

I Colóquio Acadêmico

Palavras do Presidente

A Academia de Medicina de São Paulo fez realizar na nossa capital, em 14 de julho passado, o I Colóquio Acadêmico da FBAM e do CFM. Tendo o apoio e o patrocínio dessas entidades, definimos como tema central o Ensino Médico (EM). Esta escolha não foi, de modo nenhum, aleatória, já que entendemos ser este o principal problema que afeta a Medicina brasileira: em função da proliferação de escolas médicas patrocinada pelo governo PT/PMDB há brutal queda da qualidade do “ensino” nelas ministrado, conforme atestam todas as avaliações sérias realizadas, a começar pelo exame do Cremesp.

É curioso que embora o EM seja assunto de inúmeras mesas-redondas e palestras em Fóruns e Congressos, com conclusões praticamente unânimes no sentido de que “algo” devesse ser feito, nenhuma medida de real alcance prático tenha sido implementada. O fato de que estas discussões, levadas quase à exaustão, não tenham produzido frutos que possibilitem a revisão flexneriana ansiada pela ampla maioria da classe médica nos impulsionou, portanto, na escolha do tema.

O I Colóquio foi extremamente produtivo não só pela qualidade e pela didática de seus palestrantes, mas também pelas discussões suscitadas. Suas principais conclusões foram:

1. A Lei do Mais Médicos, de 2013, por privilegiar a quantidade de médicos, e não sua qualidade, constitui o evento responsável pela desorganização do EM;

2. O EM é indissociável da assistência, donde a necessidade de cenários de práticas ambulatoriais e hospitalares adequados é imperiosa;

3. Como corolário da conclusão anterior, impõe-se que o uso de manequins, de laboratórios virtuais e de simuladores é somente complementar ao aprendizado junto ao paciente;

4. As faculdades de medicina devem investir, de modo contínuo, na qualificação de seu corpo docente; devem criar ambiente favorável ao desempenho de seus professores e ser submetidas a avaliações periódicas;

5. O ensino de Medicina é terminal e o recém-formado deve estar apto a praticar os atos médicos básicos; como consequência, a residência médica não pode ser encarada como etapa complementar à graduação;

6. Há que se estabelecer mecanismos de avaliação, seja dos alunos de graduação (como a Anasem – Avaliação Nacional Seriada do Aluno de Medicina) ou dos egressos (como o exame do Cremesp), que tenham consequências (por exemplo, que impeçam o aluno reprovado pela Anasem no 6º ano médico ser diplomado) e cujos resultados, a nível institucional, sejam tornados públicos. A partir daí se poderão tomar medidas restritivas às instituições com mau desempenho (por exemplo, impedi-las de realizar vestibular até se verificar a melhoria dos resultados).

Esperamos que estas conclusões sirvam de propostas à FBAM e de roteiro aos responsáveis pelo em nosso país.

Um Colóquio de Sucesso

A Federação Brasileira das Academias de Medicina – FBAM programou coordenar, durante a gestão 2016/2018, a realização de colóquios acadêmicos em várias regiões do país, subordinado a temas médicos nacionais.

O I Colóquio Acadêmico da FBAM teve como tema: O Ensino Médico e acaba de ser realizado na cidade de São Paulo, na sede da Associação Médica Brasileira – AMB.

Sua operacionalidade coube à Academia de Medicina de São Paulo, através do seu presidente José Roberto de Souza Barattella, e contamos com o patrocínio do Conselho Federal de Medicina – CFM.

Participaram representantes das entidades: a FBAM, o CFM, o Ministério da Educação, a AMB, a ABEM, a AMSP, a APM, o Sindicato dos Médicos de São Paulo, etc.

Os participantes do evento eram figuras maiores no cenário nacional e abordaram os temas com profundidade, permitindo um debate de alto nível.

Foi um sucesso.

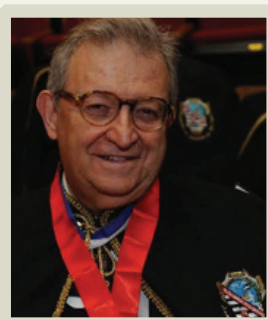
Nosso propósito é que no final possamos elaborar um Documento Oficial com as conclusões e sugestões que deverão ser entregues ao Ministério da Educação, ressaltando a nossa posição diante dos temas discutidos.

Nós, enquanto dirigentes da FBAM, ficamos felizes por estarmos cumprindo o nosso papel: elevar cada vez mais o nome de nossa Entidade, como fizemos recentemente, quando fomos recebidos pela Academia Nacional de Medicina da França e o Hospital Karolinska, na Suécia, uma referência no mundo. E na passagem por Roma fomos recebidos pelo Sumo Pontífice, o Papa Francisco.

Estamos todos de parabéns e, particularmente, a FBAM, que sai engrandecida e gratificada pela realização deste Colóquio; e já com data marcada para novembro deste ano, em Belo Horizonte – MG, quando realizaremos o II Colóquio Acadêmico, com a acolhida que tivemos do presidente da Academia de Medicina de Minas Gerais, o nosso confrade José Raimundo Lippi.

Enfim, os nossos agradecimentos a todos que acreditaram nesse nosso projeto e que colaboraram, direta ou indiretamente, para a sua realização e, desde já, convocamos os confrades de todo o país a se fazerem presentes ao próximo evento.

Saudações fraternas



José Roberto de Souza Barattella
Presidente



José Hamilton Maciel Silva
Presidente da FBAM

Qualificação Necessária do Corpo Docente: Como Atingir, Como Aumentar¹



Antonio Carlos Gomes da Silva, coordenador; membro titular e emérito da cadeira nº 123.

A professora Eliana Amaral, dirige o grupo de avaliação das atividades docentes da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, que está sempre atento ao curriculum do docente e ao seu desempenho, avaliando-o para poder auxiliá-lo no desempenho de sua função.

Para tanto, expos, em excelente sequência, os princípios básicos em que se baseia para poder proporcionar o melhor desempenho docente na universidade.

Principiou pelas linhas mestras da avaliação do pretendente a docente que deve ter competência em vários domínios, a saber:

1. Profissional/Técnico;
2. Docência Nível Superior;
3. Abordagem Científica;
4. Comunicação;
5. Administração.

O docente, ao lado de conhecimento, de habilidades e atitudes, deve ter motivação intrínseca, sua vocação e motivação extrínseca, sua inserção na comunidade científica.

No desempenho de sua função deve ter o foco no estudante, preocupando-se com:

1. O que o estudante deve ou é capaz de fazer;
2. Como ele vai apreender;
3. Como será avaliado.

O professor, por outro lado, deve estar sujeito à avaliação desde a apresentação do programa a ser desenvolvido até o desempenho dos seus alunos. De maneira que na avaliação do programa educacional ou do curriculum: *“The most important purpose of evaluation is not to prove but to improve”*.

Assim, será bom, o docente aquele que acumular:

1. Formação técnica sólida;
2. Formação para docência – Pós-Graduação;
3. Postura e profissionalismo de docente;
4. Competência para trabalhar em equipe.

Ao lado destas qualidades será excepcional se aduzir: Paixão, Prazer, Empatia, Curiosidade, Criatividade, Compromisso e Reflexão.

Mesa-Redonda: Ensino da Ética e Metodologia de Ensino

Tivemos a honra de coordenar a mesa-redonda com os seguintes temas:

1. O Ensino da Ética;
2. Metodologia de Ensino: Experiência com PBL² na Faculdade de Medicina de Marília;
3. Metodologia de Ensino Tradicional.

¹ Conferência da professora dra. Eliana Amaral, titular de obstetrícia e pró-reitora de graduação da Unicamp.

² PBL: *Problem Based Learning* ou Aprendizagem Baseada em Problemas.

Ensino da Ética

Palestra ministrada pelo acadêmico Nelson Grizard, ex-presidente da FBAM (SC), citou, logo de início, o artigo 110 do Código de Ética Médica, segundo o qual é vedado ao médico: “Praticar a medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade ou discriminando aqueles que neguem o consentimento solicitado”.

A formação do médico implica em conhecimento – saber; habilidades – saber fazer; conduta ética – saber ser; exercício profissional – saber exercer.

Para o exercício da medicina são necessários conhecimentos científicos, habilidades e conduta ética e moral.

O exercício da docência exige pontualidade, informação, avaliação de conhecimento do aluno; avaliação do desempenho da disciplina; integração de conteúdos e cumprimento das normas e do PP-P da escola.

A formação médica requer exercício ético e de qualidade técnica e humana da medicina.

É possível e necessário ensinar ética e bioética clínica na graduação? Sim, embora vozes importantes digam o contrário. Há os que creem ser suficiente a atitude ética e deontológica no exercício da medicina, dispensando conteúdos da bioética. Essa constatação indica a necessidade do ensino e do estudo na graduação médica das primeiras noções de ética médica, bioética e bioética clínica.

A Resolução CFM 663/75, no seu artigo 2º reza: “Determinar aos médicos que procurem sempre fazer conhecidas aos estudantes de medicina, todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações encontradas no trato dos doentes”.

A bioética no Código de Ética Médica do CFM tem, na sua Resolução nº 1.939/09, a seguinte redação: civilidade, conflitos de interesse, consentimento, escolhas do paciente, diretrizes antecipadas de vontade, manipulação genética, pacientes terminais, uso de placebo, transplante de órgãos, eutanásia, reprodução assistida.

Estes aspectos, entre outros, tornam obrigatório o ensino de bioética na graduação médica. Há alguns desafios para o ensino, tais como falta de tradição pedagógica e falta de docentes preparados e/ou interessados.

Por último foram apresentadas técnicas didáticas recomendadas para o ensino da bioética clínica: aula dispositiva dialogada; estudo de texto; estudo (discussão) de casos; estudo dirigido; júri simulado; ensino com pesquisa; cinema: análise dos aspectos éticos e bioéticos contidos em filmes.

Metodologia do Ensino: A experiência com PBL na Faculdade de Medicina de Marília

Palestra proferida pelo professor dr. Ivan de Melo Araújo, que iniciou sua apresentação apontando as deficiências do modelo tradicional: desinteresse/apatia em sala de aula; falta de iniciativa; comportamento profissional inadequado dos egressos. Esse modelo educacional tradicional, baseado na transmissão centrada no docente, resulta em aquisição efêmera. Apontou, a seguir, crítica ao ensino médico tradicional destacando: apatia dos alunos em aula; pouca avaliação crítica sobre fontes; baixo conteúdo psicossocial; uso de apostilas com conteúdo restrito; estudo em véspera de exames; avaliação distante das atitudes do educando.

Dando prosseguimento apresentou a proposta da “ABP” de aprendizagem: Centrada no estudante; Formativa e contextualizada; Capaz de acompanhar progressos perante cenário mutante; Desenvolver hábitos de raciocínio crítico; Uso de tecnologia da informação; Formação humanística; Atuação em grupo.

Metodologia de Ensino: A experiência com PBL na Faculdade de Medicina de Marília

Projeto UNI – “Uma nova iniciativa” com os seguintes aspectos: componentes – academia, serviços públicos de saúde e comunidade; modificação do contexto de aprendizagem e metodologias ativas, centradas no estudante; inserção nos processos de saúde populacional; capacitação de docentes facilitadores – desenvolvimento de lideranças; departamentos perdem importância. Após a atividade, cada aluno é instado a avaliar o seu próprio desempenho, o de seus pares e o do tutor e vice-versa. São referidos, na sequência, aspectos relevantes entre os quais destacamos acesso à informação desde os primeiros dias de aula da primeira

série; bases fundamentais sem inserção obrigatória de médicos; laboratório de apoio; ciclos clínicos obrigatoriamente médicos, com matriz multidisciplinar. Entre outros aspectos relevantes estão grade horária com períodos vagos para estudo; provas devolutivas discutidas amplamente. Quanto aos resultados observados são mencionados: o desempenho dos egressos, não inferior aos de cursos tradicionais em boas instituições; alunos adquirem significativa autonomia: pouca demanda dos egressos para atividades de medicina social e saúde da família. Foram enfrentados problemas para a implantação, tais como ceticismo dos docentes/disciplinantes; necessidade de apoio inicial – alunos e pais; criação do programa de orientadores, contando com um docente para cada quatro calouros; sessão conjunta com pais na primeira semana; ênfase na proibição de trote. “Rede social” tem relevância e como observações são referidas: atende a maioria das recomendações de mudanças (DCN); resistência de alguns docentes, principalmente dos 5º e 6º anos. As Unidades dos Serviços para receber não são adequadas, mas a grande maioria fez adaptações, entre outras.

Alguns fatores dificultadores também foram referidos e, entre eles, um referente aos alunos ingressantes, bem selecionados, mas despreparados para metodologias ativas. Resistência de parcela do corpo docente, principalmente no internato, são exemplos das dificuldades encontradas.

Foi ainda incluída a análise de lições aprendidas, ressaltando, entre outras, que o processo carece de firme vontade política e engajamento da direção da instituição.

Finalmente, as lições aprendidas contribuem para a boa formação de profissionais e também para a consolidação do processo.

Metodologia de Ensino Tradicional

Palestra proferida pelo professor dr. Nildo Alves Batista, titular do Departamento da Saúde, Educação e Sociedade da Unifesp, que abordou o tema Formação em Ciências da Saúde, destacando o currículo dos cursos superiores em saúde; as novas diretrizes nacionais curriculares; as novas demandas sociais e o graduando em saúde; os mecanismos de avaliação externa; as propostas de creditações institucional e a certificação profissional.

Ainda no mesmo tema referiu as dicotomias no e do processo de formação; o biologicismo e o hospitalocentrismo; as dimensões ética e humanista; a profissionalização docente; a interdisciplinaridade.

Após essas considerações acrescentou este tópico: E por falar em formação... “Proporcionar uma forma, mas não modelar uma forma. Ao formar estamos oferecendo um continente e uma matriz a partir dos quais algo possa vir a ser” (Figueiredo, 1996).

Passando ao tópico “Currículo e Educação Médica” incluiu os aspectos a seguir mencionados: Formação técnico-científica e ético-humanista sólida com ênfase na propedêutica e na utilização do método clínico, resgatando a dimensão cuidadora do exercício da medicina; Prática profissional como eixo do currículo; Prática profissional perpassando todo o processo do currículo com responsabilidades crescentes do/a estudante em conformidade com sua autonomia na prática; Processo de formação em múltiplos cenários de aprendizagem; Implantação plena da interdisciplinaridade; Integração efetiva de escola médica com o SUS; Valorização de metodologias pedagógicas, que promovam a construção ativa do conhecimento pelo/a estudante; Incorporação de uma política de aplicação contínua, formativa, que promove o aprimoramento contínuo do processo educativo.

A seguir o palestrante focalizou o ensino da prática médica com os seguintes tópicos: Aprendizagem por meio de observação e exemplo; A ética, o modelo médico-paciente, a humanização; A conciliação da docência com a prática médica. Ainda em relação ao ensino da prática médica inclui o ensino extra-hospitalar com referência à aproximação dos/as estudantes às realidades nacional, regional e local de saúde e trabalho e, ainda, o trabalho em equipe. Finalizando, abordou os significados de competência, incluindo as dimensões cognitiva, integrativa, relacional, contextual e afetiva/moral.

Algumas Considerações a Respeito do I Colóquio Acadêmico

Sobre Ensino Médico – - FBAM, CFM e AMSP

A iniciativa de promover este debate merece, sem dúvida, nosso reconhecimento como uma contribuição altamente significativa para a análise de um dos assuntos mais polêmicos dos dias atuais no Brasil. Neste evento foram abordados temas voltados tanto para o ensino, em si, como para a avaliação dos graduandos e para a análise do perfil das escolas de medicina brasileiras.

Como é de conhecimento de todos, estamos vivendo um momento na história da humanidade em que a divulgação de informações e de desinformações está crescendo de forma inimaginável. Este verdadeiro tsunami, movido por interesses de vários setores da indústria, de serviços voltados para a prestação de assistência à saúde, e, infelizmente, também de alguns profissionais de saúde, tem modificado substancialmente o perfil da assistência, aumentando dramaticamente seus custos e comprometendo sua qualidade. A relação “médico/paciente”, fulcro de nossa profissão foi corrompida a ponto de que, nos dias atuais, a avaliação clínica, que era o cerne no passado, passou a ver vista, por parte do “usuário”, entenda-se, pelo paciente (ou “impaciente”...), como “complementar” aos exames de imagem e de laboratório.

Ao mesmo tempo, a educação médica foi se deteriorando progressivamente por vários motivos. Um deles, talvez o mais importante, foi a abertura indiscriminada de escolas médicas, ou de “pseudoescolas” médicas. Tal iniciativa, movida, mais uma vez, por interesses questionáveis, sejam econômicos ou políticos, transformou o Brasil em um dos países do mundo com o maior número de escolas. Entretanto, em sua maioria, tais “pseudoescolas” não têm condições básicas para o ensino, não tem docentes qualificados e não tem hospitais escola.

Não foi por acaso que há um século, nos Estados Unidos, foi promovida uma análise das escolas médicas existentes (*Abraham Flexner – Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching New York: The Carnegie Foundation; 1910*). A conclusão foi que “a existência de muitas destas escolas médicas desnecessárias e inadequadas tem sido defendida pelo argumento de que uma escola médica de baixo padrão é justificada nos interesses da população carente... mas, esta afirmação não é sincera, e, em realidade, é um argumento usado em defesa das escolas de baixo padrão”, e terminou alertando para o fato de que “a cidade pequena necessita dos melhores e não dos piores médicos disponíveis. De fato, o médico rural só pode confiar em seus próprios conhecimentos: não pode recorrer a especialistas, a expertos, a enfermeiros. O bem-estar de seu doente depende apenas de sua competência, de seu conhecimento e de sua versatilidade.”

Para complicar mais um pouco este caos, o número de vagas de residência médica oferecidas anualmente é menos da metade do número de graduandos. Em outras palavras, mais da metade dos alunos que se formam nas escolas e nas “pseudoescolas” recebem um diploma que os habilita ao exercício da profissão, ainda que estejam totalmente despreparados e, obviamente, tentam substituir seu desconhecimento clínico através do abuso de exames e de medicamentos.

Nos dias atuais é extremamente comum que exames de laboratório ou de imagem sejam repetidos em curtos intervalos, quando não diariamente, e que o diagnóstico seja baseado em “achados de exames”, induzindo o médico inexperiente e inseguro a prescrever medicamentos de indicação totalmente descabida. O resultado comum é que os usuários se transformem em “dependentes químicos” e passem a ter sintomas devidos aos efeitos adversos inerentes ao uso dos medicamentos, sintomas estes que induzem o profissional de saúde a prescrever mais medicamentos, formando um círculo vicioso altamente prejudicial. Não



Maurício Mota de Alvelar Alchome, coordenador; membro titular e emérito da cadeia nº 94.

é por acaso que a indústria farmacêutica é uma das mais rentáveis do mundo atual.

Antigamente, tratavam-se os pacientes. Nos dias atuais “tratam-se” doenças, sintomas, achados de exames. Por outro lado, a quebra da relação médico/paciente, faz com que o paciente impaciente não tenha mais seu “conselheiro” de confiança, capaz de orientá-lo e de tranquilizá-lo. Assim, quando tem qualquer sintoma consulta o Dr. Google; levanta hipóteses diagnósticas descabidas; procura o pronto-socorro mais próximo de casa; é atendido por um jovem médico totalmente despreparado que, para satisfazer a instituição onde trabalha, para atender as exigências do impaciente e para garantir sua própria segurança, pede exames; prescreve medicamentos (quanto mais novos, melhor...) e, não raramente, interna o impaciente, de preferência em uma UTI, onde ele será visto cada dia por um médico diferente que, em atenção à logística acima exemplificada, vai continuar pedindo exames e prescrevendo medicamentos, de acordo com “protocolos”. Não é por acaso que todos os hospitais estão crescendo de forma impressionante.

Aliás, a adoção sistemática e universal de protocolos é, em meu modo de ver, outra conduta potencialmente prejudicial. De fato, ao adotar de forma cega um protocolo, o médico esquece que cada paciente é “um” paciente, com características físicas, psicológicas, fisiológicas, genômicas totalmente peculiares. Os protocolos podem ser usados como um roteiro genérico, mas não podem substituir a avaliação clínica individualizada. Não se pode pretender que o uso de protocolos compense e substitua a falta de preparo dos profissionais envolvidos. Se assim fosse, os médicos seriam profissionais totalmente desnecessários. E não esqueçam que muitos dos protocolos divulgados e adotados indiscriminadamente são elaborados por entidades internacionais quem usam critérios inviáveis em nosso país e, não raramente, são movidas, também, por interesses econômicos ou de promoção pessoal ou institucional.

Poderia, aqui, discutir uma série de outros aspectos, como o papel do “ensino a distância”, a assim denominada “indução de necessidades”, o “*disease mongering*” (ou a comercialização das doenças); o impacto da “*defensive medicine*” (medicina defensiva), que eu denomino “*offensive medicine*” e “*expensive medicine*”; e vários outros tópicos entre os quais as consequências funestas da fragmentação exagerada da assistência médica, da falta de comunicação entre os médicos envolvidos e da participação crescente de outros profissionais de saúde que adotam posturas que, no passado, eram de responsabilidade exclusiva do médico. Tais considerações podem parecer fruto de uma fantasia, mas estou convencido que se fizermos uma investigação entre os médicos mais experientes (para não dizer “mais idosos...”), a maioria concordará com elas.

Ao encerrar estas palavras, desejo ressaltar a importância do treinamento dos alunos em aspectos básicos de técnica cirúrgica. Não raramente o médico recém-formado inicia sua vida profissional trabalhando em serviços de emergência. É fundamental, pois, que ele tenha um treinamento técnico básico, suficiente para que possa oferecer uma assistência correta aos pacientes. A adoção de treinamento por métodos de simulação, ainda que possa ser útil, não substitui o treinamento em animais de experimento.

É óbvio que o uso de animais desperta várias dúvidas, particularmente de natureza ética e econômica. É importante, por estas razões, lembrar que existem protocolos que já foram submetidos ao Ministério Público Federal, através dos quais as disciplinas de técnica cirúrgica assumem a responsabilidade de tratar os animais de forma ética, submetendo-os a medidas farmacológicas de pré-anestesia e de anestesia antes de iniciar qualquer procedimento cirúrgico, e sacrificando-os, ao término do procedimento, sob anestesia geral. Ainda que existam custos econômicos inerentes a esta vertente educacional, é óbvio que ela contribui de forma inquestionável para a formação dos estudantes; e, ainda que resulte no sacrifício de animais, seguramente permitirá que muitas vidas humanas sejam salvas.

Termino esta enxurrada de considerações apresentando minhas felicitações às entidades que promoveram este colóquio, na esperança que novos debates sejam promovidos e que sejam divulgados amplamente tanto às associações profissionais e às entidades públicas responsáveis pela assistência à saúde como ao grande público.

I Colóquio Acadêmico sobre Ensino Médico

Introdução

A Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM), Academia de Medicina de São Paulo e o Conselho Federal de Medicina (CFM) organizaram no dia 14 de julho de 2017, em São Paulo, o “I Colóquio Acadêmico sobre Ensino Médico”, constituído por conferências e mesas-redondas que abordaram diferentes aspectos sobre este importante tema.

Coube-me coordenar a mesa-redonda que discuti os seguintes temas:

1. “Avaliação dos Graduandos: O que Fazer com os Reprovados?”, proferido pelo acadêmico Lúcio Flávio Gonzaga Silva, presidente da Comissão de Ensino do Conselho Federal de Medicina;
2. “Avaliação dos Egressos: 12 Anos de Experiência do Cremesp”, proferido pelo dr. Reynaldo Aires de Oliveira, membro da diretoria do Cremesp e professor de medicina legal da FMUSP;
3. “Avaliação das Escolas Médicas”, proferido pelo dr. Milton de Arruda Martins, professor titular da clínica geral e propedêutica do Departamento de Clínica Médica da FMUSP.

Atendendo solicitação do acadêmico José Roberto de Souza Baratella, presidente da Academia de Medicina de São Paulo e como coordenador desta mesa-redonda, apresento uma síntese dos principais aspectos expostos pelos palestrantes, bem como de algumas questões que foram suscitadas durante a discussão desses temas.

Aproveito a oportunidade para agradecer a inestimável colaboração da bióloga Marcia Tenório Delneri, mestre em imunologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas da USP, que participou da redação deste capítulo.

Os temas serão apresentados na ordem em que foram expostos:

1º Tópico – Avaliação dos Graduandos: O que Fazer com os Reprovados?

O acadêmico Lúcio Flávio Gonzaga Silva desenvolveu este tópico destacando os seguintes aspectos: 1. Proliferação de Escolas Médicas no Brasil; 2. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Formação Médica no Brasil; 3. Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem); 4. O que Fazer com os Reprovados na Anasem?; 5. O Olhar do Conselho Federal de Medicina.

1 – Proliferação de Escolas Médicas no Brasil

Inicialmente foram destacados os diferentes ritmos de implantação de novas faculdades de medicina no território brasileiro, que se iniciou no Império, em 1808, em Salvador, na Bahia, fundada por D. João VI. Numa primeira fase, entre 1808 e 1994 (186 anos) foram criadas 82 escolas médicas, distribuídas praticamente por todos os estados da federação. Embora o ritmo de instalação das mesmas não tenha sido regular, podemos dizer que neste período, foi implantada, aproximadamente, uma faculdade a cada dois anos (Figura 1).

Figura 1 – Proliferação de Escolas Médicas (EM) no Brasil
Cronograma de Aberturas de EM/vagas – Informações CFM maio de 2017

Período	Governos	Nº EM criadas/ Nº vagas	Privadas	Federais/ Estaduais
1808 - 1994		82 (9.709)	35	47
1995 - 2002	Governo FHC	45 (3.989)	30	15



Dario Birolini
Membro honorário

2003 - 2010	Governo Lula	50 (4.956)	41	9
2011 - 2016	Governo Dilma	101 (7.921)	61	40
Total		278 (26.575)	167	111

A partir de então, entre 1995 e 2017 (22 anos) foram criadas 196 escolas de medicina, ou seja, cerca de 9,8 novas faculdades por ano. Este ritmo de instalação acelerou-se gradativamente a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foram criadas mais 45 escolas médicas; no governo Lula (2003-2010) foram criadas 50 escolas médicas; e no governo Dilma (2011-2016) foram criadas 101 escolas médicas. Recentemente, o governo Temer já autorizou a criação de mais 10 faculdades de medicina. Hoje, o Brasil, apresenta um total de 278 faculdades de medicina já em pleno funcionamento (Figura 1).

Chama a atenção também a distribuição destas escolas entre públicas e privadas. Até 2002, fim do governo FHC, havia um equilíbrio entre essas instituições, isto é, para um total de 127 escolas havia 62 escolas públicas e 65 particulares. Nos governos Lula e Dilma (2003-2016), em 13 anos, houve uma quebra desse equilíbrio, tendo sido criada 151 novas faculdades de medicina, sendo 102 privadas e 49 públicas, uma proporção de praticamente 2 particulares para cada uma pública (Figura 1).

Essa criação exagerada de novas escolas médicas, em regiões ou cidades sem uma adequada estrutura hospitalar ou com número insuficiente de Unidades Públicas de Saúde, certamente apresentará reflexos negativos na qualidade dos médicos formados nessas instituições.

Pela portaria do MEC nº 13/2013 foram estabelecidos alguns critérios mínimos para a autorização de funcionamento de novas escolas médicas. Por esses critérios as cidades deveriam ter pelo menos 70.000 habitantes; haver um hospital de ensino com capacidade de cinco ou mais leitos do SUS por aluno; e as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ter uma proporção máxima de 3 alunos por profissional em atividade. Além disso, os hospitais de ensino deveriam apresentar unidades de urgência e emergência e programas de residência médica.

Atualmente essas 278 escolas médicas oferecem um total de 26.575 vagas anuais (Figura 2). Desse total de 278 escolas, 120 são públicas e 158 são privadas e, entre as particulares, o custo médio da mensalidade é de R\$ 6.949,91, com variação entre R\$ 5.514,99 em Santa Catarina e R\$13.000,00 em Mato Grosso do Sul. Observa-se que os estados de São Paulo e Minas Gerais apresentam a maior concentração dessas instituições, num total de 92 faculdades, sendo 48 em São Paulo (4.954 vagas) e 44 em Minas Gerais (3.900 vagas). Numa concentração menor, sete estados da federação, apresentam uma proporção variável de 19 a 10 escolas médicas, sendo pela ordem de grandeza, os estados do Rio de Janeiro (19 – 2.354 vagas); Bahia (18 – 1.569 vagas); Paraná (16 – 1.627 vagas); Rio Grande do Sul (16 – 1.462 vagas); Santa Catarina (15 – 907 vagas); Pernambuco (10 – 1.110 vagas) e Goiás (10 – 908 vagas).

Figura 2 – Proliferação de Escolas Médicas no Brasil

UF	Número de escolas	Vagas	Federais e Estaduais	Particulares	Médias mensais (R\$)
São Paulo	48	4.954	18	30	R\$5.842,21
Minas Gerais	44	3.900	18	26	R\$6.881,68
São Paulo	42	4.954	18	24	R\$5.842,21
Bahia	18	1.569	11	7	R\$6.028,48
Paraná	16	1.627	11	5	R\$5.842,21
Rio Grande do Sul	16	1.462	11	5	R\$5.842,21
Santa Catarina	15	907	11	4	R\$5.842,21
Pernambuco	10	1.110	11	0	R\$5.842,21
Goiás	10	908	11	0	R\$5.842,21
Paraná	9	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	8	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	7	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	6	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	5	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	4	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	3	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	2	1.011	11	0	R\$5.842,21
Paraná	1	1.011	11	0	R\$5.842,21
Total	278	26.575	100	178	R\$6.548,88

2 – O Conselho Federal de Medicina e a Formação Médica no Brasil

Na resolução DCN RS CNE/CES nº 03/2014, em seu artigo terceiro, o CFM define de maneira ampla as características que um aluno recém-formado em medicina deve ter adquirido quanto aos aspectos cognitivos; as habilidades profissionais; os seus compromissos éticos, não só em relação aos seus pacientes, mas também em relação à sociedade.

Esse artigo tem a seguinte redação:

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

Se analisarmos com certa profundidade os termos desta proposição e a realidade de muitas escolas médicas no Brasil, que apresentam deficiências nas suas infraestruturas e na qualidade de seus corpos docentes, concluiremos que há uma grande contradição entre o ritmo de expansão das escolas médicas autorizadas pelo MEC e o ideal de qualidade pretendido pelo CFM para a formação do médico brasileiro, refletindo-se na qualidade da assistência ao paciente sob seus cuidados.

Numa avaliação feita recentemente pelo MEC em 154 escolas médicas, utilizando o CPC como indicador de qualidade, observou-se que 92 faculdades (59%) obtiveram conceitos igual ou inferiores a 3; 34 (22%) obtiveram nota 4 e nenhuma atingiu a nota máxima 5. Dentre essas escolas, 28 apresentaram conceito “insuficiente”. Esses números, embora parciais, refletem as deficiências apresentadas pela maioria de nossas escolas de medicina, com reflexo imediato na qualidade dos profissionais formados.

Na prática constata-se uma deficiente avaliação das escolas médicas pelos órgãos competentes do MEC, não só utilizando metodologias muitas vezes inadequadas, mas o que é pior, ocorrendo frequentes mudanças nos critérios avaliatórios utilizados, comprometendo a validade das conclusões a médio e longo prazo.

3 – Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – Anasem

Na expectativa de corrigir a deficiência na avaliação das Escolas Médicas Brasileiras, o Ministério da Educação (MEC), em outubro de 2013, por meio da Lei nº 12.871 instituiu a Anasem (Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina), cujo objetivo, definido em seu artigo 9º, tem a seguinte redação: “É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada dois anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 anos, conforme ato do Ministério de Estado da Educação.”

A Anasem foi instituída inicialmente pela portaria MEC 168/2016, que logo a seguir foi modificada pela portaria MEC 982/2016, atualmente em vigor.

Por esta portaria, em seu artigo 3º, a Anasem deve articular-se com a Revalida e o artigo 5º, estabelece que a Anasem é obrigatória e sua regularidade é condição para a diplomação.

Para a implantação da Anasem foi estabelecida uma parceria entre o Inep e a Abem, na qual cabe ao Inep a parte operacional e à Abem a parte acadêmica. Foi também estabelecido o prazo até 2020 para construir a matriz e completar-se o ciclo de avaliações que devem ser repetidas no 2º, 4º e 6º ano do curso.

4 – O que Fazer com os Reprovados?

Neste tópico o palestrante apresentou várias opções e os respectivos resultados de uma pesquisa de opinião de uma amostra representativa da população brasileira, que se posicionou sobre o tema e que foi organizada pelo Instituto Data Folha. Sob este aspecto merecem referência os seguintes quesitos:

1. O governo avalia ou fiscaliza a formação médica?

57% dos entrevistados afirmaram que o governo não avalia ou fiscaliza a formação dos médicos no Brasil; 24% responderam sim a esse quesito, e 19% não souberam responder.

2. Você aprova a realização de exames para estudante de Medicina?

76% da população aprova a realização de exames para comprovar conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos dos cursos de Medicina.

3. Como avaliar os estudantes de Medicina?

84% manifestaram-se favoráveis às avaliações no 2º, 4º e 6º ano do curso.

4. O que fazer com os estudantes de Medicina do 2º e 4º ano que tiverem notas baixas?

Neste item, 66% da população considerou que o aluno deveria repetir as disciplinas insuficientes; 26% consideraram que o aluno deveria repetir o ano letivo; e 8% consideraram que o aluno poderia continuar o curso, sem nenhuma consequência.

5. O que fazer com as Escolas cujos alunos não apresentaram resultados satisfatórios?

62% consideraram que as Escolas deveriam melhorar as disciplinas deficientes; 23% opinaram que as Escolas deveriam diminuir o número de vagas; 12% sugeriram que o curso deveria ser fechado; 4% consideraram que as Escolas não deveriam ser penalizadas.

6. Qual o momento que as Escolas deveriam ser penalizadas?

50% consideraram que as escolas deveriam ser penalizadas após 3 anos de resultados insatisfatórios; e 47% opinaram que as Escolas já deveriam ser penalizadas no 1º ano após os resultados deficientes.

7. Os alunos com desempenho insuficiente nas provas do 6º ano devem receber diploma?

91% consideraram que o aluno não deveria receber o diploma de médico nem exercer a medicina; 9% opinaram que o aluno deveria receber o diploma e exercer a medicina.

8. Quais os profissionais que despertam mais confiança entre os brasileiros?

Nesta questão os médicos foram os profissionais que obtiveram maior porcentagem de confiança entre a população, com 26% de opiniões favoráveis, seguidos dos professores com 24% e pelos bombeiros com 15%. Os pastores obtiveram 6%, os padres 5% e os policiais também 5%. Com 4% apareceram os juizes e jornalistas e com 3% engenheiros e advogados (Figura 3).

Embora a medicina goze de elevado conceito na população é importante que os critérios avaliatórios dos cursos de medicina sejam aperfeiçoados e aplicados de forma continuada por vários anos, para que possamos identificar as falhas na sua formação e propor processos corretivos, para que seja melhorada a qualidade da Medicina oferecida à população brasileira.

Figura 3 – Confiança Profissional (Data Folha 2016)

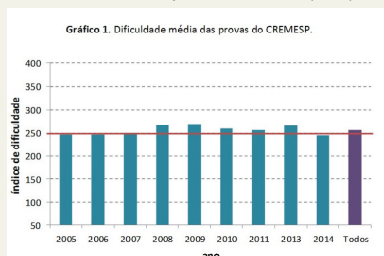


2º Tópico – Avaliação dos Egressos: 12 Anos de Experiência do Cremesp

Este tópico da mesa-redonda foi desenvolvido pelo professor Reynaldo Aires de Oliveira.

Inicialmente foi apresentado um gráfico demonstrativo da dificuldade média das provas do Cremesp baseado na Teoria da Resposta ao Índice (TRI), a que foram submetidos os egressos das Escolas Médicas, entre 2005 e 2014, aos quais o índice de dificuldade permaneceu homogêneo, nesse período, com variação mínima em torno do valor 250, num intervalo entre 50 e 400 (Figura 4).

Figura 4 – Equalização dos Exames Cremesp – Teoria da Resposta ao Item (TRI)



No ano de 2016, inscreveram-se um total de 4.099 egressos, dos quais 2.835 formaram-se no estado de São Paulo. Constatou-se uma ausência total na prova de 14,2%, sendo de 5,6% a ausência entre candidatos do estado de São Paulo.

Dos 2.677 egressos do estado de São Paulo que participaram dos exames do Cremesp no ano de 2016 verificou-se que a média total alcançada foi de 57,25 pontos, numa escala de zero a cem, sendo que os egressos das Escolas Públicas obtiveram a média de 63,81 pontos, enquanto aqueles formados em escolas privadas atingiram índice menor, ou seja, 53,76 pontos.

Comparando-se os anos de 2015 e 2016 verificou-se que o índice de reprovação, tendo como referência a nota 6, foi de 48,1% em 2015, enquanto em 2016 esse índice foi maior, ou seja, 56,4%, superando os 50% dos candidatos.

Quando comparamos no ano de 2016, os resultados dos egressos do estado de São Paulo (2.677 participantes) com os candidatos formados em outros estados (840 participantes), constatamos que os egressos de outros estados obtiveram menor índice de reprovação (43,1%) do que os formados no estado de São Paulo (56,4%).

A avaliação desses resultados permite várias considerações embora com conclusões não definitivas.

Uma primeira consideração é que o ensino de medicina fora do estado de São Paulo seria de melhor qualidade. Entretanto, os números apresentados não permitem essa conclusão, porque a amostragem de ambos os grupos não é homogênea. Em São Paulo todos os formandos são obrigados a participar da prova, enquanto os candidatos de fora se inscrevem por opção individual e sua composição não é representativa do conjunto das Escolas Médicas do Brasil.

Por outro lado os formandos de outros estados ao inscreverem-se voluntariamente, certamente tem uma motivação pessoal que é determinante, e como consequência, provavelmente realizaram uma preparação cuidadosa para as provas. Do contrário, não se justificaria essa decisão de competir fora de sua região. Apesar dessa particularidade o índice de 43,1% de reprovação não pode ser considerado um resultado muito satisfatório.

No exame do Cremesp de 2016, quando avaliamos o nível das notas por disciplinas, verificamos que os candidatos obtiveram melhores médias em clínica cirúrgica, pediatria e ciências básicas.

Outro tópico avaliado foi o perfil dos egressos definido por respostas a questionários individuais. Entre 2005 e 2011 foram computados 1.734 questionários e entre 2013 e 2015 foram analisados 5.569 questionários. No ano de 2012 esses questionários não foram aplicados.

Segundo o sexo, entre 2005 e 2011, 48,56% pertenciam ao sexo feminino e 47,81% ao sexo masculino. Nos anos seguintes, entre 2013 e 2015, aumentou a frequência do sexo feminino, ou seja, 56,55% contra 43,55% do sexo masculino. Essa tendência de maior frequência do sexo feminino, entre os estudantes de medicina, tem-se acentuado nas últimas décadas e já no início deste século há um nítido predomínio do sexo feminino.

Quanto à idade dos egressos observa-se que entre 2005 e 2011 havia um discreto predomínio de formandos com idade até 24 anos (49,15%), enquanto os egressos com idade entre 25 e 29 anos (45,5%) representam o 2º grupo mais frequente.

Nos anos seguintes, entre 2013 e 2015, quanto à idade, houve uma inversão dos grupos mais frequentes, ou seja, o grupo predominante (58,25%) formou-se com a idade entre 25 e 29 anos, enquanto os egressos com até 24 anos representaram 31,73% do conjunto.

Estes dados refletem uma nova realidade, isto é, os estudantes de medicina estão iniciando o curso numa fase mais tardia. Uma possível razão é que está aumentando a concorrência nos exames vestibulares, que se traduz pelo aumento do número de candidatos por vaga na maioria das instituições de ensino médico.

Quanto à renda familiar, quando comparamos o período entre 2005 e 2011, com o período entre 2013 e 2015 verificamos que no 1º período, a maior frequência em ordem decrescente, ocorreu no grupo com renda familiar acima de 30 salários mínimos (29,76%). Em 2º lugar aqueles com renda familiar entre 11 e 20 salários mínimos (26,87%); em 3º lugar os que apresentavam renda entre 21 e 30 salários mínimos (22,32%) e, em 4º lugar, os egressos cuja renda familiar era entre 3 e 10 salários mínimos.

No segundo grupo houve grande variação entre as faixas salariais. Em 1º e 2º lugar estão, respectivamente, as faixas entre 11 e 20 salários (33,27%) e entre 3 e 10 salários mínimos (30,36%). Chama a atenção que a faixa acima de 30 salários mínimos, que era predominante, agora ocupa o 4º lugar com 13,32%.

Por esses números constata-se que aumentou, nos últimos anos, a frequência de egressos que procedem de famílias com menor renda familiar. A pergunta que se impõe é: Essa nova composição do poder aquisitivo entre estudantes de medicina é consequência de adoção de políticas governamentais de maior inclusão social?

Quando consideramos a escolaridade dos pais constata-se, em todos os períodos analisados, a grande influência representada pelo fato dos

progenitores serem portadores de curso superior, elevando a frequência para mais de 70% do total de egressos.

Um aspecto que chama a atenção é a presença de médico na família dos egressos. Quando comparamos os períodos de 2005 a 2011, e, de 2013 a 2015, houve uma redução respectiva da presença de médico na família de 39,97% para 32,18% entre os egressos. Embora essa proporção em ambos os períodos seja significativa, observamos, por outro lado, que houve um crescimento da proporção de egressos em que não há médico na família. A frequência desse grupo passou de 43,31% para 66,12%, com aumento significativo no último período (2013-2015).

Esses números reforçam a impressão de que são reflexos complementares do aumento da frequência dos egressos procedentes de famílias com menor poder aquisitivo.

Outro aspecto que chama a atenção entre os egressos é que mais de 80% frequentaram todo o ensino médio em escolas particulares. Essa ocorrência é um reflexo da decadência das escolas públicas de ensino médio que se acentuou gradativamente nas últimas cinco décadas.

Para uma melhor definição do perfil dos egressos das Escolas Médicas é interessante verificar o local onde pretendem atuar como médico. É notória a opção por exercer a medicina na mesma cidade que concluiu o curso com proporções de 73,5%, no período entre 2005 e 2011, e de 54,4% no período entre 2013 e 2015. Estes números refletem a ocorrência de grande concentração de médicos nas cidades que abrigam Escolas de Medicina.

Aproximadamente 90% dos egressos pretendem realizar residência médica. As especialidades preferenciais encontram-se na Figura 5.

Como encerramento dessa avaliação foi apresentada pelo Cremesp uma proposta de avaliação de todas as Instituições de Ensino Médico do Estado de São Paulo.

Essa avaliação seria realizada em duas etapas: 1ª etapa – exame no terceiro ano abrangendo Bases da Ciência Médica; 2ª etapa – exame no quinto ano abrangendo a Prática Clínica.

Para os egressos com notas insuficientes seria oferecido um “curso de revisão”, organizado em convênio do Cremesp com o corpo clínico do Hospital Albert Einstein.

Outro aspecto importante para valorizar a realização dos exames do Cremesp é que a participação do egresso, independente da nota obtida, seria critério para admissão nos concursos de Residência Médica, admissão nas Unimed, nas seleções nos hospitais e serviços públicos e em serviços privados.

Figura 5 – Primeira opção como residência médica em 5.569 questionários respondidos de graduandos de medicina em pesquisa do Cremesp entre 2013 e 2015.

	N	%
Clínica Médica	1674	30.10
Cirurgia Geral	910	16.30
Pediatria	586	10.5
Ginecologia e obstetrícia	430	7.70
Psiquiatria	365	6.6
Anestesiologia	363	6.50
Oftalmologia	348	6.2
Ortopedia e traumatologia	325	5.8
Otorrinolaringologia	189	3.4
Saúde pública ou PSF	119	2.10
Neurocirurgia	111	2.0
S/inf	96	1.7
Anatomia Patológica	53	1.00
Total	5569	100

3º Tópico – Avaliação de Escolas Médicas

Esta palestra foi proferida pelo professor dr. Milton de Arruda Martins.

Inicialmente foram feitas considerações sobre a proposta de implantação do “Sistema de Acreditação de Escolas Médicas no Brasil” (Saeme).

Objetivos do Saeme

Este programa foi proposto em junho de 2016 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em convênio com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) para credenciar as escolas médicas que possuam os requisitos necessários para a formação de médicos com os padrões de qualidade considerados ideais por essas duas entidades.

O Saeme apresenta como principal objetivo ser um sistema de avaliação e aprimoramento da qualidade dos cursos de medicina brasileiros, bem como, tornar-se um sistema de acreditação reconhecido internacionalmente. A importância desse reconhecimento internacional prende-se ao fato de que as entidades médicas dos Estados Unidos da América, do Canadá e da Europa estarem estabelecendo normas de que só aceitarão médicos estagiários estrangeiros quando forem diplomados em faculdades de medicina reconhecidas internacionalmente.

Na declaração de implantação do Saeme feita pelos CFM e Abem são reafirmados os compromissos dessas entidades com a formação de médicos com padrões éticos e com competência adequada para o exercício profissional de acordo com as necessidades de saúde da população brasileira.

Ética, transparência, e independência e responsabilidade social são valores e compromissos inalienáveis que devem ser cultivados pelos médicos no exercício profissional.

Ancorados nesses princípios o Saeme tem como escopo oferecer à sociedade um sistema de acreditação para o exercício médico inspirado em experiências de sucesso realizadas em vários países, como o “*Liaison Committee*”, processo oficial de acreditação de cursos médicos nos Estados Unidos da América e Canadá.

O Saeme define acreditação como um processo de reconhecimento formal da qualidade de serviços médicos oferecidos por uma instituição de ensino. O conceito de suficiência emitido pelo Saeme é baseado em avaliação padronizada por um organismo independente, comprovando que a escola médica avaliada atende os requisitos previamente definidos e que têm competência para realizar seu papel formador de modo eficaz e seguro, dentro de um processo transparente.

O Saeme pretende preencher a demanda de maior participação das escolas médicas, das entidades profissionais e da sociedade no desenvolvimento de uma visão crítica sobre a qualidade da formação médica no Brasil, bem como, apresentar à sociedade um processo de acreditação transparente e independente.

A adesão voluntária das instituições de ensino ao Saeme contribuirá para que o país tenha um profissional melhor formado, mantendo a medicina brasileira no mesmo patamar de referência internacional.

Estado atual da implantação do Saeme

O projeto de acreditação lançado pelas entidades CFM – Abem em junho de 2016 tem a previsão de estar totalmente implantado em três anos (2019). Do ponto de vista prático o Saeme já iniciou seu processo de implantação no mesmo ano de 2016. Nessa fase de lançamento a expectativa do Saeme era analisar 20 cursos de medicina. Entretanto, já nessa primeira etapa, inscreveram-se voluntariamente para serem avaliadas 31 escolas médicas. A proposta do Saeme é que esse processo de acreditação se instale progressivamente nos próximos 2 anos e venha atingir as demais faculdades de medicina do país.

Critérios utilizados pelo Saeme.

O instrumento de avaliação de cursos de graduação de Medicina abrange cinco componentes: Gestão Educacional; Programa educacional; Corpo Docente; Corpo Discente; e Ambiente Educacional.

Para cada componente foram estabelecidos indicadores que resultam nos conceitos de suficiência ou insuficiência. A comissão avaliadora, para definir esses conceitos, exige da instituição avaliada uma ampla discussão junto ao seu corpo social, bem como o preenchimento de um relatório autoavaliatório que deve ser comprovado com evidências que demonstrem que os dados apresentados são verídicos.

Após o preenchimento pela instituição avaliada de um instrumento autoavaliatório denominado “Indicadores de Qualidade do Curso”, que abrange os seguintes aspectos: gestão educacional; programa educacional; corpo docente; corpo discente; e infraestrutura, a comissão avaliadora analisa as respostas e as evidências apresentadas.

Cumpridas essas etapas é agendada pela comissão avaliadora uma visita à instituição, a qual tem por objetivo conferir *in loco* as informações fornecidas.

Após essa visita a comissão emite um parecer final, que é encaminhado à instituição, para que a mesma tome ciência dos aspectos positivos e negativos e utilize essas informações para corrigir as insuficiências identificadas.

A expectativa do CFM e da Abem é que o Saeme, ao identificar os problemas e as áreas de excelência nos diferentes cursos de Medicina analisados, essas instituições criem, entre si, uma rede de colaboração e que haja um aperfeiçoamento de todos os cursos participantes desse importante programa, colocando-o dentro dos melhores padrões internacionais.

Essas diretrizes seguidas pelo Saeme estão de acordo com os mesmos critérios estabelecidos pela *World Federation of Medical Education* e o objetivo final é que o Saeme seja reconhecido por essa instituição.

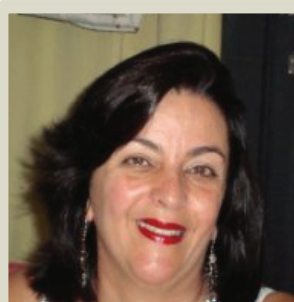
Referência Internacional dos Processos de Acreditação

A importância e a urgência de implantação de um sistema oficial de acreditação das Escolas Médicas do Brasil prende-se ao fato de que a *Educational Commission for Foreign Medical Graduates* (ECFMG) dos Estados Unidos anunciou que, a partir de 2023, os médicos que se inscreverem para obter a certificação do ECFMG deverão ser graduados em uma Escola Médica que tenha sido acreditada através de um processo formal em seu país de origem.

Uma condição essencial é que esse sistema de acreditação utilize critérios comparáveis aos estabelecidos para as Escolas Médicas Americanas pelo *Liaison Committee on Medical Education* ou que utilize outros critérios internacionalmente aceitos.

O *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) é reconhecido pelo Departamento de Educação dos EUA como a autoridade jurisdicional para acreditação de programas de educação médica com competência de emitir diplomas de Medicina.

Desenvolvimento Atual dos Trabalhos do Saeme



Marcia Tenório Delneri
bióloga

Até o momento 23 cursos de Medicina já concluíram a fase de autoavaliação e apresentação de evidências e enviaram toda a documentação ao Saeme. Esses 23 cursos já foram visitados pela comissão do Saeme, dos quais, 19 receberam acreditação com recomendações de aprimoramento, as quais serão reavaliadas num prazo de 3 anos.

As comissões de avaliadores são compostas predominantemente por 53% de doutores, 22% de mestres e 12% por especialistas.

Como um importante objetivo desse programa é o reconhecimento internacional do padrão das Escolas Médicas acreditadas pelo Saeme, a comissão de implantação já realizou em 2015, visita oficial ao *General Medical Council*, em Londres, e em abril de 2017 ao *Liaison Committee*, em Washington.

Com as providências até o momento executadas, o Saeme já iniciou o processo de candidatura para o reconhecimento da *World Federation of Medical Education* (WFME).



José Carlos Souza Trindade
coordenador e titular da
cadeira nº 32

Academia de Medicina de São Paulo – Gestão 2017-2018

Presidente: José Roberto de Souza Baratella
Vice-presidente: José Carlos Prates
Secretário Geral: Antonio Carlos Gomes da Silva
Secretário Adjunto: Adnan Naser
Primeiro Tesoureiro: Sergio Paulo Rigonatti
Segunda Tesoureira: Linamara Rizzo Battistella

Comissão de Patrimônio:

Guido Arturo Palomba
Jayme Murahovschi
Sergio Almeida Oliveira

Conselho Científico:

Arary da Cruz Tiriba
Conceição Aparecida de Mattos Segre
Luiz Fernando Pinheiro Franco

Diretor Cultural: Maurício Mota de Avelar Alchorne

Diretor de Comunicações: Helio Begliomini

Ex-editores do Asclépio

2010-2011 - Affonso Renato Meira

2011-2016 - Conceição Aparecida de Mattos Segre

Normas para Publicação no Asclépio

O *Asclépio* é o boletim da **Academia de Medicina de São Paulo**. Publica matérias de autoria de seus membros titulares e honorários, desde que estejam de acordo com as normas de publicação. As matérias serão publicadas depois de aprovadas e de acordo com a ordem de recebimento. As pautas serão encerradas, respectivamente, em 30 de junho e 31 de dezembro.

A **Academia de Medicina de São Paulo** não se responsabiliza pelos conteúdos das matérias assinadas pelos acadêmicos.

Os artigos, não mais de 2100 palavras, devem ser enviados ao editor no endereço contato@academiamedicinasaopaulo.org.br, na seguinte formatação: A4 com espaçamento 1,5; margens laterais de 2,5 cm; margens verticais de 3,0 cm e fonte Times New Roman, tamanho 12.

Os artigos devem se enquadrar nas seguintes seções:

Editoriais: Espaços reservados ao presidente da **Academia de Medicina de São Paulo** e ao editor do *Asclépio* ou a acadêmicos por eles indicados.

Efemérides: Notícias variadas e relevantes sobre o sodalício e os acadêmicos.

Contemporâneo: Artigos sobre atualidade relacionados à saúde e/ou medicina.

Memória: Biografias de antigos membros da **Academia de Medicina de São Paulo**.

Histórico: Relatos de fatos históricos concernentes a pessoas ou instituições, vinculados à área da saúde.

Opinião: Pontos de vista sobre assuntos atuais relacionados à saúde ou medicina.

Cultura: Poesias, crônicas, contos e ensaios.

Editor: Helio Begliomini