

Comentário a “Reflexões sobre a Inserção de Médicos Assistenciais como Educadores em Hospitais Comunitários”

Commentary on “Reflections on the Inclusion of Direct-Care Physicians as Educators in Community Hospitals”

ROSANA ALVES^{1,2} 

R E S U M O

O artigo de Sweigart et al. apresenta preocupações, desafios e proposições para o momento em que nos encontramos, tanto no cenário nacional como internacional, a necessidade de uma diversidade de cenários de prática médica assistenciais que desenvolvam concomitantemente, o ensino. A formação médica passa a ocorrer fora do hospital vinculado à escola médica, em hospitais vocacionados para a assistência, chamados no artigo como comunitários ou gerais. No Brasil, em sua maioria, estes hospitais estão sob gestão municipal ou estadual.

Palavras-chave: Educação Médica. Preceptorial. Hospitais Comunitários. Sistema Único de Saúde. Faculdades de Medicina.

INTRODUÇÃO

O desafio posto abrange transformar unidades de saúde em espaços docente-assistenciais, com isso, médicos de hospitais gerais, responsáveis diariamente pelos pacientes internados (rotina de enfermagem), assim como médicos que atuam no setor de emergência ou em equipes de saúde da família, com atuação na comunidade e até em centros de referência de especialidades, mudem sua prática exclusiva assistencial para docente-assistencial. Estes médicos que se dedicavam exclusivamente à assistência, iniciam atribuições de ensino, às vezes contra sua vontade ou vocação, devido ao aumento de escolas médicas e implantação de programas de residência médica.

No Brasil, após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em medicina (Brasil, 2001; Brasil, 2014), o ensino médico passa a ser desenvolvido nos três níveis de atenção com ênfase no internato médico, supervisionado por médicos do serviço, os preceptores. Somado a isso, houve um aumento do número de escolas médicas, provocado por uma combinação de fatores relacionados a demandas

de saúde pública, políticas governamentais, interesses econômicos e a expansão do ensino superior no país. Os principais fatores incluem a necessidade de atender a um número crescente de pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS) que motivou a formação de mais médicos, especialmente em áreas com escassez de profissionais, como regiões Norte e Nordeste; a Política do programa “Mais Médicos”, lançado em 2013, como resposta à falta de médicos em diversas regiões do Brasil, que incentivou a abertura de escolas médicas, principalmente no setor privado, em que muitas instituições viram na criação de cursos de medicina uma oportunidade lucrativa devido à alta demanda por vagas e mensalidades elevadas. Atualmente, o Brasil conta com 374 cursos de graduação em medicina (Brasil, 2013; Roberti, 2016).

Embora a ampliação tenha trazido benefícios, como maior capilaridade do ensino médico, também gerou desafios significativos, como a qualidade do ensino e a supervisão insuficiente em cenários de prática.

Na maioria das vezes, o médico do setor necessita adaptar-se ao cotidiano de ensinar enquanto presta assistência e, para tal, deve dispender mais tem-

1 - Centro Universitário FAESA - Vitória - ES - Brasil.

2 - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação - Vitória - ES - Brasil.

po, além de desenvolver de habilidades pedagógicas. Torna-se premente a formação pedagógica de preceptores, assim como o desenvolvimento de tecnologias educacionais mais acessíveis para ensino, como vídeos educativos e palestras curtas, para facilitar o aprendizado em cenários clínicos com alta carga assistencial, sem tempo para o aprimoramento de uma discussão clínica.

Um outro fator preocupante é a inexperiência de médicos recém-formados, visto que no Brasil, tão logo o egresso de curso médico termine sua graduação, ele é registrado do Conselho Regional de Medicina para atuação em postos de trabalho que não exigem uma pós-graduação, são médicos saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos (Rego, 2012), com autorização para realizar atendimentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e até em enfermarias, muitas vezes sem nenhum processo seletivo e sem vínculo empregatício. O vínculo tem se tornado precário e terceirizado sob gestão de Organizações Sociais (OS), empresas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos (Brasil, 1998).

Espera-se, como contrapartida à utilização do cenário de prática assistencial municipal ou estadual, que a escola médica assuma a formação pedagógica de preceptores do serviço e às vezes, técnica, como exemplo uma atualização de protocolos clínicos.

As estratégias para um ensino médico de qualidade para estudantes e residentes, em todos os cenários de prática, encontram-se descritas a seguir:

- Definição de objetivos de aprendizagem e de competências para a atuação do egresso da graduação e da residência médica, com metas claras e alinhadas aos currículos, com responsabilização pela saúde da população. Assim como, sua divulgação incessante aos gestores responsáveis pelas unidades de saúde, pois em alguns casos parece haver total descompasso entre o

ensino e a assistência (Brasil, 2014; Brasil, 2021);

- Criação de trilhas formativas específicas, onde a escola médica se responsabilizasse pelo território ou município onde está inserida, alinhada às sociedades médicas científicas para auxiliar as atualizações técnicas dos preceptores, residente e internos, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, que ajuda os profissionais a entender e atender às necessidades de saúde da população (Brasil, 2013a);

- Treinamento de preceptores, com oportunidades de desenvolvimento pedagógico para médicos preceptores, com ferramentas específicas para facilitar o ensino, como uma política nacional;

- Expectativas no credenciamento: Criar padrões mais detalhados nas exigências de certificação e/ou acreditação de unidades de saúde que realizam ensino dos três níveis de atenção, garantindo que a estrutura e os profissionais sejam adequadamente preparados para o ensino.

CONCLUSÕES

Para que os desafios continuem, mas alinhados permanentemente ao planejamento e à implantação de soluções e estratégias, é imperativa a supervisão constante, com análise de indicadores de qualidade e feedback nos locais de prática para identificar e corrigir fragilidades. Essas supervisões são realizadas ora de forma interna, por docentes da escola médica e supervisores dos programas de residência médica, ora externa, pelo INEP/MEC e pela CNRM, mas é importante que o Brasil crie uma Política Nacional de avaliação e acompanhamento do ensino médico alinhada a diversas organizações de ensino e saúde, com atuação constante e imediata.

ABSTRACT

The article by Sweigart et al. presents concerns, challenges, and proposals for the current situation, both nationally and internationally, and the need for a diversity of medical care practice scenarios that simultaneously develop teaching abilities. Medical education is now conducted outside the university-affiliated teaching hospital, often in the so-called community or general hospitals dedicated to patient care. In Brazil, most of these hospitals are under municipal or state management.

Keywords: Education, Medical. Preceptorship. Hospitals, Community. Unified Health System. Schools, Medical.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que trata da qualificação de entidades como organizações sociais (OS) e da criação do Programa Nacional de Publicização (PNP). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm
2. Brasil, Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
4. BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente do SUAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – 1ª ed. – Brasília: MDS, 2013a. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/Politica-nacional-de-Educacao-permanente.pdf
5. Brasil, Ministério da Educação. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <https://toledo.ufpr.br/wp-content/uploads/2017/07/DCN-2014.pdf>
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html
7. Brasil, Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Matrizes de competências aprovadas pela CNRM, 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sinaes/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>
8. Rego, S. A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2012.
9. Sweigart JR, Watson R, Burger A. The Accidental Teacher—Direct-Care Physicians Increasingly Placed in Teaching Roles. JAMA. 2024 Nov 4. doi: 10.1001/jama.2024.17626.

Recebido em: 27/11/2024

Aceito para publicação em: 28/11/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Rosana Alves

E-mail: rosana.medufrj@gmail.com

