crescendo. O avanço na formulação e a diversidade das experiências vivenciadas por todos são muito expressivos.

Uma das propostas do FNEPAS é estabelecer parcerias e formular estratégias com o conjunto de atores do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, com o movimento estudantil, com os gestores municipais de saúde, com os movimentos sociais, e com as diversas instituições envolvidas em experiências de mudança, incluindo os tutores e facilitadores de educação permanente, as equipes que atuam em cursos contemplados pelo PROMED e PRÓ-SAÚDE, agregando entidades envolvidas com a formação de profissionais da área da saúde que ainda não o integram.

COOPERAÇÃO TÉCNICA

O FNEPAS desenvolveu projeto de cooperação técnica com o Ministério da Saúde para a realização de pesquisas, oficinas regionais, produção de artigos e publicações. Aprovado em 2005, o projeto teve os recursos financeiros liberados, apenas para as oficinas regionais, em maio de 2006.

As principais estratégias adotadas para a implementação das oficinas regionais incluíram a construção de parcerias com tutores e especializando do primeiro curso de "Ativadores", movimento estudantil, gestores municipais de saúde, tutores e facilitadores de educação permanente, equipes que atuam em instituições contempladas pelo PROMED e PRÓ-Saúde, bem como entidades envolvidas com a formação de profissionais da área da saúde que ainda não integram o FNEPAS.

Em dezembro de 2006, ocorreu a "Oficina Experimental", com o tema *Construção da Integralidade: desafios contemporâneos, no Rio de Janeiro, com participação 79 pessoas*, entre dirigentes das entidades que compõem o FNEPAS, representantes dos grupos de ativadores-tutores egressos do "curso de ativadores", representantes da área de Nutrição e de Farmácia, e algumas das executivas de estudantes. Seus objetivos foram: 1) discutir o tema da integralidade, no contexto da formação e da prática profissional, identificando suas múltiplas dimensões e construindo um vocabulário comum para orientar o trabalho futuro do Fórum; e 2) escolher representantes e designar comitês organizadores para a construção das oficinas regionais, os quais responsabilizar-se-ão por apresentar propostas de oficinas adaptadas às necessidades e possibilidades de cada região.

Para realização das oficinas ficou estabelecido que o FNEPAS se organizaria nas seguintes regiões: Norte, Nordeste 1 (MA, PI, CE), Nordeste 2 (PB, PE, RN), Nordeste 3 (BA, AL, SE) Centro-Oeste, Sul, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro/Espírito Santo, cada qual com um representante regional. Estes constituíram comitês organizadores locais e encaminharam propostas de oficinas ao colegiado do FNEPAS. A Regional Sul realizou a primeira oficina em abril. Em agosto ocorreram oficinas no Rio de Janeiro, Blumenau, Belém, Botucatu, Fortaleza e Teresina. Em setembro foi a vez da Sub-Regional Sul MG, do Pólo Centro-Oeste Paulista do Estado de São Paulo (em Marília), Vale do Paraíba (em Taubaté), da Regional Norte (em Manaus) e um segundo evento em Fortaleza. Há outras oficinas programadas até dezembro, incluindo Juiz de Fora, Salvador, Piracicaba, Curitiba, e Belo Horizonte. Também Uberlândia sediará uma Oficina do FNEPAS no dia 22 de outubro, por ocasião do Congresso Brasileiro de Educação Médica.

Destaca-se o interesse e a grande adesão que vêm sendo verificados nas reuniões e oficinas promovidas, em diversos locais, por parte de pessoas e movimentos que compartilham dos objetivos do FNEPAS. Isso é muito importante pois as oficinas regionais constituem um locus estratégico para a articulação almejada, de modo que o FNEPAS tem avançado na aproximação de atores e movimentos envolvidos na mudança da formação em saúde. O PET-Saúde, a reabertura do diálogo com o MEC sobre a avaliação de cursos, a institucionalização da Residência Multiprofissional, e a formação de pessoal para a Estratégia da Saúde da Família são alguns dos assuntos da pauta no curto e médio prazos. A intenção do FNEPAS é formar uma rede permanente e sustentável, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que dialogue de forma efetiva, afetiva e solidária na produção de políticas de educação para o SUS, capaz de engajar os diversos segmentos de nosso país para promover as tão desejadas e necessárias mudanças na maneira de fazer saúde.

Referências

1. LUGARINHO, R. e FEUERWERKER, L. O que é o FNEPAS? *Boletim da ABEM*, Vol. 33, N. 3/4 de maio a julho de 2006.
2. AGUIAR, A. e LUGARINHO, R. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a Avaliação da Formação no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Roseni Pinheiro, Ruben Mattos (org.) Rio de Janeiro. CEPESC, 2006.
3. MÁNGIA, E. e LUGARINHO, R. O Fórum Nacional de educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS: O Desafio da Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São*

As parcerias da ABEM incluíam apoiar projetos desenvolvidos com organismos internacionais, como o Faimer Brasil, coordenado pelo professor Henry Campos com o objetivo de melhorar a formação dos recursos humanos em saúde por meio de pesquisa e de cursos.⁴⁰

(...) criamos aqui o Instituto Faimer Brasil e foi uma iniciativa muito vitoriosa, começamos em 2007, esse programa funcionou por 11 anos, infelizmente, com o golpe de 2016 e a mudança nas orientações políticas, esse programa perdeu o financiamento e aguardamos para que possamos retomar isso. Mas formamos mais de 350 profissionais nessa especialização feita em parceria com essa Fundação Faimer nos Estados Unidos e com o apoio do Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Várias pessoas, a Denise Herdy, por exemplo, participou dessa iniciativa, várias outras aí. E esse pessoal continua muito ativo e fazendo movimentos muito importantes de mudança na educação e profissionalização da saúde.

Henry Campos.

Entrevista ao Projeto 60 anos da ABEM,
20 de maio de 2022.

liação de Estudantes nos Processos de Ensino-Aprendizagem"; "Currículo Paralelo, Currículo Oculto e Flexibilização Curricular"; "Metodologia da Pesquisa em Educação Médica"; "Apoio Psicopedagógico ao Estudante, Tutoria e Mentoring"; "Formação e Qualificação na Saúde Suplementar"; "Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu em Educação Médica"; "Humanização e Ética"; "Educação a Distância"; "Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde"; "Extensão Universitária"; "O Mercado de Trabalho em Saúde"; "Hospitais de Ensino"; "Saúde Coletiva na Graduação"; "Saúde Mental e Formação Médica"; "Graduação e Pós-Graduação nas Profissões de Saúde"; "Interdisciplinaridade, Transdisciplina-

O Teste de Progresso, eu diria que avalio hoje sob duas ópticas: uma do teste em si, que posso talvez ter várias críticas, centradas em algumas opções que nós no Rio Grande do Sul e na verdade em quase todo o país temos adotado com relação a ele. Talvez ele não tenha a melhor matriz, talvez ele não seja tão alinhado com as diretrizes curriculares como deveria. Talvez a própria análise estatística não seja a melhor. Talvez a própria distribuição da prova, que ainda persegue uma distribuição entre área básica e área profissionalizante, ainda confunde atenção primária com saúde coletiva. Então há várias questões nesse campo, que eu diria que são quase de opções metodológicas de como efetivar o teste. Mas nenhuma crítica conceitual quanto à ideia do Teste de Progresso como uma estratégia absolutamente benéfica para a avaliação. A ideia de uma avaliação que é muito mais formativa, ainda que não necessariamente seja exclusivamente formativa, uma avaliação que acontece todo ano, de forma semelhante, que tem um envolvimento grande de diferentes escolas, com uma adesão razoável dos alunos, que permite que o estudante se olhe sem precisar que isso seja um momento estressante. Efetivamente as provas que a gente faz na faculdade acabam sendo de alguma forma falseadas, o aluno passa três noites e três dias lendo coisas e obviamente vai muito bem numa prova, e se essa mesma prova fosse repetida dali uma semana, muito provavelmente o resultado seria muito diferente. O Teste de Progresso permite que seja uma avaliação mais realista sobre o quanto ou o que o aluno sabe, de modo que ele mesmo possa olhar e identificar coisas que estão bem e outras que não estão tão bem. O olhar para dentro do curso também é ótimo, as experiências em que fizemos isso foram muito proveitosas, em que pudemos identificar cursos que não iam tão bem, tentar identificar disciplinas, professores, áreas que requeriam uma atenção maior. No campo conceitual e da utilização do Teste de Progresso não tenho nenhuma dúvida, acho que a gente precisa aprimorar bastante a prova em si e como ela é aplicada, mas não no campo do teste em si.

Sandro Schreiber de Oliveira.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de maio de 2022.

ridade, Atividades Multiprofissionais e Intersectorialidade”; “O Protagonismo Estudantil na Formação Médica”. Entre as apresentações orais, cabe destacar: “Buscando a Efetiva Integração Ensino-Serviço”, que contou com representante da Secretaria da Saúde de Sorocaba; “Núcleo Livre ‘Gestão em Saúde Pública’: Parceria Ensino-Serviço na Faculdade de Medicina/UFG”, que contou com representante da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; “Uso de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem como Forma de Promoção da Saúde Infantil”, que contou com representante da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; “Internato em Atenção Integral à Saúde: Uma proposta inovadora”, que contou com representante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.⁴¹

O ano de 2008 foi, ainda, o ano de lançamento do programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que trazia para o centro dos debates, novamente, a questão da abertura de escolas médicas e de vagas nas existentes – este assunto será abordado no próximo capítulo, com as novas propostas de interiorização de profissionais da saúde e o crescimento das escolas privadas.

O congresso de 2009 foi realizado no mês de outubro, no município de Curitiba (PR), e teve como tema O SUS como escola. As apresentações orais e de pôsteres se dividiram nos seguintes macrotemas: “Currículo e Metodologia de Ensino”; “Cenários de Prática e Integração à Rede de Serviços de Saúde”; “Internato”; “Residência Médica e Residência Multiprofissional”; “Gestão, Formação de Lideranças e Compromisso Social da Escola Médica”; “Profissionalização e Capacitação do Docente – Educação Permanente”; “Avaliação do Curso e da Escola Médica”; “Avaliação de Estudantes nos Processos de Ensino-Aprendizagem”; “Metodologia da Pesquisa em Educação Médica”; “Apoio Psicopedagógico ao Estudante, Tutoria e Mentoring”; “Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu em Educação Médica”;

“Humanização”; “Educação a Distância, Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde”; “Extensão Universitária”; “Hospitais de Ensino”; “Interdisciplinaridade, Transdisciplinaridade, Atividades Multiprofissionais e Intersetorialidade”; “PET-Saúde e Pró-Saúde”; “Ética”. Entre essas apresentações apenas resumidas nos Anais, cabe destacar: “O papel da Formação Médica na Percepção da Morte e do Morrer: estudo qualitativo com infectologistas”, com dois secretários da Saúde do estado de São Paulo; “Residência Médica em Áreas Clínicas: Análise da procura espontânea em série histórica. Conhecer para agir”, com dois representantes da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; “Educação Permanente e Gestores da Prefeitura de Sorocaba utilizando a aprendizagem baseada em problemas (ABP)”, com três representantes da Secretaria de Saúde de Sorocaba; “Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos cursos de graduação da área de Saúde da CAEM/ABEM: Temáticas identificadas na avaliação qualitativa das Escolas”, com dois representantes da ABEM; “Humaniza-Ecesp: humanização integrada a gestão”, com representantes do Instituto do Câncer, Instituto Saúde e Hospital Brigadeiro, todos do estado de São Paulo; “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)”, com representantes do Ministério da Saúde e da OPAS; “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde”, com representantes do Ministério da Saúde e da OPAS; “O que é ser docente nos cenários de prática? O olhar dos preceptores do projeto PET-Saúde de Passo Fundo/RS”, com representante da Secretaria de Saúde de Passo Fundo; “Pró-Saúde: uma parceria bem-sucedida entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS”, com representantes da OPAS e do Ministério da Saúde; “Abordagem integrada na Atenção Básica em Saúde, por meio da estratégia de Saúde da Família e a vivência de práticas tutoriais: monitorando o fio condutor de PET-Saúde em Passo Fundo, RS”, com representante da Secretaria Municipal de Passo Fundo.

41 ABEM, *Revista Brasileira de Educação Médica*, suplemento, 2008.

42 A proposta foi publicada na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* e está disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QSskKsFFqF5BSXwFf6G5qJB/?lang=pt&format=pdf> Acesso em agosto de 2022.

O único boletim que temos para o ano de 2009 resumiu as muitas e variadas frentes de atuação da ABEM em 2008 e 2009, assim como a militância desses anos 2000. Além do FNEPAS e da CAEM, a ABEM participava em outros seminários e encontros e oferecia cursos e oficinas sobre temas como a atenção primária, a educação permanente e o fortalecimento do SUS. Além disso, a ABEM vinha trabalhando com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em uma proposta de *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária em Saúde na Graduação em Medicina*, que seria publicada em 2011.⁴²

Um conjunto de ações reportadas a diferentes estratos de tempo, desde ações de tempo curto, para as quais faltou financiamento, a ações de tempo mais longo que se transformavam ou bifurcavam em função da polissemia de opiniões que ocupavam a arena da ABEM. É o caso, por exemplo, do processo de avaliação e acreditação das escolas médicas. A partir de 2009, a CAES teve dificuldade de conseguir financiamento para suas atividades; na gestão de Sigisfredo Brenelli como presidente da ABEM (2014-2016), formou-se uma parceria do CFM com a ABEM para a realização do Sistema de Acreditação das Escolas Médicas (SAEME), e a CAES passou a ser menos procurada.

Essa polissemia de opiniões, especialmente no que diz respeito às formas de indução da integração docente/assistencial, da vinculação da escola médica com a comunidade e da interiorização dos profissionais em saúde, ganharia tintas bem mais fortes nos anos 2010, quando foram aprovadas novas DCNs para a medicina, assunto para o próximo capítulo.

Reproduzimos trechos de resumos de trabalhos apresentados sobre o PET-Saúde e o Pró-Saúde no COBEM de 2009, ambos apoiados pela ABEM. O PET-Saúde foi implantado por portaria do MEC/MS em 2008, como uma das atividades/estratégias do Pró-Saúde, e era coordenado pela SGTES/MS. O PET-Saúde oferecia bolsas para estudantes de medicina, além de preceptores e tutores, para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Reproduzimos os resultados apresentados por dois grupos:

Resultados: dentre os resultados esperados, destacam-se o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; e o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Já foram disponibilizadas 16.757 bolsas, referentes às atividades desenvolvidas em abril, maio e junho de 2009. Conclusões: como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da APS, o PET-Saúde configura-se em importante estratégia de indução da gestão federal no que se refere ao rompimento da dicotomia teoria-prática e à integração ensino-serviço-comunidade.

CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; FRUET, M. S. B.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M. & RIBEIRO, T. C. V.⁴³

Resultados: a atenção básica, onde é mais institucionalizada a adscrição da clientela e o cuidado longitudinal, abordagens sistêmicas das famílias e vínculo, é progressivamente reconhecida como um locus privilegiado para as mudanças no processo de formação. Esta prática está levando mais alunos a optarem por estágios na rede de atenção básica. Está em curso uma pesquisa quanti-qualitativa para avaliação do programa. Conclusões: com a implementação do Pró-Saúde, busca-se intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo de formação, centrado na assistência individual, para um processo sintonizado com as necessidades sociais, considerando as dimensões históricas, econômicas e culturais da população.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; RIBEIRO, T. C. V.; PASSARELLA, T. M. ; CURY, G. C. & CAMPOS, F. E.⁴⁴

O PET tinha na educação, apareceu o PET-Saúde, e este, com várias edições, a última extremamente importante, que trabalhou a questão da interprofissionalidade na formação em saúde, e hoje todos nós estamos sonhando e tentando exercer alguma pressão para que essas políticas não sejam interrompidas, mas infelizmente nós estamos em um momento delicado. O PET-Saúde... nós estamos sempre esperando o edital, mas já deveria ter saído dois anos atrás o novo edital.

Nildo Alves Batista.

**Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
29 de novembro de 2021**

43 ABEM, Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, 2009, p. 189-190.

44 Idem anterior.

Diretorias

2000-2002

Presidente	Regina Celes de Rosa Stella
1° Vice-Presidente	José Guido Corrêa de Araújo
2° Vice-Presidente	Jair Araújo Junior
Diretor Executivo	Jadete Lampert
Tesoureiro	João José Batista de Campos
Secretário	Roberto de Assis Ferreira

2004-2006

Presidente	Milton Arruda Martins
1° Vice-Presidente	Fernando Antônio Menezes da Silva
2° Vice-Presidente	Jorge Alberto Buchabqui
Diretoria Executiva	Adriana Cavalcanti de Aguiar, Prof. João José Neves Marins e Prof ^a Regina Maria Lugarinho da Fonseca
Tesoureiro	Maria Neile Torres de Araújo
Secretário	Derly Streit

2008-2010

Presidente	Mourad Ibrahim Belaciano
1° Vice-Presidente	José Olindo Duarte Ferreira
2° Vice-Presidente	Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida
Diretor Executivo	João José Neves Marins
Tesoureiro	Francisco Barbosa Neto
Secretário	Patrícia Tempski

2002-2004

Presidente	José Guido Corrêa de Araújo
1° Vice-Presidente	Jadete Lampert
2° Vice-Presidente	Samuel Silva da Silva
Diretor Executivo	João José Neves Marins
Tesoureiro	José Olindo Duarte Ferreira
Secretário	Milton Arruda Martins

2006-2008

Presidente	Milton Arruda Martins
1° Vice-Presidente	Mourad Ibrahim Belaciano
2° Vice-Presidente	Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida
Diretor Executivo	João José Neves Marins
Tesoureiro	Derly Streit
Secretário	Angélica Bicudo Zeferino

ESTADO DE MINAS

www.em.com.br

1988 1990 1992 1994 1996 1998 2000 2002 2004 2006 2008 2010 2012 2014 2016 2018 2020

eSocial
MAIS UMA
CONFUSÃO
À VISTA

Seu perfil profissional
está sendo atualizado
automaticamente. Isso
significa que você não
precisa mais se preocupar
com a atualização de
dados pessoais. O sistema
vai fazer isso sozinho.
Se você quiser alterar
alguns dados, basta
acessar o sistema e
atualizar os dados.
Se você não quiser
que o sistema atualize
os dados, basta
desmarcar a opção
"Atualizar automaticamente".

UMA SANCIONA
APOSENTADORIA
INTEGRAL PELA
FÓRMULA 85/95

Alto custo de vida
é o principal motivo
para a saída de
profissionais da área
de saúde. Segundo
um levantamento
feito em 2014, 60%
dos médicos que
saíram de Minas
para trabalhar em
outros estados
citaram o custo de
vida como o principal
motivo. Outros fatores
citados foram a
falta de oportunidades
de trabalho e a
poluição.

Aliado relatará
o processo
contra Cunha

Alto custo de vida
é o principal motivo
para a saída de
profissionais da área
de saúde. Segundo
um levantamento
feito em 2014, 60%
dos médicos que
saíram de Minas
para trabalhar em
outros estados
citaram o custo de
vida como o principal
motivo. Outros fatores
citados foram a
falta de oportunidades
de trabalho e a
poluição.

TRAGÉDIA EM MARIANA

BARRAGEM SE ROMPE E TSUNAMI DE LAMA ARRASA VILAREJO

Tenelhas de rejeitos tóxicos de mineradora provocam onda de destruição e soterram Santa Rádiques, distrito da cidade histórica

Novas Diretrizes
Curriculares Nacionais –
Nova expansão de cursos
de medicina

Portaria
Interministerial que
instituiu o Programa
de Valorização do
Profissional da Atenção
Básica - PROVAB

Intensificação de
protestos de rua

Decreto nº 7.508
- Regulamenta a
Lei nº 8.080

Lei nº 12.871
Institui o
Programa Mais
Médicos

Portaria
Interministerial nº
10, de 20 de Agosto
de 2014. Institui a
Comissão Executiva
dos Contratos
Organizativos de Ação
Pública Ensino-Saúde
e o Comitê Nacional
dos Contratos
Organizativos de Ação
Pública Ensino-Saúde

Reeleita
Dilma

Primeiro Teste
de Progresso
Nacional

Epidemia de microcefalia atingiu
2,5 bebês no país por vírus
transmitido pelo *Aedes aegypti*

Institui a Política Nacional de
Atenção Integral à Saúde da
Criança (PNAISC) no Âmbito do
Sistema Único de Saúde (SUS).

Mudança da sede da
ABEM do RJ para Brasília

Impeachment
da Presidente
Dilma Rouseff

Eleição de Jair
Bolsonaro

Eleição da
1ª Diretoria
com diretores
discente
e médico
residente

Pandemia da
Covid-19

ABEM NA PANDEMIA

Resiliência, criatividade e construção coletiva, apesar da distância

Quando, em março de 2020, nos deparávamos com o início da pandemia de Covid-19, nenhum de nós poderia imaginar que, quase dois anos depois, estaríamos nas atuais condições sanitárias. De lá para cá, já se foram 18 meses em que precisamos entender uma nova doença, estar nas frentes de atendimento das demandas nos mais diversos cenários de saúde e educação e pensar/decidir, neste momento e como vamos desenvolvê-lo?

Ao mesmo tempo em que lidávamos com a pouca capacidade do governo federal para cumprir seu papel de licenciar

do e-book *A escola médica na pandemia da Covid-19*, que organizou diversas reflexões e experiências acumuladas durante o ano de 2020, e o 58º *Cobem*, realizado de maneira completamente virtual, mas que, de forma caótica, inclusive e por que não dizer, terapêutica, nos aproximou em um grande espaço de trocas e reflexões.

O ano de 2021 se iniciou com Mônica Calozans, enfermeira negra do Hospital Emílio Ribas, que estava na linha de frente da pandemia, sendo a primeira pessoa vacinada no país. Se organizava a partir daí a vacinação nacional por meio de grupos prioritários. Uma vez que profissionais de saúde estavam insatisfeitos no primeiro grupo e se vacinar, reacendeu-se a discussão de retorno às atividades presenciais de ensino, apesar de uma impressão de completa heterogeneidade quanto à vacinação entre

o e
cer
nça,

das de
tão
ssível.

mais
us
dores
e 70/10.

educandos, se em 2020, diante do cenário de interrupção

91

o publicação

o início do

2011

2013

2014

2015

2016

2018

2020

POLÍTICAS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO MÉDICA/ABEM

CONTEXTO POLÍTICO

População
[milhões]:
195,2

Taxa de
analfabetismo:
9,6

Mortalidade
infantil/00:
22

Mortalidade
geral/00:
7

Taxa de
Fecundidade:
1,9

Expectativa
de vida:
73

IDH:
0,726

Escolas
médicas:
328

“

Por que não fazer gestão por região de saúde e por contingentes populacionais para todos os níveis de atenção? A forma como está se trabalhando isso está segmentando o setor de novo. De um lado, a ‘assistência médica’, do outro lado a ‘saúde pública’ com nome de Atenção Primária em Saúde. Essa segmentação eu acho ruim. Se dou para você uma região com 1 milhão de pessoas e um determinado orçamento correspondente a um conjunto previsível de procedimentos para você administrar e gerenciar todos os serviços, você vai ter que optar pelo fluxo e imprimir certa racionalidade entre os diversos níveis de atenção para a região/população adstrita, com seus limites. Tirou-se a base territorial, tirou-se a base regional, tirou-se a base populacional que deixou de ser adstrita; administra-se o sistema de interações nacionalmente fragmentado por blocos ou níveis de atenção, o que é bastante complicado porque tira do gestor a visão do conjunto. A questão do território e do acesso passa a ser uma questão menor, secundária, de ‘saúde pública’, restrita a uma questão da assistência médica, do indivíduo. A meu

ver, administrar contratos isoladamente recompõe aquilo que o SUS veio combater com a diretriz de integralidade e universalidade da assistência e da atenção à saúde. A assistência médica passou a ser problema de âmbito hospitalar, o que é um equívoco, um erro, entende? Eu acho que é uma leitura e uma operacionalização equivocada das bases do SUS, do que a gente chamou de universalidade, de integralidade. A integralidade não é mais discutida, ou é? A integralidade da atenção, a relação entre os níveis de atenção, cadê? Isso está assegurado dentro dos contratos de gestão? Não se discute. Hoje, os contratos devem prever tudo através dos procedimentos, quantificados e precificados. Você parte do ato médico, assegura um teto de gastos, mas e os outros problemas organizacionais? Não existem mais? Quem os resolve? Administrar os contratos é o principal trabalho do gestor? Está errado! É um equívoco. Isso é o mesmo que o INAMPS fazia nos anos 60, contra o que nos batemos tanto! (...)

Mourad Belaciano.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
9 de fevereiro de 2022.

”

Nos anos 2010, assim como já acontecera nos anos 2000, a documentação se diferencia das quatro primeiras décadas da ABEM. Os anais, aos poucos, passaram a privilegiar cada vez mais a produção dos congressistas, professores, gestores, preceptores e estudantes, que se apresentavam nos congressos com pôsteres ou apresentação oral. A intenção parece ter sido ampliar e enraizar o debate sobre educação médica, fortalecendo-a como área pesquisa, o que, de fato, se concretizou. Dessa forma, os boletins e depoimentos, assim como o debate com a bibliografia e a documentação oficial do governo, foram a base para a construção dos argumentos neste capítulo.

O compromisso com o SUS e com a transformação das escolas médicas, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001, manteve-se como tema central do COBEM e das ações com entidades parceiras e governo nas três esferas de poder.¹ Nesses anos 2010, no entanto, é possível observar uma inflexão nas ações da ABEM pela formação de educadores capazes de colocar em prática os projetos pedagógicos reorganizados a partir das DCNs com ênfase em ordenar e induzir a presença de médicos generalistas, vinculados à atenção primária e à saúde da família, nos principais equipamentos de estruturação do SUS, nomeadamente as UBS. Tal inflexão sugere, na arena da ABEM, o aumento do debate sobre temas específicos de atualização pedagógica, com a definição de competências e de profissionais que pudessem articular este debate às necessidades de recursos humanos do SUS e das escolas médicas, já que essas formavam os médicos que viriam a ocupar os espaços profissionais do SUS. Assim, a ABEM operou na formação de preceptores e tutores para atuação no internato, nas residências e diretamente no âmbito dos serviços de saúde.² Além disso, a ABEM manteve sua participação nos debates sobre os hospitais universitários e de ensino (HUEs), considerando financiamento e presença na rede do SUS, por meio de um

de seus diretores, Francisco Barbosa Neto³, que fez parte do grupo de trabalho interministerial para discussão de possíveis encaminhamentos, construindo o arcabouço legal para Recertificação de Hospitais de Ensino que daria origem, apesar das resistências, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada no final do governo Lula.

Além da formação de recursos humanos, cabe destacar três frentes de atuação da ABEM nos anos de 2010, e que fazem parte do seu histórico de ações perante os diferentes governos ao longo desses 60 anos, quais sejam, os processos de avaliação de formandos e formados, de acreditação e abertura de escolas médicas e de validação de diplomas estrangeiros para atuação no Brasil.

Em março de 2011, o governo havia publicado a Portaria Interministerial 278 (MEC/MS) que instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Universidades Estrangeiras (Revalida), como resultado de alguns anos de debates com entidades médicas e segmentos da sociedade. Ele seria implementado pelo Instituto de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em parceria com universidades públicas brasileiras. No COBEM de 2011, realizado em Belo Horizonte no mês de novembro, a assembleia e o Conselho da ABEM aprovaram moção de apoio ao Revalida, que deveria ser aplicado a todos os médicos formados no exterior sem exceção ou diferenciação, em oposição à proposta, aventada no âmbito do Ministério da Saúde, de fazer exame em paralelo para médicos formados na Escola Latino-Americana de Cuba. Tratava-se, assim, de defender o diálogo que resultara no Revalida e que permitiria seu aperfeiçoamento. O Ministério da Saúde esperava, com a proposta de revalidação em separado, aumentar a oferta de médicos generalistas e conhecedores de Saúde da Família e atenção primária, áreas de conhecimento importantes da referida Escola de Cuba, para as UBS e o SUS. A ação do governo, e a reação da ABEM, tipificam

1 No final deste livro, encontra-se a lista das edições do COBEM e seus temas.

2 Na reunião do Conselho da ABEM, em 2010, anunciou-se o curso: *Capacitação de gestores, docentes e preceptores para atuarem no processo de ensino/aprendizagem das práticas dos serviços de saúde.*

3 Francisco Barbosa Neto fez parte da diretoria da ABEM entre 2008 e 2018, ocupando diferentes cargos.

Porque no Brasil tem duas terríveis pragas na administração pública, que são a descontinuidade administrativa e a falta de transparência. Essas duas pragas são terríveis. Quer dizer, assim que o presidente Lula assumiu, foi criado um grupo, do qual a ABEM participou, para desenvolver, reestruturar a rede de hospitais de ensino no país, então... eram a Comissão Interinstitucional, ou Interministerial, para Reestruturação dos Hospitais de Ensino, e essa comissão ampla envolvia quatro ministérios: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Quer dizer, esses quatro ministérios durante muito tempo atuaram numa comissão interinstitucional para acompanhar o desenvolvimento do processo, eu participei disso, também, como representante da ABEM. Além de tudo, eu já estava como técnico certificador, visitando hospitais, fiz pelo menos uma centena de visitas, em alguns hospitais mais de uma vez, ao longo desses nove anos, de 2004 a 2013 (...)

(...) o desenho dessa política foi muito bem-feito, talvez até porque foi feita por múltiplas mãos, em um processo de construção mais coletiva, mais colegiada, envolvendo várias instituições, estavam lá a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), a Abem da Medicina, a ABEn da Enfermagem, entidades, o próprio CONASS, CONASEMS, tudo isso participando do desenho dessa construção. E é uma pena que tenha parado, porque vi coisas muito, muito bonitas, assim, de avanços, posso citar dois hospitais que me impressionaram, que eu achava que eles não iam cumprir as exigências, não certificamos; voltamos seis meses, oito meses depois, e parecia que era outro hospital, o cumprimento rigoroso das exigências! Um foi o Hospital de Base de São José do Rio Preto, ligado à Faculdade de Medicina da FAMERP, e o outro foi o Hospital de Santa Casa de Limeira/SP. Surgiram hospitais, como o ligado à UFSCar, além das reformas que foram feitas em locais que a gente tinha considerado inadequados. Essa experiência foi muito gratificante e descontinuada, mas para mim foi muito enriquecedora.

(...) eu me sinto até pouco à vontade de falar da EBSEH, porque eu tive grandes amigos lá que apostaram muito nesse projeto e acreditaram muito... a gente estava formando um processo de certificação, e com a reunião de várias entidades, com quatro ministérios para essa questão da política dos hospitais de ensino, para desenvolver uma política cada vez mais transparente, mais eficiente, mais eficaz, com uma rede de hospitais de ensino sem segmentá-la por hospitais estaduais, hospitais filantrópicos, hospitais federais, hospitais municipais. Quer dizer, era um desenho em que a gente procurava valorizar quem realmente fazia as coisas de forma correta, independente do seu segmento. Quer dizer, ela foi criada no finalzinho do governo Lula, antes da presidente Dilma, ele lança uma medida provisória criando, dando a conta para o Ministério da Saúde pagar, uma forma de resolver o problema que estava lá no calcanhar do MEC há muitos anos. Os hospitais do MEC são hospitais grandes, caros, foi um atalho feito para resolver o problema desse segmento. Não sei se resolveu, acho que ainda não. Eu fui contra, acho que a EBSEH prestou um desserviço quando foi criada dessa maneira. Depois ela foi consolidando, foi desenvolvendo alguns instrumentos de avaliação, de gestão. Mas ela começou com uma ruptura, na minha opinião, negativa, porque rompeu com um pacto que estava se formando, de todos os hospitais de ensino do país.

Francisco Barbosa Neto,
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
28 de fevereiro de 2022.

Os processos de avaliação, de acreditação e abertura de escolas e de validação de diplomas estrangeiros foram pauta nos anos 2010.

uma disputa que marcaria esses anos de 2010: o governo forcejando os limites do diálogo para acelerar as mudanças pretendidas em favor da atenção primária e do SUS e para cumprimento da Constituição de 1988, e as entidades médicas, ao contrário, exigindo que tais limites fossem o substrato para qualquer mudança. Na prática, entre os médicos, temos aqui duas posturas: uma preocupada com as mudanças que precisavam ser aceleradas para o fortalecimento do SUS e da atenção primária, mas que, para isso, acreditava nas liturgias de composição política e social para o embasamento e a implementação delas, postura esta muito forte nas diretorias da ABEM. Outra, mais corporativista, que considerava a prevalência e autonomia das entidades médicas nas decisões sobre revalidação de diplomas, carreiras, abertura de vagas e estrutura das escolas médicas, e temia a proletarização e o assalariamento da carreira médica, processo que se reportava aos anos 1960 e que provocava, ainda, enorme resistência. Afirme-se que não se trata de dois grupos definidos com nitidez, há fronteiras pouco claras entre eles e, mesmo, intercessão em muitos momentos. Mas é fato que a última postura citada seria fortemente acirrada pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) de 2013 e pelas novas DCNs publicadas em 2014.

Conforme já afirmado, com a intenção de acelerar o processo de transformação dos currículos das escolas médicas em favor do SUS e da atenção primária, e em acordo com as DCNs de 2001, a ABEM realizou seminários com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que deram origem às *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária em Saúde na Graduação em Medicina*, publicadas em 2011.⁴ O documento ressalta três dimensões para as quais os médicos devem desenvolver competências: a abordagem individual, a familiar e a comunitária, sempre em acordo com a necessária relação entre o gestor local do SUS e as escolas médicas, o que implicava a formação de docentes, tutores e preceptores.⁵

Em 2012, ao passo que continuava a desenvolver o Fórum Nacional de Educação das Profissões em Saúde (FNEPAS), a ABEM iniciou um processo para constituição de um Núcleo Docente Estruturante (NDE) com o objetivo de fortalecer as iniciativas de formação de tutores e preceptores a partir de dois cursos semipresenciais que vinham se estruturando: *Aperfeiçoamento para Formação de Tutores e Aperfeiçoamento para Capacitação Pedagógica de Preceptores de Residência Médica*. Os dois cursos formavam o *Projeto de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptorial na Residência Médica*. Os cursos tinham apoio da plataforma Telessaúde/UERJ para a viabilização da educação a distância (EaD) em conjunto com as oficinas presenciais. Iniciativa das professoras Denise Herdy Afonso e Lia Silveira, que já desenvolviam projetos de preceptorial e tutoria na UERJ, e a convite da diretoria da ABEM ainda em 2011, este projeto ganhou corpo dentro das estruturas políticas e administrativas da ABEM e recebeu financiamento da SGTES em parceria com a OPAS, ao menos até 2015.

Entre 2012 e 2013, a ABEM esteve envolvida no projeto *10 Anos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina*, novamente em parceria com a SGTES/MS e a OPAS. No âmbito da iniciativa foram estruturados quatro subprojetos: 1) Internato médico; 2) Avaliação

⁴ Cf. . Nota 42 do capítulo 5.

⁵ BATISTA; VILELA; BATISTA, Op. cit., p. 248-252.

35 Bernardo de Lima, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. 4. **MOÇÃO DE APOIO AO EXAME NACIONAL**
36 **DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR UNIVERSIDADES ESTRANGEIRAS (REVALIDA).** O
37 Prof. Roberto Zonato Esteves propôs e foi aprovada unanimidade dos presentes a seguinte moção: EM DEFESA
38 DO REVALIDA - Por um processo de Revalidação de Diplomas Médicos isonômico e justo, tecnicamente
39 construído e baseado no mérito. A Assembleia Geral Ordinária da Associação Brasileira de Educação Médica,
40 reunida no dia 14 de novembro, em Belo Horizonte, durante o 49º Congresso Brasileiro de Educação Médica,
41 aprovou nota de apoio ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de
42 Ensino Superior Estrangeiras - REVALIDA. O REVALIDA, instituído através da Portaria Interministerial MEC/MS
43 Nº. 278, de 17 de março de 2011, foi construído ao longo de quatro anos, a partir de um amplo diálogo com
44 vários segmentos da sociedade brasileira, que incluiu representações de brasileiros graduados no exterior, em
45 especial na Escola Latino-americana de Cuba (ELAM). O REVALIDA, concebido por um conjunto de universidades
46 públicas brasileiras em resposta a uma demanda histórica por um processo de revalidação de diplomas médicos
47 isonômico e justo, tecnicamente construído e baseado na avaliação de conhecimentos, habilidades e
48 competências, tomou por base a Matriz de Correspondência Curricular, amplamente divulgada, e que detalha
49 as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. A edição de 2011 aperfeiçoou o Projeto Piloto
50 aplicado em 2010, dando maior embasamento técnico e científico ao processo de avaliação e estabelecendo, de
51 modo adequado, a avaliação de competências que definem a aptidão para o exercício profissional médico no
52 Brasil. O REVALIDA foi implementado pelo Instituto de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, órgão

53 oficial de avaliação do sistema educacional brasileiro, com a parceria de universidades públicas brasileiras, e se
54 integra às políticas de educação instituídas pelo estado brasileiro nos últimos anos, visando assegurar,
55 sobretudo, na área da saúde, a qualidade dos profissionais formados. Declarações recentes do Ministro da
56 Saúde, Alexandre Padilha, sobre a instituição de um mecanismo paralelo de revalidação de diplomas médicos,
57 destinado a brasileiros graduados na Escola Latino-americana de Cuba, que consiste na oferta de
58 complementação de estudos e atividades práticas por um período de doze meses com oferta de bolsa mensal de
59 R\$1.400,00, constituem motivo de preocupação e de estranheza uma vez que: I - a modalidade de
60 complementação proposta representa um mecanismo de confronto e de desestímulo ao REVALIDA, processo
61 instituído pelo próprio Ministério da Saúde; II - a associação do Ministério da Saúde com universidades
62 estaduais, sem critérios definidos, para a elaboração de convênios dessa natureza, configura uma equivocada
63 ingerência nas atribuições do MEC, a quem cabe, a competência constitucional de regular a formação no ensino
64 superior; III - a destinação de bolsas através de recursos públicos restrita a um grupo pré-definido de brasileiros
65 graduados em uma única escola médica estrangeira configura tratamento privilegiado e, portanto, uso
66 indevido de recursos públicos; IV - o artifício de complementação de estudos levando à revalidação de diplomas
67 poderá trazer prejuízos à formação e representar sobrecarga no contingente discente de escolas médicas
68 estaduais, muitas delas enfrentando carência de professores e necessidade de melhores condições de
69 infraestrutura; V - o mecanismo proposto não se coaduna com os preceitos avaliativos do Sistema Nacional de
70 Avaliação do Ensino Superior (SINAES), em especial aqueles relacionados às escolas médicas, merecedoras de
71 especial atenção e objeto de rigoroso acompanhamento, que tem culminado com processos de supervisão e,
72 em casos extremos, com o fechamento ou suspensão temporária de vagas. Pelas razões acima expostas, a
73 Associação Brasileira de Educação Médica vem a público reiterar o seu irrestrito apoio ao REVALIDA, construído
74 com o objetivo de assegurar aos brasileiros e estrangeiros, graduados em Medicina no exterior, o acesso
75 isonômico e justo à revalidação de seus diplomas, com base na avaliação de sua competência para o exercício
76 profissional, a partir de parâmetros claramente definidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais e nas políticas de
77 Estado que visam à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo,
78 condenamos veementemente o emprego de expedientes ou recursos que não tenham por base os princípios
79 adotados pelo REVALIDA, resultante da conjunção nacional do trabalho de educadores qualificados, de
80 universidades brasileiras e dos órgãos de governo a quem cabe regulamentar a matéria. A aplicação de edições
81 subsequentes do REVALIDA, sob a responsabilidade do órgão oficial de avaliação do sistema educacional
82 brasileiro, levará ao seu aperfeiçoamento crescente e deverá ser acompanhada não só pela ABEM, mas
83 também pelo Conselho Nacional de Educação, Conselho Nacional de Saúde, entidades médicas e outras
84 representações sociais. A sociedade brasileira tem o direito e o dever de manter-se vigilante sobre a qualidade
85 do ensino médico e de exigir que a aptidão ao exercício profissional médico seja definida por critérios técnicos
86 bem estabelecidos e internacionalmente aceitos, isentos de contaminações ideológicas e pautados na defesa do
87 interesse público pela educação profissional de qualidade e do direito universal de todos os brasileiros a uma
88 atenção à saúde de qualidade. Belo Horizonte, 14 de novembro de 2011. Assembleia Geral da Associação
89 Brasileira de Educação Médica. Às 22h20min, a Profa. Jadete deu por encerrada a reunião, da qual, eu,
90 Secretário, lavro e assino a presente ata, juntamente com a Presidente da ABEM. Belo Horizonte, 14 de
91 novembro de 2011.

Na ata da reunião ordinária do Conselho da ABEM de 14 de novembro de 2011, foi reproduzida a moção aprovada pela Assembleia do COBEM deste ano em defesa do Revalida.

do estudante: contribuição do Teste de Progresso; 3) Continuação do projeto de avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área de saúde; 4) Situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina. O Boletim da ABEM de outubro de 2012 apresentou detalhes:

O projeto é administrado por uma Comissão Gestora, composta por membros do Conselho Diretor da ABEM e coordenadores técnicos, experientes na área de cada subprojeto.

As ações propostas serão desenvolvidas através de oficinas; entrevistas semiestruturadas, e questionários on-line, envolvendo gestores, docentes e estudantes dos Cursos de Medicina e gestores locais ou locorregionais do SUS. Tendo como principal estratégia o desenvolvimento das ações através das Regionais da ABEM.

Tem como principais objetivos:

1. Estabelecer **Diretrizes Nacionais para o Internato**, em consonância com a Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso médico;
2. Instituir o **Teste do Progresso** Interinstitucional para todas as escolas do Brasil;
3. Elaborar o Projeto Regional de **avaliação institucional da Escola Médica**;
4. Elaborar diagnóstico situacional e proposta de ensino de **urgência e emergência**, nas escolas médicas, em consonância com as Diretrizes Nacionais e as Expectativas dos Gestores do SUS.⁶

Assim, em meio às comemorações, a entidade encaminhou várias ações, destacando-se a construção das Diretrizes Nacionais da ABEM para o Internato Médico e o fortalecimento do Teste de Progresso (TP)⁷. Em todas essas ações, a ABEM enfatizava a necessidade de se observar o processo de formação dos médicos no decorrer da graduação, de modo a intervir positivamente nas modificações de currículos de acordo com as especificidades das escolas e das comunidades nas quais estavam inseridas, da disponibilidade

de equipamentos de saúde públicos e das necessidades do SUS. O internato, nesta lógica, enfocaria a tríade *aprendiz/usuário/preceptor*, além de cenários de aprendizagem em espaços reais de trabalho nos quais os internos participassem ativamente das práticas e dentro de equipes multiprofissionais de saúde.⁸

6 ABEM. *Boletim*, outubro de 2012, p. 15. (Grifos nossos).

7 OLIVEIRA, S. S. de et al. Teste de progresso da Abem: consolidando uma estratégia de avaliação para o ensino médico. *RBEM*, 46 (1): e061, 2022.

8 BATISTA; VILELA; BATISTA, Op. cit., p. 242-247.

9 OLIVEIRA, S. S. de et al. Teste de progresso da Abem. Op. cit., p. 02.

10 Nas ações do governo federal, a atenção primária tem sido nomeada como Atenção Básica, Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB). Neste livro, no entanto, preferimos o termo atenção primária, já que a noção de “básica” pode guardar a interpretação de que se trata de serviços simplificados e mais baratos para a população pobre. A noção de “primária”, por sua vez, guarda a ideia de hierarquização de serviços para todos os cidadãos.

11 MENICUCCI, T. O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde no Brasil. In: TELLES, E. (org.) *Mais Médicos – As vozes dos atores e os impactos do programa de atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2019 (e-book), posição 486.

Em 2015, a associação organizou um primeiro teste nacional, com a participação do grupo de coordenação do TP ABEM, como atividade de encerramento do projeto ABEM 50 anos. Isso constituiu um momento importante na construção de um teste nacional único, de modo a indicar um horizonte cada vez mais inclusivo e representativo, e apontar o caminho para uma estratégia capaz de induzir e transformar o ensino e a cultura de avaliação no país.

A partir de 2019, a ABEM retomou o processo de consolidação do TP ABEM, em parceria com sua coordenação nacional, na perspectiva de institucionalizar um processo dirigido e organizado pela associação e pelos núcleos (originalmente nomeados de “consórcios”), com periodicidade anual, composta por etapas regionais e nacional, sem caráter classificatório. Constitui-se, portanto, um novo momento, possibilitado pela construção histórica do Teste do Progresso, respeitando e dando continuidade à sua origem epistêmica e histórica. Buscava-se, dessa forma, a consolidação de um modelo de avaliação nacional consistente e coerente com as melhores práticas pedagógicas, capaz de orientar o processo ensino-aprendizagem a partir de uma estratégia avaliativa de qualidade, capaz de mobilizar as escolas médicas, os educadores e os educandos, congregando-os no esforço coletivo em torno do TP ABEM.

Com esse objetivo, o Conselho Diretor da ABEM, alinhado à coordenação nacional do TP ABEM, desencadeou iniciativas com foco no fortalecimento e na expansão do teste em âmbito nacional.⁹

Ainda nos primeiros anos da década de 2010, a ABEM acompanhou, na SGTES/MS, a

aplicação do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB)¹⁰, resultado de portaria interministerial (MEC/MS-SGETS) com o objetivo de induzir a colocação de profissionais de saúde em lugares de difícil acesso dos brasis, cujas populações viviam com níveis de rendimento abaixo da linha da pobreza. O programa vinha no bojo de um conjunto de ações da esfera federal que diagnosticavam as enormes dificuldades para enraizar a atenção primária, e não se tratava apenas de criar mecanismos melhores de assalariamento, mas de enfrentar as dificuldades para a efetivação da atenção primária em saúde (APS), conforme escreveu Telma Menicucci em 2019:

O processo de implantação da APS, entretanto, tem se dado com muitas ambiguidades e dificuldades. A APS não funciona como previsto idealmente, e o PSF não é a única forma pela qual a primeira se organiza no Brasil. Há falta de integração entre os centros de saúde e todo o sistema de atenção; o acesso da população ainda se dá por meio de prontos-socorros, hospitais e prontos atendimentos; há muita medicalização, com pouca promoção e educação à saúde; prevalece a ênfase preventivista, com foco no coletivo, sobre a dimensão clínica da Atenção Básica.¹¹

O diagnóstico da autora para as dificuldades de implantação da APS como base das estruturas do SUS é bastante assertivo, e ela também enfatiza a falta de médicos e a sua má distribuição pelos brasis. Em face desses problemas, o PROVAB previa bolsas de estudo complementares ao salário, cursos de especialização em saúde da família/atenção primária e ganho de pontuação para prova de residência aos médicos recém-formados que aderissem. Mesmo assim, não se conseguiu atingir o número de profissionais desejados e necessários nos lugares de maior vulnerabilidade social. É possível considerar que os editais que foram sendo implementados ao longo dos anos nem sempre cumpriram as propostas do primeiro, por exemplo, impondo

A política federal de atenção primária aumentou seu arco de atuação, mas urgia enfrentar o problema da fixação de pessoal em áreas afastadas.

dificuldades para o uso de pontuação nas provas de residência, o que se pode reputar às críticas da Comissão Nacional de Residência Médica a este mecanismo. Mas o fato é que o PROVAB sozinho, mesmo sendo ainda importante, não cumpriu integralmente os objetivos de fortalecimento da atenção primária.

Como afirmam Gastão Wagner de Sousa Campos e Nilson Pereira Junior, a política federal de atenção primária aumentou o seu arco de atuação, e mesmo de indução, e com um processo de municipalização da saúde bastante expressivo, mas urgia enfrentar o problema da formação, recrutamento e fixação de pessoal em áreas afastadas, inclusive a necessidade de educação permanente para as equipes de saúde da família, já que a atenção primária ainda se encontrava isolada em relação a toda a rede de equipamentos que compunha o SUS.¹² O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído em 2013, talvez tenha sido, por isso, a primeira estratégia para formação e distribuição de médicos¹³, e outros profissionais de saúde, em grande escala para a atenção primária, visando cumprir a Constituição de 1988. O programa representou “uma maior interferência do Ministério da Saúde na Atenção Básica, particularmente no recrutamento, remuneração, formação e distribuição centralizada de médicos de acordo com critérios de equidade e vulnerabilidade social”.¹⁴ Com elementos de continuidade, já que

dialogava com as experiências anteriores, e de ruptura¹⁵, já que supunha níveis maiores de intervenção federal com forte planejamento nacional, o PMMB nasceu cercado de polêmicas. Primeiro, vejamos seus conteúdos para, em seguida, apontar as posições que se manifestaram na arena da ABEM.

O PMMB tinha três eixos ordenadores: desenvolvimento da **infraestrutura**, principalmente os equipamentos para atenção primária, como as UBS, o **provimento** emergencial em lugares afastados, periféricos e de alta vulnerabilidade social, e a formação para o SUS, o que implicou, ainda, a indução de abertura de vagas na graduação médica e para a residência, além da reorientação dos locais de **formação**. Observando-se os eixos e seus significados em relação à Constituição de 1988, assim como a militância da ABEM desde os anos 1960, há uma clara convergência de objetivos, inclusive em relação às DCNs de 2001. Ocorre, no entanto, que o PMMB, criado como medida provisória (MP 621/2013¹⁶) e depois transformado em lei pelo Congresso Nacional (Lei 12.871/2013¹⁷), foi implementado em meio a um conjunto de manifestações sociais que imprimiram maior urgência às ações do governo federal. Para além do fato de que havia um forte incômodo entre os defensores do SUS e da Reforma Sanitária com as dificuldades historicamente construídas, e acima sumariadas, para a implementação ideal da atenção primária, para a formação de generalistas vinculados à saúde da família e comunitária e para o cumprimento da IDA, houve as jornadas de 2013 e a campanha “Cadê o médico”, disseminada pela Frente Nacional dos Prefeitos (FNP). Mas observando-se os resultados e a avaliação positiva dos usuários do PMMB onde ele se instalou, é possível afirmar que não houve “açodamento” na implementação¹⁸, como muitas vezes se disse, mas continuidade em relação às tentativas de indução que já vinham sendo implementadas, e isso desde a Constituição de 1988.

12 CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A. Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do sistema Único de Saúde: Conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9): 2655-2663, 2016.

13 Há muitos estudos sobre a quantidade de médicos e a sua distribuição pelos brasis em relação à população total. Neste estudo, concordamos que, na passagem para o século 21, ainda havia carência de médicos, especialmente para atenção primária e saúde da família, agravada pela má distribuição deles pelo território nacional. O aumento das vagas nos anos 2000 e 2010, no entanto, ainda precisa ser aquilatado para se saber exatamente se a tendência foi revertida. Fato é que continuam a faltar vagas para a residência médica, o que deixa em grande insegurança as populações atendidas por médicos que não possuem esta formação.

14 MENICUCCI, T. O Programa Mais Médicos no âmbito... Op. cit., posição 492.

15 CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A. Atenção Primária e o Programa.... Op. cit.

A proposição e o início das ações do PMMB, em meio ao processo de acirramento das disputas políticas¹⁹, que levariam ao *impeachment* da presidente Dilma, e da construção do mito do “avanço do comunismo” em terras brasileiras, no entanto, conferiu ao projeto tintas que não permitiam vislumbrar o diálogo do programa com a trajetória de implementação do SUS e o processo de construção da Reforma Sanitária. Além disso, o acordo entre a OPAS e os governos brasileiro e cubano, permitindo a contratação emergencial de médicos cubanos depois do não suprimento das vagas no primeiro edital para médicos formados no Brasil²⁰, e a aprovação de novas DCNs, transformadas em lei, em 2014, aumentariam os tons das críticas e das disputas políticas diante de um governo que claramente se enfraquecera após as jornadas de junho de 2013. Outro elemento acirrador da polêmica instaurada contra o PMMB foi a não submissão dos médicos cubanos ao Revalida.

A Lei 12.871/2013 induzia a uma reorientação na formação médica, já que supunha prioridade para a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) como especialidade/residência que daria acesso às outras especialidades, de modo que seria preciso cumprir um ou dois anos em residência de MGFC antes de che-

gar a qualquer outra especialidade, movimento que, de resto, caracterizou todos os países que estruturaram sistemas públicos de saúde e que, na prática, aumentava em dois anos o tempo de graduação. Ela também regulava e planejava a oferta de vagas em cursos de medicina com vistas à interiorização dos cursos e buscando melhor proporção entre formação de médicos, vagas ofertadas e as necessidades locais e regionais. No eixo **formação**, o programa organizou cursos de capacitação para integração ensino/serviço/comunidade e para o desenvolvimento das competências profissionais próprias da atenção primária. No eixo provimento emergencial é que se localiza o PMMB.

Na sequência da Lei 12.871/2013, seriam aprovadas novas DCNs em 2014²¹, induzindo à ampliação dos componentes de Saúde Mental²², Saúde Coletiva, Atenção Básica (que estamos chamando aqui de atenção primária), Urgência/Emergência e Saúde da Família no âmbito dos currículos. De novo, se aproximamos as lentes em relação à história de tempo longo que vamos contando aqui, nada que já não fizesse parte dos debates e das práticas cotidianas dos grupos sociais envolvidos com o sistema de saúde no Brasil, inclusive nos objetivos do projeto comemorativo dos 50 anos da ABEM e dez anos das DCNs

16 BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf. Acesso em: julho de 2022.

17 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 República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index>.

18 PINTO, H. A. (org.) *Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado? Ação dos atores e legado institucional*. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021. <http://www.unida.org.br/jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: julho de 2022.

19 Muitos autores trataram deste tema e poderiam ser apresentados aqui. Destacamos, na composição dos argumentos deste livro, Marcos Nobre. NOBRE, M. *Imobilismo em movimento...* Op. cit.; IDEM, *Limites da democracia*: de junho de 2013 ao governo Bolsonaro. São Paulo: Todavia, 2022.

20 A primeira chamada ocorreu em agosto de 2013, e apenas 6% das vagas foram preenchidas.

21 BRASIL/MEC/CNE. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 20 jun.

22 Embora não tenha sido assunto destacado neste livro, o debate e a luta antimanicomial também fizeram parte da arena dos Congressos da ABEM, e mereceria pesquisa em separado.

de 2001 acima citados. Mesmo assim, era muita coisa para as entidades médicas de especialistas processarem, principalmente considerando que, no entender delas, houve pouco debate com os atores sociais para proposição e implementação das novas DCNs, e as novas políticas podiam diminuir a autonomia universitária para definição de currículos, elaboração de contratos/convênios com entes federados e fixação de cenários de prática. Estamos falando do deslocamento de docentes e discentes para outros lugares que não os espaços do hospital-escola e dos ambulatórios, de uma docência comprometida com os equipamentos públicos de saúde de acordo com a disponibilidade e necessidade dos diferentes territórios.

Até então, vigia a noção de transformação lenta e negociada, o já citado *imobilismo em movimento*, que faz conviver dimensões de transformação, como a criação das UBS, da ESF e mesmo do SUS como um todo, com dimensões conservadoras de continuidade nas estruturas do sistema de saúde, nomeadamente o binômio hospital/consultório, as disputas entre saúde pública e saúde privada, a especialização precoce e as dificuldades para integração escola médica/serviço/comunidade. A definição, na nova lei, da obrigação do cumprimento de 30% do internato na atenção primária e nos serviços de urgência do SUS, aliada à resolução sobre a residência médica acima citada, incidiam efetivamente sobre a formação dos médicos e sua inserção na rede de atenção primária do SUS.

As DCNs de 2014²³ definiram três áreas de conhecimento, habilidades e competências fundamentais para a formação do médico: *Gestão em Saúde, Educação em Saúde e Atenção à Saúde*. Em comparação com as DCNs de 2001, encontramos elementos de continuidade e alguns elementos que, embora não sejam contraditórios com elas, significam um aprofundamento maior das alterações propostas. Destaque-se, nesse último quesito, o já referido fortalecimento do lugar da atenção primária na formação e espe-

cialização do médico; a inserção de temas transversais (como direitos humanos, relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena) e a inclusão do domínio de novas tecnologias no currículo; a introdução da preceptoria no internato, com supervisão de docentes; a forte indicação do estudo de determinantes sociais em saúde de acordo com o lugar onde se localiza a escola e, portanto, da integração ensino/serviço; a proposição para criação, nas escolas, de um Núcleo Docente Estruturante (NDE) e de um Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde; o desenvolvimento do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); e a indução de abertura de vagas de graduação e residência médica em acordo com o PMMB e considerando a equivalência numérica entre formados e vagas para residência. Cabe reiterar o argumento: nenhuma dessas propostas parece estar em contradição com toda militância da ABEM ou com os debates que sua arena constituiu, mas há elementos que forcejam o cumprimento dos regramentos, e não apenas porque as diretrizes se tornaram lei, mas porque a coordenação nacional do PMMB e dos incentivos às transformações curriculares previstas agora em lei foi bastante fortalecida, especialmente pelos conteúdos do COAPES, que induziam a uma pactuação das escolas com municípios e estados para efetivação do contrato e inserção dos graduandos na rede de serviços de modo permanente.

Debates sobre o PMMB apareceram na Assembleia da ABEM de 21 de outubro de 2013²⁴, no COBEM de Recife, quando se discutiu a dupla certificação oferecida ao residente: pelo MEC e pelas sociedades de especialistas. Não houve consenso, já que existiam os que consideravam que apenas a CNRM poderia fazer a certificação, os que acreditavam que, na esteira do PMMB, a certificação deveria ser feita pelo MEC, e os que supunham que apenas as sociedades de especialistas deveriam fazê-lo. Mas a assembleia optou por esperar a sanção presidencial à Lei

23 Para uma comparação mais aprofundada das duas diretrizes: ROCHA, V. X. M. *Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2017.

24 ABEM, *Ata da Assembleia Geral ordinária da ABEM*, 12 de outubro de 2013, p. 3.

dos Mais Médicos para publicar alguma moção, já que em 26 de julho a diretoria da ABEM havia se reunido com a SESu/MEC para discutir o programa e havia muitas dúvidas sobre ele²⁵. O boletim de outubro publicara o posicionamento da ABEM e dos dois grupos de trabalho então formados após conversas com a SESu/MEC e o Ministério da Saúde. Por trás do debate estava, também, a exigência de tempo na atenção primária para todos os residentes, o que deveria ser certificado por especialistas em atenção primária e/ou saúde da família e comunidade.

Como se pode ver pelo documento reproduzido abaixo, a ABEM se colocou contrária à Medida Provisória 621 que propunha o PMMB, e o primeiro motivo apresentado se refere à ausência de “consulta prévia às entidades e esco-

las médicas”. Em um documento curto, a ABEM refratou o aumento de dois anos na graduação médica e a abertura “indiscriminada de vagas de graduação de medicina”; ressaltou as DCNs de 2001, já articuladas ao SUS, e a necessidade de uma carreira para o médico no SUS; defendeu a distribuição das vagas para a residência de acordo com as necessidades locais, item afinado com a MP 621.

Além disso, a ABEM acompanhou e participou, por meio de membros e colaboradores, de dois grupos de trabalho que discutiram a MP: um grupo designado pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico e outro designado como representante de universidades e cursos de medicina, cujos documentos foram publicados no mesmo boletim de outubro de 2013. O pri-

DOCUMENTO DO POSICIONAMENTO DA ABEM

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), entidade reconhecida como de utilidade pública, que congrega em seu seio mais de 140 escolas médicas associadas, alguns milhares de associados individuais docentes e discentes, além de associados especiais como a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Sociedade Brasileira de Podiatria (SBP), a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entre outras, há 50 anos está comprometida com o desenvolvimento da educação médica no

país, visando à formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Por esta razão, a ABEM vem a público manifestar que continuará contribuindo, de maneira democrática e construtiva, com os processos de avanço em educação e saúde. Assim:

1. Manifesta-se contrária à forma autoritária com que foram decididas as medidas do Programa “Mais Médicos” pelo Governo Federal, sem consulta prévia às entidades e escolas médicas;
2. Reitera seu posicionamento favorável ao REVALIDA, nos moldes atuais, como instrumento de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior;

25 ABEM, *Boletim*, outubro de 2013, p. 7. Também a Regional São Paulo da ABEM havia sediado reunião emergencial na EPM/UNIFESP para definir um posicionamento sobre o PMMB, no dia 16 de julho, evento noticiado neste boletim na p. 10. Infelizmente, não encontramos o documento oficial, mas temos depoimentos sobre esta reunião.

14 Boletim ABEM

OUTUBRO DE 2013

3. Manifesta-se contrária ao aumento da duração do curso de graduação em medicina para oito anos;
4. Destaca que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina já determinam a formação prática nos três níveis de assistência no SUS;
5. Ressalta que, para diminuir a carência de médicos no SUS, faz-se necessário um plano de carreira, uma política salarial e melhores condições de trabalho com responsabilização dos gestores;
6. Defende a oportunidade de Residência Médica de qualidade para todos, com distribuição de vagas em função das necessidades sociais.

7. Manifesta-se contrária à abertura indiscriminada de vagas de graduação em medicina.

Conscientes de que o Brasil enfrenta graves problemas de financiamento, gestão, provimento e fixação de profissionais na área da saúde, a ABEM entende que a Medida Provisória nº 621 não soluciona esses problemas.

Portanto, a ABEM defende a rejeição da Medida Provisória nº 621 e conclama toda a sociedade para discutir as questões relacionadas à educação médica e propor soluções, como tem feito ao longo das últimas décadas.

São Paulo, 16 de julho de 2013.

meiro grupo²⁶ recomendou a manutenção dos seis anos de graduação; a efetiva implantação das DCNs de 2001; expansão de vagas em instituições públicas apenas mediante análise de necessidade local e, no caso das privadas, apenas mediante edital, em acordo com a MP 621; universalização da residência médica até 2017 e no âmbito do SUS, com ênfase em medicina da família e comunidade e desenvolvimento de preceptoría, também em acordo com a MP 621; a elaboração de contrato “entre a rede de saúde/Sistema Único de Saúde e cada instituição de ensino responsável pela oferta de Curso de Medicina”, estabelecendo “garantia de acesso, como cenário de prática, às unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, estabelecendo como prioridade o atendimento aos Cursos de Medicina de instituições públicas”²⁷; a oferta regular, “pela Secretaria de Ensino Superior, em bases regionais, de programa de desenvolvimento docente para os Cursos de Medicina e de formação de preceptores para o ensino de graduação, internato e Residência Médica, com tempo protegido para a participação nessa atividade de formação”²⁸; manutenção e fortalecimento do Revalida.

O segundo grupo²⁹ tomou como referência o documento produzido pelo primeiro e sugeriu: manter o curso de medicina em seis anos; a efetiva implantação das DCNs de 2001 com percurso formativo centrado na formação para o SUS; na mesma direção da MP 621, este grupo reforçou “a importância e a urgência de efetivação do contrato organizacional entre o Ministério da Saúde e gestores municipais e estaduais para viabilizar a dedicação de 40% da carga horária do Curso à prática em serviço, com realização de pelo menos 30% do Internato na Atenção Básica, reforçando também a necessidade de se assegurar a preceptoría por parte de servidores da rede pública de saúde, e o efetivo combate à ‘canibalização’ da rede pública por cursos privados”³⁰; observância de necessidade social para abertura de vagas em instituições públicas e editais para instituições privadas, conforme disposto na MP

621; concordância com a recomendação de universalização do acesso à residência médica no âmbito do SUS, conforme sugerido pela MP 621 e considerando a necessidade de especialistas também na atenção primária e de ampliação de programas de formação de preceptores para a residência médica; concordância com a formação de preceptores e desenvolvimento docente a partir de programas da Secretaria de Ensino Superior; apoio ao Revalida; combater a precariedade da estrutura e do trabalho no SUS; inserir um preceptor da rede na estrutura dos cursos de medicina; valorização dos profissionais de ensino da rede; valorização, na carreira docente, das ações de ensino desenvolvidas nas atividades de supervisão de internos, residentes e programas do governo; revitalização do Pró-Ensino; e início do PMMB com provimento por médicos brasileiros.

Como relatado, é possível afirmar que entre os membros da diretoria da ABEM não havia consenso, já que os documentos dos dois grupos parecem mais alinhados à proposta da MP 621 do que o documento descrito como da ABEM, e membros da diretoria participaram da escrita dos três documentos. Embora todos tenham sido publicados no mesmo boletim, o documento referido como da ABEM preferiu reforçar as discordâncias, especialmente no que diz respeito à participação de entidades e escolas médicas no processo de construção da proposta e à “abertura indiscriminada de vagas”, sem apontar o problema da carência e distribuição desigual de médicos pelos brasis. Os documentos dos dois grupos de trabalho criados, ao contrário, manifestaram apoio às regras propostas pela MP 621 para abertura de vagas e reforçaram tal abertura a partir de contrato com gestores municipais e estaduais para a efetivação dos cenários de prática dentro da rede disponível. Afirme-se, no entanto, que nos três documentos a referência são as DCNs de 2001, para qualquer ação de reformulação de currículos e de aproximação com os equipamentos da rede pública de saúde, mas muitos reconheciam os avanços propostos pela MP 621.

26 Formado pelos professores Bráulio Luna Filho, Geraldo Brasileiro Filho, Jadete Barbosa Lampert, José da Silva Guedes, Maria do Patrocínio Tenório Nunes e Henry de Holanda Campos.

27 ABEM, *Boletim*, outubro de 2013, p. 15.

28 *Ibidem*.

29 Formado pelos professores Ana Lúcia Escobar, Antonio Carlos Sansevero Martins, Bernardino G. A. Souto, Itágores Coutinho Hoffman, Jadete Barbosa Lampert, Maria do Carmo Lacerda Barbosa, Roberto Medronho e Henry de Holanda Campos.

30 ABEM, *Boletim*, outubro de 2013, p. 16.

O debate sobre as novas DCNs de 2014 não foi menos polissêmico nas discussões da ABEM. Os depoimentos que recolhemos permitem observar um enorme descontentamento com o fato de o PMMB e as novas DCNs terem sido construídos com pouca participação das escolas e entidades médicas, mesmo quando se considera que algumas sugestões dos grupos de trabalho formados foram acatadas, como o não aumento da graduação do curso médico para oito anos e a inserção da preceptoría como elemento estruturante da formação docente e discente. Nos documentos publicados no Boletim da ABEM de 2013 sobre a MP 621, antes ainda da lei, havia um vínculo com as DCNs de 2001 muito evidenciado, com afirmações acerca do quanto este documento já trazia em si a maior parte das sugestões do PMMB, embora com menores elementos governamentais de indução. As DCNs de 2014 sobrelevavam exatamente esses conteúdos de indução, afinal, trata-se de lei, o que parece ter sido o maior motivo de críticas. Entre os críticos, havia os que sugeriam afastamento e resistência às DCNs/2014, assim como os que consideravam que a ABEM tinha que cumprir seu papel no apoio às transformações na educação médica, já que muitos dos seus projetos históricos estavam contemplados no PMMB e nas novas DCNs, cabendo destacar aqui o programa para formação de preceptores e tutores explicitado anteriormente e que se mantinha forte na agenda da ABEM, além da preocupação com a formação em urgência e emergência. Aliás, a ausência de preceptores e tutores para cumprimento das metas de formação a partir das novas DCNs no internato, na residência e nos diferentes cenários de prática era questão central para a ABEM, que militava pela formação desses profissionais desde o início dos anos 2000. Do ponto de vista da formação de profissionais em saúde, o debate sobre o cuidado compartilhado entre as carreiras vinculadas à saúde cresceu bastante na ABEM nos anos de 2010, o que fez com que os seus projetos pedagógicos de formação de docentes, tutores e preceptores também alcançasse outros cursos além do médico.

Ali, quando fui relator como deputado federal da medida provisória que criou o Mais Médicos, fiz um esforço acadêmico, apesar de ser um esforço legislativo, mas foi um esforço acadêmico de colocar na Lei do Mais Médicos a acumulação de 40 anos de debate sobre a educação médica no Brasil. A lei tem 40 anos de debate sobre educação médica e sobre formação de especialistas médicos no Brasil, colocar a graduação de medicina como um curso terminal, respeitar a nossa história de formar especialistas através da residência, abrir espaço de residência para todos, para transformar a formação na porta de entrada do sistema como pré-requisito para várias outras especialidades. O professor Benedictus Philadelpho, inclusive, me ajudou muito ainda no último período da vida dele. Foi fundamental para a gente conseguir vencer esse debate interno, antes de a gente ter o texto final. Então, consegui juntar 40 anos de vivência, de experiência, não só minha, mas de várias gerações de professores. E levar para a lei, os critérios, a criação dos editais para abertura de novas escolas médicas, aquilo tudo dialogava com o debate de qualidade que a gente fazia. Para formar médico, você precisa ter hospitais, centros de saúde, a integração ensino e serviço, que é uma coisa que vem desde o final da década de 1970, que está ali colocado nos critérios para abertura de novas escolas onde não tem escola, descentralização da formação de médicos no Brasil. Ou seja, a Lei do Mais Médicos foi uma lei que incorporou os 40 anos de debate mais intensos sobre educação médica que a ABEM capitaneou de meados da década de 1970 até meados dos anos 2000. E esse foi um período muito intenso da ABEM, de muita discussão, muita mobilização, eventos muito importantes e todo esse caldo estava posto na Lei do Mais Médicos, então aquilo foi uma síntese, sob a forma de lei, de todo o processo de acumulação histórico (...)

Rogério de Carvalho.

Depoimento do Projeto 60 anos da ABEM,
6 de junho e 2022.

Os depoimentos recolhidos no âmbito do projeto que deu origem a este livro são bastante elucidativos da polissemia que se radicalizou. Vejamos alguns deles, que articulam o PMMB, a abertura de escolas no século 21, as novas DCNs e as ações da ABEM:

As diretrizes de 2014 vêm na esteira da Lei do Mais Médicos. O programa tinha três grandes eixos: a questão do provimento (que era a perspectiva de se conseguir colocar médicos em territórios longínquos ou em territórios urbanos de maior vulnerabilidade social), então toda essa discussão que poderia ser no Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Salvador, Fortaleza, Manaus, mas numa visão em que a gente percebia que eram cidades com muitos médicos, mas sem profissionais em grandes territórios da Atenção Primária à Saúde que se localizavam nas regiões de maior vulnerabilidade, ou locais no país onde a gente percebia que nunca teve médico (...)

(...) haveria a abertura de escolas médicas em locais onde havia necessidade de abertura dessas escolas, locais onde não tinha um número suficiente de médicos formados para trabalhar, e esse programa foi feito num primeiro momento para as universidades federais, então foram abertas, ou deveriam ser abertas mais ou menos 45 cursos em instituições federais, cursos de medicina em lugares considerados estratégicos para que você pensasse na formação do médico e no desenvolvimento da saúde naqueles locais.

(...) O Programa Mais Médicos (se você me pergunta se ABEM teve uma participação importante, eu vou ter que ser bem crítica: eu acho que não, pelo contrário!) sofreu muita resistência das entidades representativas, como o CFM. (...) Teve a força de um Conselho Federal de Medicina que se colocou em oposição, e acho que, naquele momento, a ABEM não se coloca de forma parceira. (...)

Agora se você me perguntar “se já nos últimos anos teve um descontrole e uma abertura totalmente sem mensuração, sem estudar as necessidades?”, eu acho que sim! Acho que teve uma abertura desenfreada de escolas privadas e

que aí elas não vão ter critérios para sua abertura, isso é grave? É muito grave! E acho que a ABEM vem procurando, ainda mais agora nesses últimos anos, a participação de movimentos que buscam avaliar essa abertura de escolas, particularmente das escolas privadas e de escolas que abriram muitas vagas.

[...] na verdade, a gente precisa avaliar, isso não está sendo feito! Quem avalia a abertura, o credenciamento, é o MEC, o INEP; mas do ponto de vista da relevância social de uma escola, quem avalia isso é o Conselho Nacional de Saúde, e tem muitas escolas que o Conselho Nacional de Saúde não recomenda abertura, não recomenda que elas sejam credenciadas, porque demonstra que para aquela região não há necessidade de abertura de uma escola médica (nesse momento), já tem escola médica naquela cidade e que não se deveria abrir uma escola médica.

Essa passagem pelo Conselho Nacional de Saúde para abertura de escola médica é muito importante, porque o MEC vai avaliar outras questões, e o Conselho Nacional de Saúde vai ver justamente esse aspecto da relevância social, “é importante para esse território abrir ou não uma escola médica?”. A ABEM também participa desse movimento e desse grupo dentro do Conselho Nacional de Saúde que faz esses estudos para a abertura de escolas, para avaliação das escolas nessa perspectiva da relevância social (...). É uma recomendação, deveria ser seguida pelo MEC, porque ele vai estudar todos os quesitos para chegar à conclusão “não, nesse território não faz sentido abrir escola!”

*Eliana Goldfarb Cyrino.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
27 de maio de 2022.*

(...) se a gente for pensar nas diferentes regiões do país, e daí a importância, mais uma vez, da ABEM se organizar de forma regional, em regionais que conheçam sua realidade, porque eu posso até dizer que São Paulo tem um número suficiente ou superior de escolas de medicina além do necessário, para São Paulo. Mas São Paulo, muitas vezes, está formando para o Brasil inteiro. Em gestões anteriores da Presidência da República, o entendimento era de que você precisava ampliar o número de escolas e o número de residentes, porque isso está muito relacionado, no Brasil, à formação padrão ouro de especialista que é a residência, então não adianta aumentar o número de escolas se não aumentar a oferta de residência em determinadas especialidades, dependendo das regiões do país. O entendimento é que se precisava ter um olhar diferenciado do país, e que se precisava ampliar, por exemplo, escolas em áreas remotas, porque uma pessoa que sai do interior da Bahia para estudar medicina talvez não volte para o interior da Bahia, onde falta médico. Ela vai ser conquistada, seduzida, pela vida em outro lugar, no lugar onde ela foi estudar. É lá que ela vai fazer os vínculos, dificilmente ela volta para o lugar de origem. E os lugares de origem continuam sendo os lugares que precisam de profissionais de saúde, não só de médicos, profissionais de saúde como um todo. Você acaba tendo pequenas escolas de outras áreas de saúde em áreas remotas, mas a medicina você não terá ali se não tiver uma política de incentivo, de abertura de escolas nessa região. E foi isso que aconteceu dentro do escopo do Programa Mais Médicos na gestão Lula/Dilma, com a expansão de escolas públicas federais em áreas remotas. (...)

(...) e acho que a ABEM, nessa ocasião, apesar de ter se surpreendido com a política pública que já veio muito definida, sem muito diálogo prévio, acabou sendo favorável a essa lógica de expansão. O que vinha antes e o que se seguiu é um balcão de negócios da medicina, porque a medicina sempre foi um curso que interessa ao prefeito, interessa a quem tem dinheiro para investir no mercado da educação. Porque abrir uma escola privada de medicina dá muito dinheiro. (...) Antes era essa lógica de expansão pública federal, e depois volta a ser a lógica do balcão de negócios. As influências políticas, financeiras, vão determinando onde você abre

uma escola, e o predomínio de escolas privadas hoje é uma realidade no nosso país. A ABEM não é uma associação de escolas públicas, ela é uma associação de educação médica com escolas públicas e privadas, e há diferença em escolas privadas. Você tem escolas privadas que fazem muito bem o seu papel, e você tem escolas privadas que ganham dinheiro com a ingenuidade ou com a necessidade das pessoas. É muito difícil hoje, acho esse um grande desafio para nós como ABEM, a gente transitar e tomar decisões no âmbito da gestão da ABEM que considerem esse público tão diverso de gestores de escolas.

Denise Herdy Afonso.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
29 de dezembro de 2021.

Se a DENEM foi o lugar que me aqueceu o coração, me deu forças para entender qual era o sentido, qual era a minha motivação para estar nos lugares que eu estava e as escolhas que eu fazia, a ABEM foi o lugar que me deu ferramenta para eu discutir, para eu entender, para saber questionar, para eu saber quais poderiam ser as propostas que a gente poderia construir. (...) Agora a minha concepção: as diretrizes de 2014 avançaram em relação às de 2001, pena que elas foram construídas de uma maneira que a gente gostaria que tivesse sido melhor. E esse foi um pouco do desenrolar do depois. A gente viveu um momento em que a ABEM estava também no lugar de crítica ao processo, a gente gostaria que tivesse sido diferente, mas chegou outro momento em que as diretrizes estavam vigentes. As escolas, até por força de lei, precisavam se adaptar e aí foi o momento que a gente falou: “olha, tudo bem, nós vamos criticar, mas a gente precisa implementar”. E o lugar da ABEM também é, de novo, o de oferecer instrumentos, ferramentas para as escolas médicas para conseguirem colocar na prática essa diretriz que foi aprovada. (...)

A gente teve, acho que em 2017 no COBEM de Porto Alegre, uma sinalização de um grupo de professores que estavam interessados em fazer uma nova discussão sobre as novas diretrizes curriculares, e claro, novas discussões são sempre importantes, porque à medida que passa o tempo, a gente

precisa se atualizar e renovar o que está colocado lá, não tenho dúvida disso. Mas aí sim na DENEM, eu acho que também um grupo da ABEM, existia uma preocupação de se o momento político era favorável para fazer uma discussão de diretrizes curriculares, porque não adianta também a gente querer discutir com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação que não estejam preocupados com os valores que a gente defende.

Douglas V. R. Pereira.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
29 de abril de 2022.

“Já que você quer abrir faculdade de medicina, a cidade tem que ter uma infraestrutura da sua rede de saúde, para que essa faculdade possa ser aberta.” E a ABEM faz esse documento, que é um documento bastante substanciado, sabe? Muito importante, e a ABEM vai olhar as cidades e vai ver como está essa rede da cidade, se ela podia receber alunos, se podia receber uma faculdade. Eu acho que foi o trabalho mais certo, era assim: “Não estou proibindo de abrir, não estou fazendo reserva de mercado, não estou questionando a questão da privatização do ensino médico, nós estamos sim, já que nós queremos formar um profissional que seja adequado ao nosso sistema de saúde, a cidade tem que ter um sistema de saúde adequado para ter essa faculdade”. Isso funcionou até a página dezenove, como tudo no Brasil, depois os empresários, muitos entram na Justiça e se abre faculdade de medicina de qualquer jeito, não sei se valeu alguma coisa disso aí que a ABEM fez. Mas foi um papel muito sério da ABEM, esse de estudo para ver se podia abrir ou não escola. E acho que foi a coisa mais ética que ela fez, porque saiu dessa discussão de: tem muito médico, tem pouco médico, tem isso, tem aquilo; ela saiu dessa discussão, ela falou: “quer formar, vai formar direito”, e para formar direito ela tem que estar integrada ao sistema de saúde.

Sigisfredo Luís Brenelli,

Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
10 de fevereiro de 2022.

Queria lembrar que o Programa Mais Médicos tinha como meta a criação de 13 mil vagas até 2026, e já foram criadas quase 20 mil vagas a partir de uma distorção do programa feita a partir de 2016 com estímulo à abertura da multiplicação de vagas em escolas privadas. O governo emitiu uma dita moratória de criação de novos cursos de medicina, mas, na prática, ele autorizou a ampliação, a multiplicação de cursos já existentes, distorcendo, inclusive, os critérios e os parâmetros do Mais Médicos. Na discussão dos PLs que nós temos de regulação da residência em saúde, da residência multiprofissional, da regulamentação da carreira do gestor em saúde coletiva, e um parâmetro fundamental para todos, que são, inclusive, um dos próximos desafios que nós temos pela frente de reconstrução do SUS.

Alexandre Padilha.

Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
7 de junho de 2022.

Eu defendo uma posição que todos conhecem, que as diretrizes de 2001 são melhores que as de 2014, elas eram claras, elas eram objetivas! Claro que as de 2014 apresentam alguns avanços, mas elas são confusas, extensas e não dialogam com as diretrizes das outras profissões e não dialogam com as diretrizes internacionais. As diretrizes de 2001 foram criadas por vários grupos de trabalho da ABEM e outras instituições, a Rede UNIDA participou também, houve várias outras contribuições e depois ela foi encaminhada para o Conselho Nacional de Educação (...) depois o ministro as promulgou, então foi considerado uma conquista muito grande das escolas médicas, você ter um texto que saiu das bases e que foi discutido e depois foi aprovado e promulgado. (...)

A definição do médico a ser formado é mais ou menos parecida. A definição do médico a ser formado das diretrizes de 2014 é um pouco mais completa, mas ela mantém as características. As diretrizes de 2001 eram mais objetivas, elas discutiam seis ou sete competências fundamentais do médico, e essas competências gerais foram as mesmas para enfermagem, para odontologia, para fisioterapia, então elas dialogavam muito com as outras profissões e depois eram enxutas. As diretrizes de 2014 definem três áreas mais ou

menos equivalentes: a gestão, a atenção à saúde e a educação na saúde. Isso não é verdade porque o médico não é um terço gestor, um terço professor, um terço médico! O médico é um médico! Que tem que ter atividades como professor, atividades como gestor, então ficou pouco claro. E elas são muito repetitivas, várias coisas vão e voltam, e existem algumas confusões conceituais também. E qual é o motivo disso? Não é que elas sejam ruins, mas elas não avançaram em relação às diretrizes de 2001; a maior diferença é que as diretrizes de 2001 foram construídas com uma discussão ampla! As diretrizes de 2014 foram feitas rapidamente a partir da lei do Mais Médicos, que determinou que as diretrizes curriculares deveriam ser obrigatoriamente seguidas pelos cursos de medicina, então elas não são mais diretrizes, elas são lei! E havia um prazo para essas diretrizes serem promulgadas, então foi um grupo (competente por sinal!) que elaborou essas diretrizes, houve uma consulta pública muito rápida e elas foram promulgadas. Então não houve esse tempo de debate e amadurecimento, elas foram feitas muito rapidamente.

Milton de Arruda Martins.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
17 de abril de 2022.

Acho que 2014 traz uma leitura diferente para o curso médico como um todo, oportuniza algumas coisas, só que também ele tentou regular as relações, como, por exemplo, dos equipamentos municipais que eventualmente poderiam vir e isso foi muito difícil, o COAPES por exemplo, que era uma ferramenta exatamente para fazer essa gestão, virou uma confusão e ninguém sabia como fazer esses contratos, ninguém sabia quais eram as responsabilidades. Essas negociações foram muito difíceis, mas eu não sei se teria outra forma. Acho que as diretrizes de 2014 trazem uma visão que já estava acontecendo nos currículos, uma boa parte das escolas novas que estavam sendo montadas já tinham isso incorporado, a questão era como a gente regulava as relações entre os entes diferentes que estariam atuando, por exemplo, tem um médico que está na atenção básica, é um funcionário da prefeitura e que tem que ser o preceptor de um estudante da Universidade de São Paulo, mas ele quer

fazer isso? Ele vai ganhar para fazer isso? Quem é que vai pagar? Se ele não estiver, é obrigação do município garantir que tenha alguém que faça? Isso demorou um pouco para se ajeitar, é desse jeito que eles falam que engessou tanto. Então a gente viu que algumas escolas se adaptaram, mas a ideia geral da formação, olhar para a formação mais integrada, eu acho que estava lá em 2014 e em 2001 mais ou menos (...)

A ABEM tinha uma história de discussão daquilo, e mais ou menos aparece uma coisa relativamente pronta, não que não fosse próximo do que a gente pensava, mas não era nítida ou claramente associada na ação da ABEM. Tinham grupos diferentes que estavam demandando coisas direto via ministério, e acabaram aparecendo aquelas DCNs naquele formato, o que na época deu muito barulho, mas que de certa forma representava o que estava acontecendo no movimento, (...).

Algumas mudanças foram feitas e a gente já tinha feito o loteamento de Ribeirão para as escolas médicas, porque aqui começou a ter isso, porque antes era Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e apareceu a Barão de Mauá, mais a UNAERP, apareceu a Estácio, mas a UNIP queria abrir, e aí começa a ter um monte de escolas para dividir o mesmo espaço. Nessa época em que estava acontecendo as DCNs, que teve a distritalização, em que se dividiu em três grandes áreas, vamos dizer assim, em Ribeirão para a atuação dessas escolas. Eu lembro de um debate que teve aqui, em que as outras escolas tinham até uma posição mais moderna, eu estava representando a UNAERP, mas eu tinha toda a minha formação e era médico assistente do Hospital das Clínicas. A Faculdade de Medicina estava querendo só o que ela queria, “Quero só o que estava pertinho de mim, só! O resto, vocês podem fazer o que quiserem, não importa o debate sobre o ensino médico”, só queria pegar os postos que estavam lá. Parecia uma coisa mais difícil de entrar, não tinha aquele calor do debate sobre metodologia ativa, sobre inserção precoce, enfim... tenho as minhas impressões da época, a gente perdeu um bonde da história em ser líder em alguma coisa, naquele momento (...)

Victor Evangelista de Faria Ferraz.
Depoimento ao Projeto 60 anos da ABEM,
18 de abril de 2022.

O conjunto de depoimentos reproduzidos ecoam temas que fazem parte de nosso tempo vivido, e para os quais ainda precisamos oferecer respostas efetivas. O reconhecimento da carência e má distribuição de médicos, inclusive na periferia das grandes cidades, talvez seja o ponto mais controverso, já que traz em seu bojo o problema da carreira do médico dentro do SUS e das estruturas e equipamentos disponíveis nesses lugares que, quando ausentes, acabam por dificultar o desenvolvimento de uma boa prática médica. Por isso, o tema do controle da abertura de vagas é fundamental, novas escolas devem ser edificadas em territórios onde existam equipamentos de saúde para cenários múltiplos de prática, onde as necessidades locais tenham sido corretamente perscrutadas, assim como o provimento de professores e preceptores para encaminhar a aprendizagem. É nesse sentido que o COAPES às vezes aparece como impeditivo para a integração ensino/serviço/comunidade e, outras vezes, é visto como processo em construção que poderia ser aperfeiçoado, mas há consenso sobre que, após 2016, com a suspensão do PMMB, aconteceu uma “abertura indiscriminada de vagas” com prevalência de escolas privadas e ausência de correta avaliação dos projetos que deram origem a elas. Assim como é consenso a percepção de que, ao contrário do previsto na Lei do Mais Médicos e nas novas DCNs, a abertura de vagas para residência médica não acompanhou a abertura de vagas na graduação, o que coloca sérias dúvidas sobre a qualidade dos novos profissionais que começam a chegar no mercado nos próximos anos. Para parte dos entrevistados, este problema também pode significar que se formarão mais médicos do que o necessário para suprir as necessidades das populações dos brasis, e fato é que o déficit de médicos hoje é menor do que quando o PMMB foi lançado. Um consenso, no entanto, é preciso registrar: a ausência de entidades médicas e escolas na composição da Lei do Mais Médicos e das novas DCNs, fato que implicou posturas díspares, por exemplo, manter a ABEM nos

limites da normatividade própria da política, e, portanto, cumprindo suas funções estatutárias e regimentais, trabalhando com os programas de governo para implementação dos novos regramentos. Ou, ainda, aprofundar a resistência e o afastamento do governo.

O Boletim da ABEM de 2015 anunciou o tema do COBEM deste ano, *Educação médica e cuidados na saúde: uma rede em movimento*, que ocorreu no Rio de Janeiro, em novembro, e destacou seus objetivos: discutir “questões contemporâneas sobre educação para profissionais da área da saúde e considerando o contexto nacional atual de políticas ordenadoras, reguladoras e indutoras da formação, como as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina, os COAPES, entre outros marcos importantes”³¹. Dessa forma, é possível concluir que a arena política aberta dos congressos mantinha os questionamentos e as proposições de intervenção perante as esferas de governo, assim como a ABEM dava continuidade às suas ações em educação médica, como o *Projeto Preceptorial* e o *Projeto sobre ensino de Urgência e Emergência*, que vinham sendo publicizados e pormenorizados nos *Cadernos da ABEM*³² e organizavam oficinas no Congresso. O crescimento do NDE/ABEM podia ser verificado, ainda, pelo desenvolvimento do subprojeto *Internato*, realizado com 68 escolas médicas e que monitorava os esforços das escolas para cumprirem a carga horária de 30% do internato na atenção primária e as dificuldades para o estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde. Ainda, neste boletim, é interessante apontar que a ABEM mantinha esforços de avaliação pela CAEM em escolas demandantes e com oficinas no COBEM, ao mesmo tempo em que estabelecia parceria com o CFM para desenvolvimento de um novo sistema de acreditação de escolas, o já referido SAEME, sob coordenação do professor Milton de Arruda Martins³³, e que pretendia retomar e seguir os princípios que haviam sido definidos pela CINAEM. O novo projeto de acreditação supunha etapas, autoavaliação,

31 OLIVEIRA, A. V. Mensagem Boas-vindas aos congressistas. In: *Boletim*, outubro de 2015, p. 2.

32 ABEM. *Boletim*, outubro de 2015, p. 04; JÚNIOR, G. A. P. et al. “O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos”. In: ABEM. *Cadernos da ABEM*, Vol. II (outubro 2015), Rio de Janeiro: ABEM, 2015; NUNES, M. P. T. et al. “A Residência Médica, a Preceptorial, a Supervisão e a Coordenação”. In: ABEM, *Cadernos da ABEM*, Vol. I (maio 2004), Rio de Janeiro: ABEM, 2004; ABEM, *Cadernos da ABEM – O preceptor por ele mesmo*, Rio de Janeiro, ABEM, vol. 9, out, 2013; ABEM, *Cadernos de Ensino do Tutor – Desenvolvimento de competência pedagógica para a prática de preceptorial e docência*, Rio de Janeiro, ABEM, junho de 2016.

33 MARTINS, M. A. SAEME – Sistema de Acreditação dos cursos de Medicina no Brasil, *Boletim*, outubro de 2015, p. 6.

34 *Ibidem*.

“análise de documentação, visita de três dias à instituição, elaboração de um relatório com recomendações para que a escola atinja seu melhor potencial, e entrega do parecer final”, com “grupo de avaliação externa e uma comissão de acreditação”³⁴.

As iniciativas de avaliação e acreditação faziam parte do esforço por acompanhar a abertura de escolas e vagas que era sugerida pelo PMMB e, principalmente, observar a trajetória dos cursos em relação às novas DCNs. No âmbito federal, em 2015, havia sido formada a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (CAMEM), da qual participou o professor Henry Campos. É possível afirmar que havia uma disputa política pelo controle dos processos de avaliação e acreditação na qual a CAES, o SAEME e a CAMEM tiveram, e continuam tendo, um papel importante, já que indicam a ausência de consenso sobre os modos de acompanhar o desenvolvimento das graduações médicas.

Até 2016, quando de fato houve uma ruptura e um distanciamento em relação às políticas do governo federal, a ABEM manteve sua atuação junto à SGTES e à CAMEM, conduziu o FNEPAS, participou de oficinas com a SESu para oferecer apoio ao desenvolvimento dos cursos de medicina criados entre 2000 e 2010, aprofundou ações em favor do *Teste de Progresso* e esteve à frente da elaboração e análise de relatórios das visitas aos municípios proponentes à instalação de cursos de medicina junto ao MEC. Após 2016, a ABEM sustentou os esforços de realização de consórcios de cursos médicos para o cumprimento do *Teste de Progresso*, para manter os cursos de formação de tutores e preceptores e o apoio pedagógico às escolas demandantes. No mesmo sentido, os congressos anuais cresceram bastante, embora apareçam depoimentos nas assembleias que relatam a diminuição da participação de docentes e de escolas.

Olha, eu não me lembro até quando fiquei no Ministério da Educação coordenando essa comissão. E então, fui solicitado a colaborar com uma seleção de escolas privadas para abrir escolas médicas. Eu confesso que aquilo me incomodava, não foi fácil e a gente tinha pouco tempo para realizar um trabalho que uma outra comissão não tinha conseguido fazer a contento, pelo menos na visão do ministério, e nós juntamos alguns colegas que foram extremamente generosos e se prontificaram a examinar essas propostas. A gente se surpreendeu, primeiro porque a gente viu claramente que o país começava a ter profissionais de currículo, profissionais que faziam só uma coisa, que era currículo para a escola médica, tamanha era a profusão do desejo de abrir escolas. Então, foi um processo difícil porque você via que um determinado consultor fazia um mesmo projeto que era replicado nas várias propostas que aquela mantenedora apresentava. Muitas vezes era um “copiar e colar” grosseiro que eles se esqueciam até de mudar o nome da cidade. Então, fomos rigorosos como pudemos, fizemos uma seleção e depois tivemos de fazer visitas para verificarmos as condições de montagem daquele curso. Claro que havia claramente uma coisa que incomodava a gente, mas não estava ao nosso alcance, eram as escolas que, se fôssemos ver, não precisavam ter sido abertas, porque existiam outras. Mas a nossa tarefa era examinar quais eram as condições.

Mas teve também coisas positivas. Ou seja, mudei um pouco a minha visão, porque tem instituições privadas sérias, eu vi projetos sérios. Acho que os projetos que a gente aprovou na época eram os melhores.

Henry Campos.
Entrevista ao Projeto 60 anos da Abem,
20 de maio de 2022.

Em 2016, a Ata da Assembleia Geral³⁵ destacou o início da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM)³⁶, organizada pelo governo federal e que mereceu posicionamento da DENEM aprovado pela assembleia, já que seus princípios eram próximos aos do TP e se temia uma avaliação cognitiva de conhecimentos teóricos em detrimento das práticas. O Boletim da ABEM de 2016 evidencia uma preocupação da diretoria em desenvolver projetos de retomada das DCNs de 2001, para o internato e para a acreditação das escolas, neste caso o SAEME³⁷, mas a ABEM também mantinha o *Programa CAES*, com o método da Roda³⁸. Ao mesmo tempo, os projetos *Preceptoria* e *Ensino de Urgência e Emergência* seguiam em diálogo profícuo com as novas DCNs³⁹, sendo que este último, ao se encerrar 2015, iniciara processo de atualização por meio do *Projeto de Simulação*. Neste caso, afirmava-se a continuidade entre as duas DCNs⁴⁰ e a relevância do papel da ABEM no apoio às escolas para as transformações desejadas. A saída da ABEM do SAEME, em 2020, por divergências na condução dos debates e trabalhos, ficando este apenas sob gestão do Conselho Federal de Medicina (CFM), é mais uma evidência da polissemia dos projetos e opiniões políticas na entidade. A ABEM havia organizado, em agosto de 2019, uma Oficina Nacional sobre Acreditação de Escolas Médicas⁴¹, na qual se reafirmou a relevância de manter a parceria com CFM para a condução do SAEME, mas a associação solicitava maior possibilidade de intervenção nas decisões e, talvez por isso, o CFM decidiu pelo fim da parceria.

Para os anos de 2017 e 2018, não temos boletins, e os anais encontrados indicam os eixos e subtemas para os quais foram apresentados trabalhos⁴², mas os temas do COBEM e os depoimentos recolhidos para este livro permitem algumas conclusões sobre a época. Consideremos os temas dos congressos da ABEM (ver anexo ao final do livro) em relação aos da CNS nos anos de 2010:

14ª CNS 2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro
15ª CNS 2015	Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro
16ª CNS 2019	Democracia e Saúde

Não há dúvida de que mesmo com as divergências acirradas pela Lei do Mais Médicos e pelas novas DCNs, o fortalecimento e o justo financiamento do SUS, a preocupação com a formação de médicos de acordo com as urgências dos diferentes territórios dos brasis e com a integração ensino/serviço/comunidade, mantiveram-se na agenda da ABEM e da CNS. A 16ª CNS, por exemplo, em contexto já adverso à expansão do SUS e ao aprofundamento da Reforma Sanitária, pretendeu retomar a 8ª, fato destacado no Instagram da ABEM.⁴³ Os modos de fazer cumprir esses objetivos/princípios, no entanto, continuavam, e continuam a ser, motivo de divergências. As induções trazidas pelas novas leis federais dos anos de 2010 impediam, em grande medida, o arranjo institucional que permitia a convivência entre a especialização precoce e os esforços pela Medicina Geral, de Família e Comunidade que as estruturas do SUS e os determinantes sociais em saúde demandavam. E isso porque as escolas deveriam educar seus alunos em atenção primária durante toda a graduação, o que implicava disputas nas grades curriculares entre as disciplinas. Além disso, em 2017, o Ministério da Saúde, em parceria com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), editou uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que aumentou as divergências, já que não se tratava mais apenas de discutir os “tempos e ritmos de indução” para enraizar a atenção primária nos diferentes lugares dos brasis, mas de definir formas de pagamento considerando procedimentos, equipes e territórios de atuação.

A preocupação com a formação de médicos de acordo com as urgências dos diferentes territórios dos brasis manteve-se na agenda da ABEM e da CNS.

35 ABEM. *Ata da Assembleia Geral da ABEM*, 14 de outubro de 2016, Brasília.

36 A ANASEM não teve continuidade, em função da troca de governo a partir de 2016 e em 2018.

37 ABEM, *Boletim*, outubro de 2016, p. 3 e 5.

38 IDEM, p. 8.

39 IDEM, p. 6.

40 BATISTA; VILELA; BATISTA. *Educação médica no...* Op. cit.

41 ABEM, *Oficina debate o papel da ABEM na acreditação*. In: *Boletim*, outubro de 2019, p. 12

42 Cabe afirmar que os eixos e subtemas de trabalhos apresentados, especialmente a concentração em alguns deles que se pode observar nos boletins anuais, constituem assunto que também daria uma ótima pesquisa, mas infelizmente, no escopo deste livro, não foi possível cumprir.

43 Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B1CggXopeEV/?igshid=MDJmNzVkMjY%3D> Acesso em: agosto 2022.

No COBEM desse ano, a assembleia foi bastante assertiva nas suas moções: posicionou-se contra modificações nas DCNs de 2014, considerando o contexto político adverso e autoritário vivido pelo país, e defendeu um processo de debates permanente com a sociedade; posicionou-se contra a nova PNAB, que atacava princípios do SUS ao propor mudar o formato e o financiamento das equipes e desregular a ESF; posicionou-se contra o CFM que buscava proibir judicialmente enfermeiros de requisitar exames, prejudicando o funcionamento da atenção básica e fazendo retroceder o trabalho interdisciplinar em saúde; posicionou-se contra a cobrança de estudantes de escolas privadas para uso da rede de serviços municipais como cenários de prática, proposta da Prefeitura do Rio de Janeiro; aprovou a *Carta de Porto Alegre*, na qual se propunha o “ensino de questões de gênero, identidade de gênero, identidade sexual e sexualidade nos currículos médicos” como resultado dos trabalhos da oficina *Corpos que (não) importam: a saúde da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) e a formação médica e de outros profissionais da saúde*, realizada no COBEM; aprovou moção sobre a expansão dos cursos de medicina que reproduzimos abaixo:

PROGRAMA DE EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA

A Associação Brasileira de Educação Médica, a partir dos seus delegados reunidos na Assembleia Geral do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica em Porto Alegre, entre 12 a 15 de outubro de 2017,

CONSIDERANDO o Programa de Expansão de cursos de medicina em Instituições Federais de Ensino Superior;

CONSIDERANDO a política de interiorização do Ensino Superior que vem sendo conduzida pelo Governo Federal;

CONSIDERANDO que esta política só atingirá plenamente seus objetivos se as escolas médi-

cas tiverem acompanhamento qualificado de forma sistemática e perene;

CONSIDERANDO que a Lei 12871/2013 que institui o Programa Mais Médicos, especialmente em seu artigo 1º que estabelece a finalidade de formar recursos humanos na área médica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tem entre seus objetivos, o de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde; e em seu artigo 2º estabelece que para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, a ação de reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

CONSIDERANDO a reunião de coordenadores e docentes de cursos do programa de expansão em IFES realizada durante o 55º COBEM.

Resolve:

Apoiar e se comprometer com programa de expansão de cursos de medicina em Instituições Federais de Ensino Superior;

A pandemia levou a ABEM à realização de congressos em modo virtual em 2020 e 2021, edições nas quais o congresso esteve especialmente voltado aos desafios da crise sanitária.

*Defender o modelo de acompanhamento e monitoramento das novas escolas médicas do programa de expansão através da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (CAMEM).*⁴⁴

Este conjunto de moções não permite apenas demonstrar a oposição da ABEM ao governo que se estabeleceu a partir de 2016, mas indica a manutenção das bandeiras históricas da entidade, em favor da Reforma Sanitária, da atenção primária, do SUS e da integração ensino/serviços/comunidade que, diante da possibilidade de abertura de escolas privadas, sem o devido acompanhamento e avaliação, e da modificação dos conteúdos regulatórios da PNAB, temia por um desmonte das conquistas históricas que, por menos que fossem, significavam muito para a população brasileira. Havia, portanto, que fortalecer a possibilidade de expansão em instituições federais de ensino, manter o trabalho da CAMEM e incorporar as novas pautas identitárias que se manifestavam na sociedade. Em 2020, a ABEM daria início às atividades do GT *Populações (In)visibilizadas e Diversidades*, seguramente em atendimento à *Carta de Porto Alegre*, aprovada no COBEM de 2017 e acima referida.

O aumento das escolas médicas e a discussão sobre a expansão das vagas tornava a inserção dos temas da educação médica nas universidades cada vez mais relevante, motivo pelo qual a ABEM apoiou os processos de elaboração de projetos em educação médica para mestrado e doutorado, conforme destacou Sigisfredo Brenelli no boletim de 2018⁴⁵, e que hoje são realidade no país. Além disso, desde 2010, como decorrência do Pró-Ensino na Saúde, a entidade apoiava os mestrados profissionais na área de Ensino na Saúde e, desde 2020, criou um grupo de trabalho para construir um doutorado profissional em rede nesta área, liderado pelos professores Nildo Alves Batista, Suely Gosseman e Hermila Tavares Vilar Guedes.

As críticas a ações do governo federal, no entanto, não impediam que, quando possível, fossem estabelecidas parcerias. Em 2018, por exemplo, a ABEM assinaria uma cooperação técnica com a EBSERH, com apoio financeiro da OPAS e aval da SGTES/MS para desenvolvimento do *Programa de Simulação Clínica da ABEM*, com o objetivo de qualificar a atuação dos centros de treinamento vinculados a hospitais universitários de instituições federais de ensino, sob a coordenação dos professores Gerson Alves Pereira Junior e Hermila Tavares Vilar Guedes. No mesmo sentido, neste ano a ABEM participou do grupo de trabalho do MEC para discussão do Revalida, defendendo o formato então praticado que acontecia em separado dos processos de avaliação de egressos.

Nos anos de 2020 e 2021, a ABEM organizou os congressos em modo virtual, em virtude dos tempos de pandemia que trouxeram desafios que merecem atenção. Não por acaso, o tema do COBEM de 2020 foi *Educação médica em tempos de incerteza: qualidade, equidade e construção coletiva*, e o de 2021 foi *Educação Médica Transformadora: revisitando o passado, vivendo o presente e esperando o futuro*, nos dois casos o reconhecimento dos tempos turvos e da necessidade de resiliência.

44 ABEM, *Programa de expansão dos cursos de medicina*. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/sobre-abem-posicionamentos/>. Acesso em: agosto 2022. (Grifos nossos).

45 BRENELLI, S. L. Mensagem do Presidente da ABEM. In: *Boletim*, outubro de 2018, p. 3.

46 O conjunto de recomendações publicadas pela ABEM entre 2020 e 2021, assim como instrumentos e portarias de órgãos federais estão disponíveis em: <https://website.abem-educmed.org.br/confira-as-normativas-federais-para-a-educacao-medica/>. Acesso em: agosto 2022.

47 É possível acessar os resultados preliminares da pesquisa em: <https://website.abem-educmed.org.br/resultados-preliminares-diagnostico-escolas-medicadas/>. Acesso em: agosto 2022.

48 Os depoimentos reunidos podem ser consultados em: <https://website.abem-educmed.org.br/educacao-medica-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: agosto 2022.

49 Todas as lives se encontram no link: https://www.youtube.com/playlist?list=PLQq8wWy_jjaPIMHOZ51KywJ9Lz7YOFsgp. Acesso em: agosto 2022.

O boletim de 2020 resumiu as principais ações: recomendações normativas e legais⁴⁶; diagnóstico situacional, em escolas e programas de residência⁴⁷; “Conte sua história”, com publicações de narrativas relacionadas às formas de adaptação da educação médica diante da pandemia da Covid-19 e recebidas de diversos atores envolvidos em saúde⁴⁸; painel “A escola médica na epidemia de Covid-19”, com lives estabelecendo diálogo com a comunidade de edu-

cação médica⁴⁹; seminário “O futuro da escola médica no pós-Covid-19”⁵⁰; e-book “A escola médica na pandemia de Covid-19”⁵¹; suplemento especial da RBEM com o tema “Ensino na saúde em tempos de Covid-19: acesso, iniquidades e vulnerabilidade”⁵². Além dessas ações, a ABEM esteve atenta às dificuldades criadas pelo governo federal para o enfrentamento da pandemia, por isso publicou moções nas quais apontava os riscos de transmissão comunitária e sugeria

50 A gravação dos seminários está disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLQq8wWyjjaMt3pp1fLxT0TzHS74QNVD> Acesso em: agosto 2022.

51 AFONSO, D. H.; POSTAL, E. A.; BATISTA, N. A.; OLIVEIRA, S. S. A *escola médica na pandemia de COVID-19*, Brasília: ABEM, 2020. E-book disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/10/EBOOK-A-escola-m%C3%A9dica-na-pandemia-da-COVID-19.pdf> Acesso em: agosto 2011.

52 VÁRIOS AUTORES, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, supl. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/i/2020_v44suppl1/ Acesso em: agosto 2022.

ABEM integra a Frente pela Vida

Desde dezembro de 2020, após decisão de seu Conselho Diretor, a Abem está unida às nove entidades da sociedade civil – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), a Rede Unida, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) e Associação Brasileira de Imprensa (ABI) – que, em 29 de maio de 2020, lançaram a Frente pela Vida, fruto da união de forças para encontrar respostas à pandemia da Covid-19.

Encontramos sintonia entre a missão, a visão e os valores da Abem e os propósitos da Frente pela Vida, sintetizados em lutar pelo direito à vida, garantir que a ciência oriente as medidas de prevenção e controle da pandemia da Covid-19 a partir de planejamento articulado entre os governos federal, estadual e municipal, reconhecer o SUS como recurso essencial para preservar vidas, compreender a importância da solidariedade como princípio primordial para uma sociedade mais justa, sustentável e fraterna, colaborar

com a preservação do meio ambiente e da biodiversidade e sustentar que a democracia e o respeito à Constituição são fundamentais para assegurar os direitos individuais e sociais, bem como para proporcionar condições dignas de vida para todas e todos os brasileiros.

O ano de 2021 nos trouxe a oportunidade de participar ativamente do planejamento e das ações da Frente pela Vida, seja no âmbito de campanhas estratégicas como *O Brasil precisa do SUS* e *Abrace a vacina*, seja na participação em atos e marchas virtuais e coletivos como o Ato pela Saúde, pela Vida e pela Democracia, o manifesto *Em Defesa do Lockdown que Salva Vidas* e a 2ª Marcha pela Vida, sempre colaborando na construção de documentos contendo diretrizes ou

apoio às ações ou até mesmo de denúncias relacionados ao descaso com a pandemia e à perda evitável de mais de 550 mil vidas.

Cumprimos assim um dos principais objetivos da Abem, com presença marcada por participação, colaboração e/ou crítica perante órgãos de educação e saúde do país, em nível nacional, estadual ou municipal.

Profª. Denise Hardy Afonso



a presença das escolas médicas nas comunidades⁵³, a reorganização das aulas nas escolas e nos cenários de práticas considerando riscos para internos e residentes⁵⁴, a suspensão de aulas na graduação em acordo com as recomendações de municípios e estados e o incentivo à vacinação em 2021⁵⁵.

O enfrentamento do governo federal não se deu apenas em relação à pandemia, mas na defesa do Revalida como ação articulada do MEC e do Ministério da Saúde⁵⁶, na defesa de uma educação médica que respeite contextos interculturais no ensino de saúde indígena⁵⁷, e na luta, vitoriosa, contra a proposta de transferência das residências médicas para o Ministério da Saúde e em defesa da coordenação do MEC, que era o responsável pela “ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde”.⁵⁸ Além disso o COBEM virtual de 2020 acatou duas moções propostas pela DENEM: uma em defesa de ações afirmativas e permanência estudantil nas escolas médica em face das dificuldades dos alunos mais pobres em cumprirem os cronogramas das escolas médicas, seja pela ausência de moradia, seja pela distância em relação aos cenários de prática⁵⁹; e outra na forma de denúncia do agravamento da mercantilização da educação por grupos educacionais, facilitada pela situação de cortes orçamentários a que foram submetidas as instituições públicas após a aprovação da EC 95⁶⁰.

No COBEM virtual de 2021 aprovou-se moção contra o exame de licenciatura em medicina, na prática um “exame de ordem” restrito a prova teórica que, de fato, não avaliaria as competências necessárias para o exercício da medicina e, no limite, poderia significar “carta branca” para abertura de escolas, já que se delegaria ao “exame” a qualificação do médico para o seu trabalho⁶¹. O assunto esbarrava nas ações da ABEM em favor do TP, que avaliava o percurso dos estudantes durante a graduação e, por isso, ao dar oportunidade de revisão de rotas, atestava melhor a qualidade da formação.

Assim, em tempos incertos, bastante radicalizados pelas ações negacionistas do governo federal, e de transição epidemiológica com maior probabilidade de novos eventos pandêmicos, a luta histórica pelo estabelecimento de territórios devida e regularmente perscrutados para o planejamento e a promoção em saúde, onde as escolas possam encontrar cenários plúrais de prática nos equipamentos de saúde disponíveis, e nos quais atuem professores, preceptores e tutores, o que evidentemente não se pode remunerar apenas por procedimentos, mantém sua relevância, assim como a ABEM mantém a sua resiliência nesta luta. Por isso, cabe encerrar este capítulo com o posicionamento da ABEM contra as políticas de desmonte da educação brasileira, publicado em junho de 2022 e o depoimento de um representante da DENEM.

53 Posicionamento ABEM – coronavírus. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/posicionamento-abem-coronavirus/>. Acesso em: agosto 2022.

54 Posicionamento ABEM – Atividades dos estudantes, 2020. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/posicionamento-abem-suspensao-de-atividades-presenciais-dos-estudantes-de-medicina/> Acesso em: agosto 2022.

55 Posicionamento de 17 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/manifesto-abem-vacinacao-covid-19/> Acesso em: agosto 2022.

56 Posicionamento ABEM – Revalidação de diplomas, maio de 2020. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/posicionamento-abem-revalidacao-de-diplomas/> Acesso em: agosto 2022.

57 Recomendações da ABEM para o ensino da saúde indígena nas escolas brasileiras, 2020. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-Abem_-ensino-da-tem%C3%A1tica-Sa%C3%BAde-Ind%C3%ADgena-nas-escolas-de-medicina.pdf Acesso em: agosto 2022.

CONTRA AS POLÍTICAS DE DESMONTE DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

*"É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar;
porque tem gente que tem esperança do verbo esperar.
E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.*

— Paulo Freire

Vivemos tempos de incertezas. Desde o início da atual gestão do governo federal sabíamos que liderava o Brasil um grupo com projeto de intensificação de políticas de austeridade. Com as políticas já existentes, como a Emenda Constitucional 95, e as prioridades que estão no horizonte do projeto conservador que governa o país, os últimos anos têm sido de cortes e desmontes sucessivos nas diversas áreas, sobretudo naquelas essenciais à construção de um país soberano.

No último mês, os ataques à educação superior se tornaram mais evidentes. Listamos aqui três ações que dão clareza ao programa de destruição que vem se intensificando.

1. Na última semana de maio, foi divulgado um corte de 14,5% do orçamento do Ministério da Educação em recursos discricionários que incluem despesas com funcionamento, obras, terceirização, contratação de serviços, assistência estudantil, entre outros. Após a reação das universidades e sociedade organizada, o Ministro da Educação (MEC) foi a público anunciar a redução do corte para 7,2% com as seguintes palavras: "Uma notícia importantíssima para a educação. Agradeço ao presidente Bolsonaro e à equipe econômica do governo federal pela medida". As universidades públicas, ponta de lança da produção científica nacional e essenciais no combate à pandemia da COVID-19, recebem agora do MEC mais essa restrição orçamentária. Impacto que pode recair sobretudo sobre a assistência estudantil que viabiliza a permanência dos estudantes socioeconomicamente mais vulneráveis.
2. Outra demonstração dos ataques à educação superior brasileira foi o recente retorno ao centro do debate do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 206/2019, de cobrança de mensalidade nas universidades públicas. A proposta é justificada com dados equivocados de que as vagas das universidades

58 Carta Aberta da ABEM sobre a proposta de transferência das Residências para o Ministério da Saúde, 23 de agosto de 2020. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Carta-Aberta-ABEM-Resid%C3%Aancia.pdf> Acesso em: agosto 2022.

59 COBEM, *Moção por ações afirmativas e permanência estudantil nas escolas médicas*, 18 de outubro de 2020. Disponível em: <https://cobem.com.br/2020/wp-content/uploads/2020/12/MOCAO-POR-ACOES-AFIRMATIVAS-E-PERMANENCIA-ESTUDANTIL-NAS-ESCOLAS-MEDICAS.pdf> Acesso em: agosto 2022.

60 COBEM, *Moção de denúncia: o agravamento da mercantilização da educação por grupos educacionais*, 18 de outubro de 2022. Disponível em: <https://cobem.com.br/2020/wp-content/uploads/2020/12/MOCAO-DE-DENUNCIA-O-AGRAVAMENTO-DA-MERCANTILIZACAO-DA-EDUCACAO-POR-GRUPOS-EDUCACIONAIS.pdf> Acesso em: agosto 2022.

61 COBEM, *Contra a implementação de um exame de licenciatura em medicina no Brasil*, setembro de 2021. Disponível em: <https://cobem.com.br/2021/wp-content/uploads/2021/09/2-MOCAO-CONTRA-A-IMPLEMENTACAO-DE-UM-EXAME-DE-LICENCIAMENTO-EM-MEDICINA-NO-BRASIL.pdf> Acesso em: agosto 2022.

públicas estariam ocupadas pela camada mais abastada da sociedade, mas não leva em conta o impacto que as cotas tiveram no cenário brasileiro na última década, uma vez que 70,2% dos estudantes das universidades federais possuem renda mensal familiar per capita de um salário mínimo e meio no ano de 2018, segundo pesquisa da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes). Mais uma solução distorcida para falsos problemas.

3. Por último, vale demonstrar que mesmo as propostas que possam aparentar alguma razoabilidade, como a da Medida Provisória 1.090/2021, têm disfarçadas tentativas de precarização do ensino. A MP 1.090/2021 (ou MP do FIES) tenta diminuir o impacto do endividamento estudantil, permitindo o abatimento de até 99% das dívidas contraídas advindas do financiamento do ensino superior. Contudo, na tramitação na Câmara dos Deputados foi incluída a possibilidade de que o MEC faça avaliação dos cursos superiores de forma on-line ou até por "autoavaliação". A Medida Provisória, então, tramita como Projeto de Lei de Conversão 12/2022 e já está para sanção do presidente, alterando a Lei 10.861/2014, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

Esses são apenas alguns dos retrocessos que caminham de maneira veloz neste ano eleitoral. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que nos seus 60 anos de história defendeu e defende a educação superior de qualidade, se mantém atenta aos movimentos da política brasileira e denuncia os desmontes da educação, que já não são medidas isoladas e fazem parte de uma política de destruição do país.

Brasília, 9 de junho de 2022.

Conselho Diretor
Associação Brasileira de Educação Médica

Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)
SCN – QD 02 - Bl D – Torre A – sala 1021 e 1023 – Asa Norte – Shopping Liberty Mall
CEP.: 70.712-903 – Brasília/DF. Telefones: 3024-8013/3024-9978

A gente viveu um momento de pandemia que escancarou a necessidade do SUS e acho que a gente só tem SUS hoje ainda porque a gente teve uma pandemia e as pessoas perderam plano de saúde, foram para o SUS e o adoecimento foi literalmente populacional, e a gente precisava, pra mim foi uma prova concreta, de que a gente precisava pra dar conta da saúde da nossa população e de entregar aquilo que está na Constituição, que é um direito do povo e um dever do Estado, a gente precisava de um sistema universal forte, capaz, bem financiado, bem estruturado, com bons gestores, enfim, uma série de discussões...

Douglas V. R. Pereira.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
29 de abril de 2022.

Diretorias

2010-2012

Presidente	Jadete Barbosa Lampert
1° Vice-Presidente	Nildo Alves Batista
2° Vice-Presidente	Fernando Antônio Menezes da Silva
Diretor Executivo	Derly Streit
Tesoureiro	Francisco Barbosa Neto
Secretário	José Maurício Carvalho Lemos

2012-2014

Diretora Presidente	Jadete Barbosa Lampert
Diretor Vice-Presidente	Francisco Barbosa Neto
Diretor Tesoureiro	Vardeli Alves de Moraes
Diretor Executivo	Derly Streit
Diretor Secretário	Sigisfredo Luís Brenelli

2014-2016

Diretor Presidente	Sigisfredo Luís Brenelli
Diretor Vice-Presidente	Lúcia Christina Iochida
Diretor Tesoureiro	Maria Luisa de Carvalho Soliani
Diretor Executivo	Francisco Barbosa Neto
Diretor Secretário	Márcia Hiromi Sakai

2016-2018

Presidente	Sigisfredo Luis Brenelli
1° Vice-Presidente	Lucia Christina Iochida
Diretor Executivo	Francisco Barbosa Neto
Tesoureiro	Maria Luisa de Carvalho Soliani
Secretário	Márcia Hiromi Sakai

2018-2020

Presidente	Nildo Alves Batista
1° Vice-Presidente	Sandro Schreiber de Oliveira
Diretor Executivo	Hermila Tavares Vilar Guedes
Tesoureiro	Denise Herdy Afonso
Secretário	Suely Grosseman

2020-2022

Presidente	Nildo Alves Batista
1° Vice-Presidente	Sandro Schreiber de Oliveira
Tesoureiro	Denise Herdy Afonso
Secretário	Eduardo Arquimino Postal
Diretora de Inovação	Eliana Goldfarb Cyrino
Diretor Discente	Carlos Eduardo Merss
Diretor Médico Residente	André Ferreira de Abreu Júnior

Epílogo

Projetando futuros: entre continuidades rupturas e desafios

Gostaríamos de finalizar este livro sinalizando para futuros possíveis, o que exige, também, apontar as dificuldades estruturais para a transformação das escolas médicas e a construção de uma efetiva Reforma Sanitária, com um SUS fortalecido e adequadamente financiado. Iniciemos essas últimas páginas retomando diagnósticos sobre a educação médica localizados na passagem do século 20 para o 21, mais especificamente as conclusões de Maria Helena Machado, em 1997, e as observações de Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca publicadas nos Cadernos da ABEM em 2006:

Está claro que não basta a oferta de empregos com salários mais elevados para que o médico jovem opte pelo interior. Várias têm sido, ao longo destes anos, as medidas governamentais nesse sentido, ainda que quase todas infrutíferas. Para vislumbrar mudanças neste novo quadro só mesmo com a adoção de políticas específicas que transformassem os 'interiores' em meios sociais dotados de recursos técnicos e científicos capazes de estimular os médicos ao exercício da profissão fora do circuito comercial.

Não podemos negar que, cada vez com mais intensidade, os médicos não conseguem fazer medicina sem uma constante e rigorosa reciclagem técnico-científica. A velocidade da produção de novos conhecimentos nas ciências médicas tem impedido tecnicamente que o 'fazer cotidiano' assuma lugar preponderante,

exigindo, assim, que o 'saber renovado' faça parte também deste dia a dia médico. A mentalidade dos usuários também mudou e tem exigido do médico um rigoroso e atualizado conhecimento de novas técnicas, novos medicamentos, novas habilidades, ou seja, desafios constantes lhes são apresentados diariamente. No entanto, a pesquisa mostra claras evidências de que os médicos se queixam de abandono das autoridades, sejam elas governamentais ou corporativas, quanto à sua reciclagem profissional após completar o ciclo de formação¹

(...) a crise da educação médica é também a crise do modelo liberal de medicina. Os movimentos de promoção da saúde, intimamente ligados aos valores da democracia, da cidadania e do multiculturalismo são outras tantas ameaças ao antigo padrão de formação médica. Médicos e pacientes têm sido encorajados a desenvolver uma relação mais igualitária. Dentre os objetivos colocados pelas sociedades médicas e pelos planejadores em saúde, estão a difusão de informações sobre saúde e programas de capacitação orientados para determinados perfis de pacientes. Ambos os programas visam à cooperação e negociação entre médicos e seus clientes. (...) Determinantes geográficos, políticos e econômicos do mundo globalizado têm nos levado a reconsiderar, assim, os processos familiares do exercício e da formação profissional.

1 MACHADO, M. H. (coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

A questão dos custos, a importância do laboratório e a ciência clínica, o acesso a novas tecnologias e aos especialistas, a medicina preventiva, a formação humanista e os direitos dos pacientes têm sido alguns dos ingredientes do amplo debate atual sobre os rumos da educação médica.²

Os autores elencaram temas e problemas daquela passagem de século, comuns nas conjunturas estudadas neste livro e que cabe lembrar: formação e distribuição de médicos, salário e carreira nas estruturas de saúde pública, seja na assistência à saúde direta do SUS, seja nas escolas ou na gestão; incorporação de novos saberes, técnicas e tecnologias ao cotidiano das práticas médicas; custos elevados para o exercício da medicina e em conformidade com o desenvolvimento científico; dificuldades para garantir uma educação e reciclagem permanentes para o médicos; articulação entre democracia, cidadania e multiculturalismo na formação, nas práticas médicas e na difusão de informações; e abordagem mais humanista para um efetivo diálogo entre médicos e pacientes, docentes e estudantes. Alguns desses temas constituem estratos de tempo longo para os quais ainda se buscam soluções adequadas, como a distribuição dos médicos pelo território nacional, considerando recursos/equipamentos de saúde disponíveis, uma carreira para o médico do SUS e salários justos. Outros, embora presentes em estratos de tempos passados, como o respeito às tradições e culturas dos brasis, tornaram-se mais relevantes no século 21, quando as pautas identitárias ganharam as ruas e exigiram políticas de inclusão que enfrentassem injustiças historicamente construídas, como o racismo estrutural. Outros, ainda, já possuem enraizamento nas estruturas do SUS, como a atenção primária, embora sofram de problemas de financiamento e de incentivo à formação de equipes multiprofissionais a partir das graduações em saúde.

Os depoimentos recolhidos no âmbito do projeto que deu origem a este livro, para além

de complexificar o entendimento dos conjuntos documentais estudados, também permitiram mapear estratos de tempo longo e curto, problemas que se reificam e temas que, mesmo estando na agenda da saúde coletiva desde os anos 1980 e da fundação do SUS, ainda exigem maior comprometimento das escolas médicas e das esferas de poder públicas, no mesmo sentido apontado pelos autores acima citados. Na pauta da Abem, por exemplo, um ponto central é a formação de docentes, preceptores e tutores para o fortalecimento da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família. Retomemos alguns dos depoimentos:

2 EDLER, F. C.; FONSECA, M. R. F. A crise da educação médica na segunda metade do século XX, In: ABEM, Cadernos ABEM, V. 2, JUNHO 2006, P. 22.

A gente estava falando das questões do ProfSaúde, a ABEM é uma das nossas parceiras junto com a ABRASCO na liderança do ProfSaúde, desse projeto de mestrado profissional em rede no nosso país. (...) Agora já estamos em plena etapa de inscrição para uma quarta turma do ProfSaúde, na qual, além de profissionais da medicina, também vamos selecionar colegas da enfermagem e da odontologia para essa formação. (...)

Então, nós estamos outra vez num contexto de muita necessidade de profissionais para a área de Saúde da Família, de todas as profissões, mas particularmente de colegas da medicina e isso precisa ser revertido em algum momento.

O ProfSaúde não só busca formar profissionais para a atuação nos serviços, nas equipes de Saúde da Família ou na gestão da atenção primária à saúde da família, mas também busca formar professores que deem ênfase na docência, que isso sim é um diferencial importante no caso da formação profissional, porque os nossos programas de especialização e de residência visam a formação profissional para a prática profissional em serviço, seja como gestores ou como profissionais médicos em equipes de Saúde da Família. E o ProfSaúde, além disso, tem essa ênfase na formação de docentes, de preceptores, que é uma outra carência muito grande no Brasil. Em todos os cursos de medicina do nosso país você tem profissionais docentes formados nas diferentes áreas: na pediatria, na cardiologia, na neurologia, em todas as áreas temos profissionais especializados formados nessas áreas. Na Saúde da Família, temos

uma grande escassez; então, o ProfSaúde tem contribuído para formar, para preparar esses docentes para atuar nos cursos de graduação em medicina, mas também nas residências e nas especializações e, além disso, para preparar preceptores, colegas que atuam nas equipes de Saúde da Família, nos serviços de atenção primária, mas que recebem alunos das escolas de medicina para fazer seus estágios lá e precisam, evidentemente, de supervisão pedagógica, supervisão educacional para essas atividades. (...)

Antigamente, a inserção dos alunos em atividades de atenção primária à saúde era em um determinado semestre, o aluno ia lá, passava algumas semanas numa Unidade Básica de Saúde, tinha aquela experiência restrita, enfim, e logo ia fazer outras atividades. Hoje, você já tem muitas escolas, especialmente as escolas que foram criadas com ênfase já no pós-Diretrizes Curriculares Nacionais que incorporaram esse delineamento, essa concepção da estrutura curricular com fortalecimento da atenção primária, com inserção ao longo das diferentes fases ou semestres ou etapas, como se chamem aí em cada lugar, dessa formação muito importante. Mas para ela ganhar destaque, ganhar prioridade e adesão dos alunos, isso precisa se materializar em incentivos, em vantagens, em reconhecimento efetivo que, no caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde precisa aportar.

Luiz Augusto Fachinni.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
4 de fevereiro de 2022

A ABEM sempre foi uma aliada dentro do campo médico para os estudantes, porque, infelizmente, boa parte desses organismos de classe são tomados pelo corporativismo e, na nossa perspectiva, por uma via liberal mesmo, uma forma liberal de enxergar a medicina e a educação médica. Na ABEM, a gente sempre encontrou esse contraponto, de uma educação médica que tivesse um outro compromisso, com a sociedade brasileira, com o projeto de educação e saúde que a gente acredita. E por isso é tão fundamental, em especial no momento que vivemos hoje, de um retrocesso muito grande, de desmonte institucional muito difícil. (...)

Hoje eu vejo um currículo que ainda é muito tradicional, tem muito resíduo flexneriano nesse sentido, um ciclo básico, um ciclo clínico, um internato e muitas resistências dos departamentos, de conseguir buscar uma ampliação desse currículo. Por exemplo, essa reforma mais recente, para introduzir disciplinas que já contextualizam o estudante no campo de prática na atenção primária, assim como já trazem, desde o início da formação, os princípios da atenção primária do SUS e buscam orientar o currículo mais nesse sentido, teve toda essa disputa de muito tempo para conseguir fazer isso, e ainda hoje a gente vê as resistências de departamentos muito tradicionais... Essas tradições também resistem porque não se cria espaço do nada, para caber disciplina de atenção primária no início do curso tem que reduzir carga horária em outras coisas, e por aí vai. Então, vejo como um currículo que tem essas contradições e tem essas disputas políticas. A nossa luta mais recente, da minha geração, foi pela implementação dos procedimentos de heteroidentificação na UFMG, conquistamos e funciona muito bem hoje. Mas essa contradição é boa, apesar de tudo. Existe uma minoria ainda muito privilegiada e que é uma quantidade expressiva de pessoas. Estamos falando de 40 pessoas por turma, no meu caso, que são 160 na turma, mas a gente tem um contingente muito mais expressivo. Isso faz diferença na vida imediata, por um lado, porque, por exemplo, a gente tem contato com as médicas negras que se formaram antes da gente, há dez anos elas se formarem já era uma conquista coletiva. Porque era uma vitória que uma mulher negra se formasse na UFMG. Não estou falando do século passado, estou falando de 2010. E hoje não, por causa

da política, a gente fundou pela primeira vez na história da faculdade o **Coletivo Negro de Estudantes de Medicina**, que já lotou. Eu acho que é a primeira vez na história que lotou o auditório de pessoas negras lá dentro da faculdade, o que provocou a instituição a criar uma comissão interna de enfrentamento ao racismo. Não está acabado, definitivamente. (...)

(...) para nós, o que mais pesava, foi o enorme crescimento de vagas privadas para cursos de medicina, isso era uma coisa que a gente via com muita crítica e hoje ainda vê, foi um “boom” gigantesco, um mercado muito lucrativo e com esse modelo predatório de educação. E hoje a gente observa isso com cada vez mais terror e luta, porque os grandes grupos educacionais absorvendo cada vez mais escolas médicas, padronizando esses currículos. E isso é um terror para os estudantes, cada novo curso privado que é incorporado, normalmente tem resistência estudantil, os CAs e DAs são muito críticos porque sabem que isso significa precarização, padronização, tabelamento de preços, coisas desse tipo. Para nós, isso era uma parte do medo. Para nós em específico, o Mais Médicos é significativo, tinha a ver com a expansão do público, e isso para nós é muito positivo. Só que de que forma? Porque uma contradição que hoje as universidades públicas lidam é, lógico que não estou colocando a culpa no PT, estou analisando mais pelo processo histórico mesmo, porque, a UFMG, por exemplo, é **uma universidade que tem mais do que o dobro do tamanho que tinha antes do REUNI e tem o mesmo orçamento de 2012**. Então, esse descompasso foi muito crítico. A proposta que o Mais Médicos trazia para esses novos cursos, inclusive, tem coisas muito positivas, por exemplo, não vamos ter hospital escola em uma universidade do interior, isso não faz nenhum sentido, vamos construir um currículo em que os campos de prática sejam a rede ali ao redor. Que a universidade instrumentalize essa rede e a

fortaleça ao mesmo tempo que aprendem com ela. Então, isso era algo muito positivo. Só que nos últimos anos virou problema também. É a realidade de São João Del Rey, mas é a realidade de muitos outros cursos pelo interior, que é a disputa por campo de prática. Logo em seguida chega uma escola médica paga ali naquela cidade, passa a competir, “ah, a Santa Casa não quer aceitar mais, não tem onde fazer o internato, manda o estudante para tal cidade”. Enfim, chega em um ponto que tem estudante do interior vindo até fazer internato em Belo Horizonte, o que rompe com o que era boa parte da ideia inicial. (...)

Em especial a história da medicina e da educação médica é demarcada por violências e contradições em torno do tema racial, mas acho que mais recentemente, pelo menos o movimento que eu vivi, que foi esse de organização de estudantes de medicina, negros e negras, no nível nacional, que é algo que acontece a partir da DENEM, mas que depois extrapola. As discussões raciais chegando com tudo, incidindo sobre as contradições do movimento estudantil e isso também acontecendo nos currículos.

Marcus Vinícius Cruz.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
29 de junho de 2022.

E assim, olha que coisa absurda, para você ver o que a gente tem que enfrentar, essa aluna negra que está lá em São João, que é de uma classe média alta, inclusive. Eu estava passando visita com ela, e tinha um paciente internado que queria que eu operasse o rim dele. Ele tinha um cálculo, eu tinha discutido com o urologista, o urologista foi ver e falou, olha: “olha o cálculo é muito pequeno, ele está saindo, ele está muito próximo de sair, não se opera”. Aí ela falou, olha: “você dá alta, marca no ambulatório...”, ela era a interna que estava cuidando do paciente. Aí na hora de ir embora a mãe chegou com a ouvidoria... aquela sessão escândalo. Eu fui saber o que estava acontecendo, ele falou: “Eu não vou sair daqui enquanto vocês não me operarem!”, eu falei: “olha, você não entendeu que não dá para operar, não sei o quê...”, ele virou e falou assim: “Vocês estão fazendo isso porque eu sou negro, eu sou preto!” A interna virou e falou assim: “Por que, eu sou loira?”, ela que tinha dado a alta. Ele falou assim: “Por isso que puseram uma preta para tratar de mim, porque eu sou preto, por que que não vem um médico branco?”. Sabe quando você perde totalmente o reboledo? Eu não sabia o que fazer com a minha aluna, minha interna.

Sigisfredo Brenelli.
Entrevista ao Projeto 60 anos da Abem,
10 de fevereiro de 2022.

Vou te contar um caso. Eu cheguei em uma cidade uma vez e o indivíduo, que era um estudante de medicina, muito legal, um cara muito bom, eu pedi:

- Eu queria rever com você quais foram os casos que você teve hoje.

Ele disse:

- Esteve um menino aqui com um problema com muito catarro, sofrimento respiratório, estava respirando muito mal. Falei com a senhora que estava aqui presente com o menino na sala, “a senhora tem que umidificar o ar que entra na respiração”. Ela foi até muito legal nisso.

Aí eu perguntei para ele se poderia contar o caso, porque eu acho que esse caso representa um pouco a nossa batalha a vida inteira.

- Eu falei, claro, o seguinte: “a senhora pega o vaporizador, liga e o menino respira.” A senhora falou assim: “Vaporizador? O que é isso?” Eu perguntei se ela não tinha vaporizador. “Não tem, não”.

Aí ele falou assim tentando resolver o problema dela, ele estava com uma intenção muito boa de resolver o problema:

- Bom, então, faz o seguinte: a senhora pega uma panela, pega um ebulidor, coloca ele para ferver a água, põe perto da cama do seu menino, que o ar vai ficar umidificado. Ele vai respirar melhor.” Ela falou “ebulidor, o que é isso? Eu não tenho”. “Doutor, minha casa não tem energia elétrica.”

Então, o cara falou, ainda na intenção de ajudar o menino:

- Então, a senhora vai fazer o seguinte, vai pegar dois tijolos, colocar do lado da cama do seu filho, coloca uns gravetos no meio, uma panela em cima, acende um foguinho porque vai sair um vapor. Esse vapor vai ficar lá.

Eu perguntei:

- Há quanto tempo essa pessoa saiu daqui?

- Acabou de sair.

- Nós vamos atrás dela, pegamos o endereço e vamos atrás dela.

Chegamos e falei:

- Senhora, não vai fazer nada disso que ele falou. Eu falei na presença dele.

- Eu quero agora que você entre aqui para o quarto do menino e veja onde que ela vai fazer o foguinho. O que você prefere? Um menino com catarro ou uma família queimada?

Francisco Eduardo Campos.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
9 de maio de 2022.

O foco nessa época (...) era um pouco assim: como evitar a especialização precoce, como evitar aquilo que é hoje uma grande praga da prática médica e da educação médica, que foi a total subversão de uma tecnologia fantástica que é a do protocolo médico, o uso dos recursos da ciência para melhorar a qualidade do atendimento às pessoas e que por falta de conhecimento de fisiologia, de biologia, de clínica, de semiologia e de epidemiologia, os médicos hoje tomam o protocolo como um roteiro a ser seguido e ninguém hoje mais faz medicina. Estou falando de forma muito exaltada porque realmente é uma coisa que me incomoda, todo mundo é seguidor de protocolo.

A maioria não sabe interpretar e o porquê dos protocolos. O protocolo hoje é muito completo, está na internet e você tem determinada especialidade que faça tais exames, o computador já dá o resultado desses exames, que classifica em algumas categorias e dá depois a terapia recomendada e como deve ser feito aquilo. Eu não digo que a inteligência artificial e que todos os recursos da tecnologia sejam ruins, o problema é o uso que a gente faz dessas tecnologias (...)

Nós estamos fazendo **executores de protocolos clínicos produzidos pelas empresas de equipamentos e pelas empresas de biotecnologia.**

José Paranaguá.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
31 de maio de 2022.

O que nós, a ABEM, hoje, defendemos? Nós temos hoje a vigência de uma portaria que por cinco anos segurava o aumento de mais vagas. Uma portaria do governo Temer, que éramos favoráveis, vamos dar uma paradinha, vamos pensar, vamos avaliar como estamos. Hoje existe uma pressão muito grande de que essa portaria deixe de existir porque tem uma **pressão muito grande, especialmente das escolas privadas, de liberação do número de vagas** que elas possam oferecer. A nossa preocupação é: como garantir a qualidade? Como garantir a qualidade das escolas médicas que hoje já temos e como avaliar isto? (...) **E nós somos frontalmente contra a liberação para abertura de novas escolas neste momento**, entre outras coisas, porque não foi possível fazer uma avaliação do que foi esse último crescimento, que é o da lei dos Mais Médicos que até hoje está abrindo escolas! E nós não temos a avaliação desse período. Veio a pandemia, impossibilitou a avaliação, e não dá para avaliar uma escola médica on-line, só por informações online, é necessário ter parâmetros locais. (...)

Nós temos um diretório chamado DIREM, Diretório das Escolas de Medicina do Brasil, no qual a ABEM trabalha em parceria com o Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que se propõe a criar e atualizar um diretório. Nós temos esses dados na ABEM, e por esse diretório nós estamos hoje com 357 cursos de medicina. Entendendo que as vezes tem uma universidade que tem um curso na capital e um curso no interior, mas cada curso é um curso, não dá para a gente falar que é o mesmo curso. E projetando é próximo de 370 que estariam em fase de implantação, mas ainda autorizados antes daquela lei que segurou por cinco anos, então esse é o diagnóstico hoje, se não considerarmos liberação de novos cursos. Preocupa muito, porque esse aumento tem se dado às custas das escolas privadas. (...) **Hoje já começam a falar de vagas ociosas**, mas de uma forma geral as vagas oferecidas são preenchidas. Mas, continuando assim, vamos ter problema de ociosidade de vagas, aí eu já não estou falando do mercado, do futuro profissional. Estou falando de demanda, porque um curso de oito, nove, dez mil reais, limita, claro.

Nildo Alves Batista.
Depoimento ao Projeto 60 anos da Abem,
29 de novembro de 2021.

O conjunto dos depoimentos, assim como a análise feita por Machado e por Edler e Fróes anos antes, reverberam problemas de fundo da clínica individual e da sua relação com a abordagem coletiva, ambas constitutivas de territórios de atenção primária, e todos eles sempre tocam na sensível questão das relações humanas, dos modos de ouvir e acolher o paciente como dimensão da construção diagnóstica, dos modos de oferecer apoio técnico, estrutural e emocional aos profissionais de saúde, dos modos de cumprir as trajetórias de graduação, residência e pós-graduação sem as tensões que marcam desde as semanas de calouros até os dias de avaliações e de práticas. E não estamos nos referindo à pandemia de covid-19, mas a problemas anteriores que foram por ela potencializados.

Nessas primeiras duas décadas do século 21, um campo de estudos que se desenvolveu bastante e busca aprimorar as relações humanas entre médicos e pacientes é o da *medicina narrativa*³. Trata-se de inserir nos currículos médicos disciplinas nas quais habilidades e competências para ouvir narrativas/histórias de doenças sejam desenvolvidas a partir do diálogo entre literatura, arte e medicina. Dessa forma, os estudantes de medicina aprenderiam a ler, ouvir e contar histórias, o que incidiria positivamente sobre a clínica individual e a abordagem coletiva, posto que a doença que se manifesta no indivíduo pode guardar em si dimensões da vida social e familiar que precisam ser conhecidas e que nem sempre encontram respostas em tecnologias e equipamentos caros e novas técnicas para procedimentos. Afirme-se, no entanto, que esses últimos não podem ser desprezados nas estruturas curriculares e nos processos de educação permanente, o que torna os desafios que aqui vamos tentando resumir muito dinâmicos e capazes de forte aceleração temporal. Tais dinamismo e aceleração, historicamente, são responsáveis pelas conquistas, por um lado, como as vacinas e equipamentos cada vez mais precisos na leitura dos corpos, mas, por outro

lado, também produzem médicos “leitores de protocolos” e não de pessoas, além de iniquidades, já que a maior parte da população não tem acesso a tecnologias mais modernas e caras. O progresso que as novas tecnologias e técnicas de cuidados médicos guarda pode, muitas vezes, esconder os elementos de reprodução da pobreza, do racismo estrutural e da desigualdade social. Por isso, historiadores seguimos juntando os “cacos” do progresso⁴, os “restos” de histórias de pessoas não beneficiadas por ele e que procuram diuturnamente o SUS.

Se é verdade que a abordagem da medicina narrativa, articulada à construção dos territórios de atenção primária, pode ajudar a deslindar todas essas temporalidades sobrepostas, não há como não reforçar, em acordo com as lutas históricas da Abem, que não há solução simples e que resolva em canetadas de gabinete todo histórico de lutas, problemas estruturais e esforços de minimização das iniquidades por meio do SUS que foram narrados neste livro. É preciso construir gradual e negociadamente os passos que poderão efetivar uma Reforma Sanitária transformadora: desde o chão da sala de aula da escola médica e dos cenários plurais de aprendizagem e práticas; passando pela avaliação qualitativa e processual das escolas e seus currículos, dos graduandos, internos e residentes; considerando a formação de docentes, preceptores e tutores para o ensino e os serviços de saúde; mantendo a luta pela carreira médica no SUS com justa remuneração, pela abertura de escolas médicas apenas após perscrutação do território, com avaliação de suas necessidades e possibilidades; mantendo o foco na atenção primária como porta de entrada estruturante do SUS e enfrentando determinantes sociais em saúde. Nenhum desses estratos de tempo pode apresentar solução isolada, até porque cada um deles possui especificidades que trazem imponderáveis, e estes só a arena política pode organizar em propostas e projetos. Assim, terminando este livro, voltemos às lutas!

3 CHARON, R. *Narrative medicine – Honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press, 2006.

4 BENJAMIN, W. *Sobre o conceito de história – Edição crítica*. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2020.

Anexos

I. Edições do COBEM

EDIÇÃO	ANO	TEMA
1º	1963	Novos Rumos para o Ensino Médico no Brasil
2º	1964	Pedagogia Aplicada à Medicina – Internato e Residência
3º	1965	Formação de Pessoal para Médicos – Duração do Curso Médico
4º	1966	O Ensino da Psicologia no Currículo Médico
5º	1967	O Hospital de Ensino e Preparo Pedagógico de Pessoal Docente em Medicina
6º	1968	Integração do Ensino das Ciências Básicas de Saúde e sua Integração Profissional
7º	1969	A Formação do Profissional de Saúde Frente à Realidade Socioeconômica no Brasil
8º	1970	O Planejamento de Ensino Médico
9º	1971	Expansão do Ensino Médico e criação de novas Escolas Médicas no Brasil: Problemas e Soluções
10º	1972	A Pós-Graduação no Ensino Médico
11º	1973	A Pós-Graduação no Ensino Médico
12º	1974	Ensino Médico e Previdência Social – “Internato”
13º	1975	Ciclo Básico: comum ou diferenciado, O ambulatório no ensino médico; Residência Médica: análises e proposições
14º	1976	Tendências Atuais em Educação Médica
15º	1977	Currículo Médico
16º	1978	O Médico de Família – Formação ética do médico
17º	1979	Experiências com novos modelos de Formação Médica; Experiência com integração Docente-Assistencial
18º	1980	Papel da Escola Médica diante do Prev-Saúde e o Médico e o Mercado de Trabalho
19º	1981	Avaliação do Rendimento Escolar, Internato, Análise Crítica da Pós-Graduação – Custos e Financiamentos dos Hospitais de Ensino
20º	1982	Qualidade do ensino médico
21º	1983	Integração Ensino-Serviço/Pesquisa
22º	1984	Ética Médica

23°	1985	A Formação de Recursos Humanos e o Sistema Nacional de Saúde
24°	1986	Integração das Escolas Médicas com o sistema de Atenção à Saúde
25°	1987	Uma Retrospectiva da Educação Médica
26°	1988	Educação Médica nas Américas/conferência de Edimburgo e Reforma da Educação Médica
27°	1989	Reforma da Educação Médica exigida pela Constituição
28°	1990	Pesquisa: O Papel da Educação na Graduação-Tecnologia na Educação Médica
29°	1991	O Ensino Público x Ensino Privado; A Avaliação da Universidade; A Avaliação do Ensino Médico; A Medicina que se Pratica no Brasil
30°	1992	Desafios para a Educação Médica
31°	1993	A Ética na Educação Médica
32°	1994	Conjuntura Nacional: Desafios à Educação Médica
33°	1995	Desafios e Proposta de Transformação do Ensino Médico
34°	1996	Transformação e Integração na Educação Médica
35°	1997	Competências Profissionais na Graduação Médica
36°	1998	O Novo Ensino Médico e a Sociedade Brasileira
37°	1999	Abrindo Espaços para a Transformação da Educação Médica no Brasil
38°	2000	Educação Médica, Compromisso de Quem?
39°	2001	Avaliações no Ensino Médico: Impactos e Desafios
40°	2002	Mudanças na Educação Médica: Processos e Resultados
41°	2003	A Formação Médica e Responsabilidade Social
42°	2004	Avaliação das Mudanças e as Novas Perspectivas
43°	2005	Educação Médica: Compromisso Histórico com o SUS
44°	2006	Interação da Escola, Serviço e Sociedade
45°	2007	Educação, Saúde e Sociedade
46°	2008	200 Anos de Ensino Médico no Brasil: de volta para o futuro
47°	2009	O SUS como Escola
48°	2010	Uma Escola para o SUS: O Lugar da Educação Médica no Sistema de Saúde Brasileiro
49°	2011	Educação Médica: o desafio de integrar, humanizar e avaliar
50°	2012	De que Médico a Sociedade Precisa?
51°	2013	Desafios na Formação Médica: Necessidades Sociais e Avanços Tecnológicos
52°	2014	As Escolas Médicas como Transformadoras da Sociedade
53°	2015	Educação Médica e Cuidados na Saúde: Uma Rede em Movimento

54°	2016	Ensinar e Aprender Medicina: Desafios do Presente e Expectativas do Futuro
55°	2017	Formação Médica: Educação, Política e Atenção à Saúde
56°	2018	Desenvolvimento Docente
57°	2019	Educação Médica Transformadora: compromisso e responsabilidade social
58°	2020	Educação Médica em Tempos de Incerteza: qualidade, equidade e construção coletiva
59°	2021	Educação Médica Transformadora: revisitando o passado, vivendo o presente e esperando o futuro
60°	2022	Ciência, Cuidado e Resiliência na Educação Médica

II. Escolas associadas (agosto de 2022)

Regional Centro-Oeste

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE MARINGÁ – UNICESUMAR CORUMBÁ

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MINEIROS – UNIFIMES

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE – UNIVAG

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS

FACULDADE ALFREDO NASSER – FAN

FACULDADE ESTÁCIO DO PANTANAL – FAPAN CÁGERES

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GO

UNIVERSIDADE ANHANGUERA – UNIDERP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA – UCB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ – UNIC

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – UNIRV CAMPUS GOIANÉSIA

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – UNIRV/FESURV

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – UNIRV FESURV CAMPUS APARECIDA GO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS – UEG ITUMBIARA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – UFG CATALÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – UFMT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS

Regional Minas Gerais

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MANHUAÇU – UNIFACIG

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS – UNIPAM

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMINAS MURIAÉ – UNIFAMINAS MURIAÉ

CENTRO UNIVERSITÁRIO – FIP-MOC

CENTRO UNIVERSITÁRIO IMEPAC – ARAGUARI

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS – FELUMA – FCM MG

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA – FCMS JF

FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA – FAME
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ – FMIT
FACULDADE DE MINAS BELO HORIZONTE – FAMINAS BH
FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA – FADIP
FACULDADE UBAENSE OZANAM COELHO – FAGOC
FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR –
UNIVAÇO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS –
PUC-MG
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS –
PUC-MG CONTAGEM
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS –
PUC-MG POÇOS DE CALDAS
UNIVERSIDADE DE UBERABA – UNIUBE
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ – UNIVAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF
UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS – UFLA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS
CENTRO OESTE DONA LINDU DIVINÓPOLIS – UFSJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – UFSJ DOM
BOSCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA – UFV
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E
MUCURI – UFVJM
UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – BELO
HORIZONTE –BH
UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS –
ALFENAS
UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE

Regional Nordeste I

CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC – CESMAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES – UNIT ALAGOAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAS – UNIME LAURO DE
FREITAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC SALVADOR – FTC
SALVADOR
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA – EBMSP
FACULDADE AGES DE MEDICINA – FAM
FACULDADE ESTÁCIO DE ALAGOINHAS – ESTÁCIO
ALAGOINHAS
FACULDADE ESTÁCIO DE JUAZEIRO – FEJUA
FACULDADE PITÁGORAS DE MEDICINA DE EUNÁPOLIS – FPE
FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA –
UNESULBAHIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ – UESC
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL FAMED
MACEIÓ
UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT ARACAJU

Regional Nordeste II

CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS – UNICHRISTUS
CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ –
UNINOVAFAPI
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
CENTRO UNIVERSITÁRIO FACID WYDEN – FACID WYDEN
CENTRO UNIVERSITÁRIO FACISA – UNIFACISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ – FAHESP/IESVAP

FACULDADE DE MEDICINA DE AÇAILÂNDIA – FAMEAC – ESTÁCIO AÇAILÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA – FMO

FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE – ESTÁCIO FMJ

FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE QUIXADÁ – FMEQ

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE

FACULDADE ESTÁCIO DE CANINDÉ – ESTÁCIO CANINDÉ

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

FACULDADE SANTA MARIA – FSM

FACULDADE TIRADENTES DE JABOATÃO DOS GUARARAPES – FITS – UNIT JABOATÃO

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – FCM/UPE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG CAJAZEIRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN CAICÓ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN NATAL

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO – UFERSA

UNIVERSIDADE POTIGUAR – UNP

Regional Norte

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ – CESUPA

CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA – FAMAZ

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS – UNISL

CENTRO UNIVERSITÁRIO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS – UNITPAC

FACULDADE BARÃO DO RIO BRANCO – FAB – UNINORTE

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ – FACIMPA

FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA REUNIDA – FESAR

FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE CASTANHAL – FMEC

FACULDADES INTEGRADAS APARÍCIO CARVALHO – FIMCA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR

INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS S.A – ITPAC CRUZEIRO DO SUL

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ – UEPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE – UFAC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ – UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE VALENÇA – CESVA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA – FOA/ UNIFOA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO – UNESC

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

ESCOLA DE MEDICINA SOUZA MARQUES – EMSM

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
FACULDADE BRASILEIRA – MULTIVIX VITÓRIA
FACULDADE BRASILEIRA DE CACHOEIRO – MULTIVIX CACHOEIRO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE TRÊS RIOS – FCM TR – SUPREMA
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS – FMC
FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS – FMP
UNIVERSIDADE DE VASSOURAS – USS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ
UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY – DUQUE DE CAXIAS – UNIGRANRIO
UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY – BARRA – UNIGRANRIO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA ANGRA DOS REIS
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA CITTÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – UFES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – MACAÉ – UFRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
UNIVERSIDADE VILA VELHA – UVV

Regional São Paulo

CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ – CBM
CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO SALESIANO AUXILIUM – UNISALESIANO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS – FAM
CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO – UNIFAE

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE RIO CLARO – CLARETIANO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SANTA FÉ DO SUL – UNIFUNEC
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA – UNIFEV
CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTÁCIO DE RIBEIRÃO PRETO – ESTÁCIO DE RIBEIRÃO PRETO – UNISEB
CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA – UNILUS
CENTRO UNIVERSITÁRIO MAX PLANCK – UNIMAX
CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA – UNI-FACEF
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO – CUSC
FACULDADE CERES DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FACERES
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA – FACISB
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO – FCMSCSP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – FCM/SJC-HUMANITAS
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – FMJ
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC – FMABC
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU – USP BAURU
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN – FIGSAE
FACULDADE MUNICIPAL FRANCO MONTORO – FMPFM
FACULDADE SANTA MARCELINA – UNIDADE ITAQUERA – FASM
FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC – SLMANDIC ARARAS
FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC – SLMANDIC CAMPINAS
FACULDADES DE DRACENA – UNIFADRA SP
FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO – FIPA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS – PUC-CAMPINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP –SOROCABA

UNIÃO DAS FACULDADES DOS GRANDES LAGOS – UNILAGO

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI – UAM

UNIVERSIDADE BRASIL – UNICASTELO

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA – UNIARA

UNIVERSIDADE DE FRANCA – UNIFRAN

UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES – UMC

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – UNISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP RIBEIRÃO PRETO – FMRP USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP SP

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA – UNOESTE GUARUJÁ

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA – UNOESTE JAÚ

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA – UNOESTE PRESIDENTE PRUDENTE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO – UNESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS – UNIMES

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL – USCS SÃO CAETANO DO SUL

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL – USCS SP

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO – USF

UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU – USJT

Regional Sul I

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES – UNIVATES

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUC-RS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS – UCPEL

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL – UCS

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO – UPF

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS – PASSO FUNDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA – UNIPAMPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

UNIVERSIDADE FEEVALE

UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL – ULBRA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UNIJUÍ

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES – URI ERECHIM

Regional Sul II

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ – UNIDAVI

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO CAMPO MOURÃO – CEI

FACULDADE CAMPO REAL – CAMPO REAL

FACULDADE DE PATO BRANCO – UNIDEP
FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE JARAGUÁ DO SUL – ESTÁCIO
– JARAGUÁ DO SUL
FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ –
FEMPAR
FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE – FPP
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LONDRINA –
PUC-PR LONDRINA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PARANÁ – PUC-
PR CURITIBA
UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
UNIVERSIDADE CESUMAR – CESUMAR MARINGÁ
UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ –
UNOCHAPECO
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA – UNOESC
UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE –
UNICENTRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
CHAPECÓ
UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-
AMERICANA – UNILA
UNIVERSIDADE PARANAENSE DE ENSINO E CULTURA –
UNIPAR
UNIVERSIDADE POSITIVO – UP
UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU – FURB

Fontes e referências bibliográficas

Fontes

Ata da III e IV Sessões da Fundação de Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), 22 de agosto de 1962.

Anais do Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1962 a 2021.

Atas de Assembleia Ordinária e Extraordinária da ABEM, 1962 a 2020 (ausentes os anos de 1964, 1965, 1970-1973, 1991, 1993-2011).

Atas de Reunião do Conselho da ABEM, 1962 a 2011 (ausente o ano de 1968).

Boletins da Abem, 1963 a 2016 (ausentes os anos 1964-1980, 1991, 1992, 1994, 1995)

Estatuto da Abem, 1962, 1994, 2011 e 2019.

Programa de Fundação da Associação das Escolas Médicas do Brasil, 20-22 de agosto de 1962.

Regimento da Abem, 1962, 1975, 2012

Referências Bibliográficas

AFONSO, D. H., POSTAL, E. A., BATISTA, N. A., OLIVEIRA, S. S. > *A escola medica na pandemia de COVID-19*, Brasília: ABEM, 2020. E-book disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/10/EBOOK-A-escola-m%C3%A9dica-na-pandemia-da-COVID-19.pdf> Acesso em agosto de 2011.

ALMEIDA FILHO, N. de Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo, In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

AROUCA, S. *O dilema preventivista - Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*

(1976), São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

BATISTA, N. A., VILELA, R. Q. B., BATISTA S. H. S. S. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015.

BENJAMIN, W. *Sobre o conceito de história – Edição crítica*. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2020.

BRAGA, E. A Unem e a busca por uma medicina humanizada. In: *Relatório da Comissão da Verdade Marcos Lindenberg da Unifesp*. São Paulo: Editora PontoCom, 2021, pp. 255-268.

BRAGA, J. C., PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BUENO, R. R. L., PIERUCCINI, M. C. *Abertura de escolas médicas no Brasil – Relatório de um cenário sombrio*. Brasília: AMB/CFM, 2005

CAMPOS, F. E. Projetos e perspectivas da SGTES/MS, In: *Cadernos ABEM*, v. 2, junho/2006, pp. 95-96.

CAMPOS, G. W. S., PEREIRA JUNIOR, N. A. Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do sistema Único de Saúde: Conquistas e limites, in: *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9): 2655-2663, 2016.

CHAVES, M., ROSA, A. R. *Educação médica nas Américas – O desafio dos anos 90*, São Paulo: Cortez, 1990.

CHARON, R. *Narrative medicine – Honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press, 2006.

CHENAIS, F. (org.) *A finança mundializada*. São Paulo: Boitempo, 2005.

COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90, In: *Dados* 39 (3) 1993.

CVML. *Relatório da Comissão da Verdade Marcos Lindenberg da Unifesp*. São Paulo: Editora PontoCom, 2021. Disponível para download em: <http://www.editorapontocom.com.br/1/67/Comiss%C3%A3o-da-Verdade-Marcos-Lindenberg-da-Unifesp> Acesso em agosto de 2022.

DONNANGELO, C. *Medicina e sociedade - O médico e seu mercado de trabalho*, São Paulo: Livraria Pioneira, 1975;

DONNANGELO, C., PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*, São Paulo: Duas Cidades, 1976.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde - Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SCOREL, S., BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, GERSHMAN, EDLER, SUÁREZ (orgs.). *Saúde e democracia – História e perspectivas do SUS*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 83-117.

EDLER, F. C., FONSECA, M. R. F. A crise da educação médica na segunda metade do século XX, In: ABEM, *Cadernos ABEM*, v. 2, junho 2006.

FALEIROS, SILVA, VASCONCELLOS, SILVEIRA (orgs.) *A construção do SUS – História da Reforma Sanitária e do processo participativo*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, J., DELGADO, L. A. N. *O Brasil republicano: O tempo da Nova República – Da transição democrática à crise política de 2016* (vol. 5). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

FERREIRA, J. R. A formação do médico generalista - contextualização histórica. *Cadernos ABEM*, v. 2, junho/2006, pp. 41-45.

FERREIRA, J. R. A interface entre o PROMED e o Pró-Saúde, In: *Cadernos ABEM*, v. 2, junho/2006, pp. p. 93-94.

FICO, C. *Além do Golpe – Versões e controvérsias sobre 1864 e a Ditadura Militar*. Rio de Janeiro: Record, 2012.

FLEURY, S. (org.) *Projeto Montes Claros - A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Leos, 1997.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no governo Vargas - (1930-1945) Dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007;

FRAGA FILHO, C. *Gestão universitária e liderança do ensino médico*. In: EDLER, F. (org.). *Clementino Fraga Filho – depoimento de um médico humanista*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

FRANCO, A. R., HADDAD, N., FORSTER, A. C., CACCIA-BAVA, M. C. A FMRP-USP em Atividades de ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade, Dentro do Projeto Centro de Saúde Escola. *Medicina Ribeirão Preto*, 35: 425-432, jul./set., 2002.

FRANCO NETTO, G., ABREU, R. *Arouca, meu irmão – Uma trajetória a favor da saúde coletiva*, Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2009.

GONZÁLEZ, A. D., ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

KOSELLECK, R. *Los estratos del tempo – estudos sobre la historia*, Barcelona: Paidós, 2001.

LAMPERT, J. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*, São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

LINDENBERG, M. *Medicina, Civilização e Humanismo*. Discurso datilografado para a turma formada em 1966 pela Escola Paulista de Medicina (EPM). Disponível no Arquivo do CEHFI/UNIFESP.

MACHADO, M. H. (coord.). *Os médicos no Brasil – Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARINS, J. J. N., REGO, S., LAMPERT, J. B., ARAÚJO, J. G. C. *Educação médica em transformação –*

- Instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM/HUCITEC, 2006.
- MARINS, J. J. N., REGO, S. *Educação médica – gestão, cuidado avaliação*. São Paulo: HUCITEC, 2011
- MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira – Impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: HUCITEC, 2012
- MENICUCCI, T. Política de saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: ARRECHTE, M. MARQUES, E., GARIA, C. A. P. (orgs.) *As políticas da política – desigualdade e inclusão nos governos do PT e PSDB*, São Paulo: Unesp, 2019.
- MENICUCCI, T. O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde no Brasil. In: TELLES, E. (org.) *Mais Médicos – As vozes dos atores e os impactos do programa de atenção básica à saúde*, B. H.: editora, UFMG, 2019 (e-book).
- NAPOLITANO, M. 1964 – *História do Regime Militar Brasileiro*. São Paulo: Contexto, 2014.
- NEMI, A. *Entre o público e o privado - Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933-1988)*. São Paulo: HUCITEC, 2021.
- NEMI, A. Da Misericórdia de Lisboa à de São Paulo: Contextos, aproximações e enraizamentos entre os Iluminismos e os novos regimes. In: Alessandra Esteves. (Org.). *O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes*, Maia, PT: Lab2TP, 2021, p. 112-127.
- NEMI, A. Charity and Philanthropy in the History of Brazilian Hospitals. In: Martin Gorsky, Margarita Vilar-Rodríguez and Jerònia Pons-Pons. (Org.). *The Political Economy of the Hospital in History*, Ed. Huddersfield, England: University of Huddersfield Press, 2020, v. 1, p. 61-94.
- NEMI, A., SCHRAIBER, L. Filantropia e assistência à saúde: trilhas, pistas e diálogos possíveis entre números, legislação e histórias vividas. In: MOTA, A. & MARQUES, M. C. C. *História, saúde coletiva & medicina*, São Paulo: HUCITEC, 2018, p. 72-99.
- NOBRE, Marcos. *Imobilismo em movimento – Da abertura democrática ao governo Dilma*. São Paulo: Cia das Letras, 2013.
- NOBRE, Marcos. *Limites da democracia: De junho de 2013 ao governo Bolsonaro*. São Paulo: Todavia, 2022.
- NUNES, E. D. (org.) *Juan César García - Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989
- OLIVEIRA, S. S. et. al. Teste de progresso da ABEM: consolidando uma estratégia de avaliação para o ensino médico, In: RBEM, 46 (1): e061, 2022.
- OSMO, A. & SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição, In: *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015
- PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira - Contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2008.
- PAIM, J. As políticas de saúde e a conjuntura atual, *Saúde Debate*, n. 15-16, p. 8-15, 1984.
- PAIM, J. S., ALMEIDA F., N., Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.
- PINTO, H. A. (org.) *Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado? Ação dos atores e legado institucional*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2021.
- PIRES-ALVES, F. A., PAIVA, C. H. A. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas- Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- PIRES-ALVES, F. A., PAIVA, C. H. A. Entre a ausência em Alma ata e o Prevsaude: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, jul-set. 2021, pp. 643-659.
- PUCCHINI, R. F., ANDREAZZA, R. O Promed e o Pró-Saúde na Unifesp: Contribuições para o aprimoramento do Projeto pedagógico. In: PUCCHINI, R. F., SAMPAIO, L. O. & BATISTA, N.

- A. *A formação médica na Unifesp – Excelência e compromisso social*, São Paulo: UNIFESP, 2008, p. 71-99.
- RATTNER, H. *Rumos do século XXI – A era das incertezas*. São Paulo: EDUSP, 2011.
- REIS, RIDENTI, MOTTA (orgs.) *A ditadura que mudou o Brasil – 50 anos do Golpe de 1964*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- RIDENTI, M. As oposições à ditadura: resistência e integração. In: *A ditadura que mudou o Brasil - 50 anos do golpe de 1964*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014, pp. 30-47.
- RIDENTI, M. *O segredo das senhoras americanas – Intelectuais, internacionalização e financiamento na Guerra Fria cultural*. São Paulo: UNESP, 2022.
- RICARDI, L. M., SIMIZU, H. E., SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. In: *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 155-170, set/2017.
- ROCHA, V. X. M. *Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014*. Dissertação de Mestrado, Santos, Universidade Católica de Santos, 2017.
- ROSA, G. *Manuelzão e Miguilim*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho – Limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SILVA, M. R. B.; FERLA, L. & GALLIAN, D. M. C. História da criação da BIREME. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 91-112, jan.-mar. 2006, Rio de Janeiro.
- STELLA, R. C. R., BATISTA, N. A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, J. J. N., REGO, S., LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. *Educação médica em transformação – Instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM/HUCITEC, 2006, p. 325-345.
- STELLA, R. C. R., ABDALLA, I. G. Avaliação das escolas médicas no Brasil segundo modelo oficial/MEC. In: MARINS, J. J. N. & REGO, S. *Educação médica – gestão, cuidado avaliação*. São Paulo: HUCITEC, 2011, p. 414-438.
- TEIXEIRA, S. F. (org.) *Reforma Sanitária – Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.
- TEIXEIRA, S. F. *Projeto Montes Claros – A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- TELLES, E. (org.) *Mais Médicos – As vozes dos atores e os impactos do programa de atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2019 (e-book).
- UGÁ, M. A., PORTO, S. M., PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs.) *Política e sistemas de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012 (e-book).
- VERAS, R. P. *A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: UERJ, 1981.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. & SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. ALMEIDA FILHO, N. (orgs.) *Saúde coletiva: teoria e prática*, Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 3-12.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *O campo da saúde coletiva – gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*, Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2018.

Desenvolvimento social, assim como a outros países federais e profissionais
 enciados de serviços de saúde, integral após a estes planos, que
 ar-se-ão unidades técnicas e operacionais de referência". Aprovada
 e aclamação, d) Moção aprovada por 36 participantes, assim redigida:
 Considerando a importância das modificações que vem passando o
 sistema de saúde do país, após a criação do Conselho de Desenvolvimento
 e a aprovação da Lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de
 Saúde; Considerando



Associação Brasileira de Escolas Médicas

IV Conferência de Faculdades
 Latino-Americanas de Medicina
 POCOS DE CALDAS - 15 a 23 de Agosto de 1964

... e que inclui
 Diversos níveis de prevenção e assistência
 indimento hospitalar, mas também o a
 vênios que estabeleçam novas formas de fa
 idia, que visam a corrigir as distorçõe
 res que comprometeram a qualidade de
 idio; 2) pedir ao CDS seja estimulada
 sionais de saúde, com integração de verti-
 aplicação mais racional dos recursos humanos

- se planos de emergência que acabem se perpetuando e criando novas
 aborçoes; 3) pedir ao CDS que tais experiências de regionalização
 dnam formas de financiamento de assistência médica, vinculadas
 tamanho de atuação a ser coberto e não a esta mídia

... 20, sejam
 Lei 6.229;
 especial inte
 as atribuições
 trações com
 Conselho
 CDS a reso
 atribuindo p
 formador
 ulamento

1ª fila (da esquerda para a direita)

- 1 - Dr. Halsey Hunt
- 2 - Dr. Damirón Ricart
- 3 - Dr. Afonso Rodrigues Filho
- 4 - Dr. John Hamilton
- 5 - Dr. Kenneth Penrod
- 6 - Dr. Robert C. Berson
- 7 - Dr. Thomas Hunter
- 8 - Dr. Barbardo Moreno
- 9 - Dr. Oriol Arango Mejia
- 10 - Dr. Aguillar Paz
- 11 - Dr. Julio Rodriguez Rivas
- 12 - Dr. Oselo Pinheiro
- 13 - Dr. Rodriguez Gutierrez S.

2ª fila (sentados)

- 1 - Dr. J. Jacques Lussier
- 2 - Dr. José Miguel Torre
- 3 - Dr. Juan Antonio Orzola
- 4 - Dr. Gabriel Velázquez P.
- 5 - Dr. Amador Hegame R.
- 6 - Dr. Ernani Braga
- 7 - Dr. John Cooper
- 8 - Dr. Robert P. Watson
- 9 - Dr. Verdani Caldeira
- 10 - Dr. David Stewart
- 11 - Dr. Caio Benjamin Dias

3ª fila (em cima)

- 1 - Dr. Félix Máquira Vilcoso
- 2 - Dr. Leoncio Gordero J.
- 3 - Dr. Enrique Molina
- 4 - Dr. Guzmán Barrón
- 5 - Dr. Miguel Barrios
- 6 - Dr. Luis Vallejo Vallejo
- 7 - Dr. Eduardo Skewos
- 8 - Dr. Wenceslao Orozco
- 9 - Dr. Di Dio
- 10 - Dr. Roberto F. dos Santos
- 11 - Dr. J. Roberto Ferreira
- 12 - Dr. Vieira de Carvalho

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ABEM 2020-2022

Diretor-Presidente: Nildo Alves Batista
Diretor Vice-Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira
Diretora-Tesoureira: Denise Herdy Afonso
Diretora de Inovação: Eliana Goldfarb Cyrino
Diretor-Secretário: Eduardo Arquimino Postal
Diretor Discente: Carlos Eduardo Meress
Diretor Médico Residente: André Ferreira de Abreu Júnior
Diretor Regional Centro-Oeste: Ana Maria de Oliveira
Diretor Regional Minas Gerais: Gustavo Antonio Raimondi
Diretor Regional Nordeste I: Jorge Carvalho Guedes
Diretor Regional Nordeste II: Daniela Chiesa
Diretor Regional Norte: Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima
Diretor Regional RJ/ES: Paulo Roberto Alves de Pinho
Diretor Regional São Paulo: Aristides Palhares
Diretor Regional Sul I: Leandro Tuzzin
Diretor Regional Sul II: Lara Cristina Leite Guimarães Machado
Representante Coord. Residentes: Douglas Vinicius Reis Pereira
Representante Coord. Residentes: Carlos Roberto Figueiredo Coelho
Representante Coord. Discentes: Hanna Oliveira Ramos
Representante Coord. Discentes: Matheus Del Cistia
Representante Coord. Discentes: Maykon Wanderley Leite Alves da Silva

CONSELHO FISCAL ABEM 2020-2022

Henry de Holanda Campos (titular)
José Diniz Júnior (titular)
Edna Regina Silva Pereira (titular)
Francisco Barbosa Neto (suplente)
Rosuita Fratari Bonito (suplente)
Silvestre Savino Neto (suplente)



60
anos
1962-2022

O plenário da IIª Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas aprove a seguinte

R E S O L U Ç Ã O

a) - A Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), pro
moverá para dentro de breve prazo uma reunião de que
participem, além dela própria, as seguintes entidades,
que convidará:
Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de
Hospitais para elaborar e aprovar um plano e as normas
de Internato e Residência para todo o País, nas regiões
em que houver Escolas de Medicina.

b) - As entidades participantes da Reunião se farão represen
tar por delegados plenipotenciários para assentar o ci
tado plano que se desdobrará em Estatuto, Regulamento e
criação de um Conselho Nacional para a matéria, incluín
do todas e quaisquer medidas e providências para implan
tação e supervisão do sistema de Internato e Residência
para o País.

Poços de Caldas, 19 de agosto de 1964

Pelo grupo B-4,

Roberto Santos
José Hilário
F. Victor Rodrigues

Handwritten notes:
Proposta de
F. Victor Rodrigues

Handwritten signature:
F. Victor Rodrigues

Handwritten name:
Roberto Figueira Santos

Handwritten notes:
do o anteprojeto (três) da ABEM, de autoria do
o, para a reforma das condições e para acompanharm
Assessoria) para a reforma da educação
a Reforma Sanitária. a
da ABEM pelo Prof. Frederico
a) Prof. Waldomiro Carlo Marfisi
Barbosa (Sintese) a) Prof. Waldomiro Carlo Marfisi
cumprimenta a ABEM pelo anteprojeto e comenta algu
cos. Sugere caminhar o documento ao MEC e a
dos núcleos regionais sejam eleitos entre
da UFRJ que os organizadores estudantis regio
o mesmo e Prof. Paula Castro agradece a comunicação
Sérgio Peltendorfer, de Teresópolis adicita a atuação
dos núcleos regionais. A Diretoria responde que este
da ABEM. 3) Relatório Técnico-financeiro da A
mentado pelo Presidente. 4) Palavra dos coordenad
Prof. Heitor Vieira Dourado (Vorte)-propõe que se
a representação estudantil, com sugestão para
dificuldades de reuniões periódicas dadas as dis
mes. Eleger membro docente com a eleição do
culdades de Medicina e o discente durante a
diretório. Aluno da Escola Paulista de Medicina
para eleição da

Registrar os 60 anos da Associação Brasileira de Educação Médica significa para nós, atuais componentes do Conselho Diretor, deixar acesa uma chama do rico processo histórico que, de diferentes formas, busca qualificar a educação médica no Brasil. Mais do que isso, reunir e agregar professores, estudantes, gestores e profissionais de saúde diante dos desafios e questionamentos a respeito dos caminhos e descaminhos da educação médica em nosso país.

Nossa gratidão a todos e todas que compuseram e atualmente compõem a gestão da ABEM (central e regional), garantindo à nossa associação seguir e ampliar seu protagonismo. Com as palavras de Cecília Meireles, expressamos o desejo que a ABEM continue sua trajetória agregadora, propositiva e engajada pela saúde como direito:

*“Todos os dias estarás refazendo o teu desenho.
Não te fatigues logo. Tens trabalho para toda a vida”.*

Conselho Diretor da ABEM
Gestões 2018-2020 e 2020-2022

