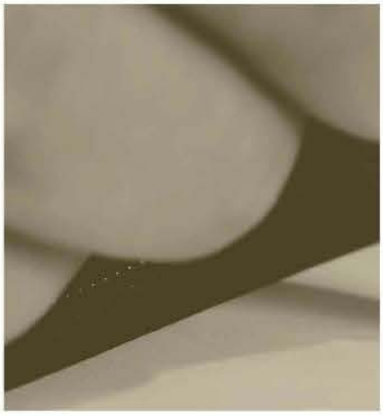
CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS

003/2023



MODELAGEM DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL





ANEC
Associação Nacional de Educação Católica do Brasil

ENSINO SUPERIOR

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CATÓLICA DO BRASIL - ANEC

Diretoria Nacional
João Batista Gomes Lima - Presidente
Adair Aparecida Sberga - 1º Vice-presidente
Natalino Guilherme de Souza - 2º Vice-presidente
Selma Maria dos Santos - 1ª Secretária
Mário José Knapik - 2º Secretário
Marli Araújo da Silva - 1ª Tesoureira
Ivanise Soares da Silva - 2ª Tesoureira

Secretário Executivo
Guinartt Diniz
secreterarioexecutivo@anec.org.br

Gerente da Câmara de Mantenedoras
Fabiana Deflon
mantenedoras@anec.org.br

Gerente da Câmara de Ensino Superior
Gregory Rial
ensinosuperior@anec.org.br

Gerente da Câmara de Educação Básica
Roberta Guedes
educacaobasica@anec.org.br

SCLN Quadra 102 Bloco C Sala 102
Asa Norte
CEP: 70722-530, Brasília-DF

ISBN nº 978-85-99725-75-7

Contribuições técnicas para modelagem da política de formação médica no Brasil

A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA EDUCAÇÃO CATÓLICA DO BRASIL (ANEC), de direito privado e de fins não econômicos, é a instituição que representa a Educação Católica no Brasil, em comunhão com os princípios da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e da Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB).

A ANEC é composta por 349 mantenedoras, 89 instituições de ensino superior e mais 1.050 escolas de educação básica. Formamos, anualmente, mais de 1,5 milhão de estudantes, o que representa 11,07% do total dos alunos matriculados na Rede Privada e temos mais de 112 mil profissionais nos estabelecimentos de ensino.

A ANEC, então, apresenta a seguir suas contribuições técnicas sobre a modelagem da política de formação médica no Brasil conforme a Tomada de Subsídios aberta pela SERES-MEC nº 1/2022 relativa a cursos de medicina e ensino médico. O texto foi consolidado a partir das discussões encampadas nas reuniões do GT Medicina da ANEC.

De acordo com dados do último Censo da Educação Superior (CENSUP), hoje existem 15 cursos de Medicina entre as IES Católicas reunindo cerca de 12 mil estudantes. Portanto, a pauta da regulação do curso de medicina interessa bastante às IES Católicas.

Dentre as 11 possibilidades de contribuição abertas pela SERES, o GT Medicina da ANEC indicou 3 como prioritários e consensuais os quais, resumidamente, apontamos abaixo:

a) **INDICADORES GARANTIDORES DA QUALIDADE** (Refere-se ao tópico: Apresente evidências que permitam, após análise quantitativa e qualitativa, propor alternativas para verificação da qualidade do ensino nos cursos de graduação em medicina)

Os indicadores precisam mensurar com mais realismo aquilo que as IES e os hospitais escolas fazem, e esta avaliação mais rigorosa precisa permitir algum tipo de benefício às IES que tem cursos de qualidade no momento de autorização para mais vagas.

A abertura de novos cursos precisa estar acompanhada de um rigoroso processo de acompanhamento da implementação, pois sabe-se que muitos cursos são financiados por grandes empresas que visam lucrar com as faculdades de medicina, não importando a qualidade.

b) **DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL** (Refere-se ao tópico: Apresente evidências que permitam, após análise quantitativa e qualitativa, propor alternativas à vinculação entre a oferta de cursos de graduação em medicina e a distribuição territorial dos egressos)

A ideia da distribuição territorial é válida, pois busca equalizar a oferta de médicos pelo país. No entanto, existem outros fatores que precisam ser considerados: sem uma política de carreira justa, médicos não tem razões para permanecer em locais remotos; a divisão territorial das vagas

deve ser mais customizável de acordo com disparidades regionais sutis, como o caso de grandes cidades;

A questão aponta para a necessidade de se refazer a narrativa da profissão médica, que ainda é muito glamourizada e hipervalorizada, levando muitos estudantes a abandonarem as residências consideradas menos lucrativas e fazendo depender de um viés meramente "vocacional". O mesmo se aplica à questão da interiorização.

> c) **CONTRAPARTIDA AO SUS** (Refere-se ao tópico: Apresente evidências que permitam, após análise quantitativa e qualitativa, propor alternativas para contrapartida ao Sistema Único de Saúde, na hipótese de utilização de leitos SUS para prática acadêmica)

As IES solicitam que as contrapartidas sejam customizáveis e passem por um processo de validação jurídica local, ou seja, que haja clareza entre as instituições e o Poder Público do que será feita a contrapartida, para evitar desencontro de expectativas e parasitismo da Administração Pública. É preciso abrir possibilidades: em alguns lugares, a contrapartida material é mais útil ao município, noutros a contrapartida financeira.

1. Dos indicadores de qualidade

Dentre os indicadores incluídos nos instrumentos de avaliação do INEP existem 6 voltados às atividades na área de saúde e aplicáveis ao ensino médico. São eles:

- *INDICADOR 1.22 INTEGRAÇÃO DO CURSO COM O SISTEMA LOCAL E REGIONAL DE SAÚDE (SUS). Conceito máximo: "A integração do curso com o sistema de saúde local e regional (SUS) está formalizada por meio de convênio, conforme as DCN e/ou o PPC, viabiliza a formação do discente em serviço e permite sua inserção em equipes multidisciplinares e multiprofissionais, considerando diferentes cenários do Sistema, com nível de complexidade crescente";*

- *INDICADOR 1.23 ATIVIDADES PRÁTICAS DE ENSINO PARA ÁREAS DA SAÚDE. Conceito máximo: "As atividades práticas de ensino apresentam conformidade com as Diretrizes Curriculares nacionais do curso, com regulamentação para a orientação, supervisão e responsabilidade docente, permitindo a inserção nos cenários do SUS e em outros ambientes (laboratórios ou espaços de ensino), resultando no desenvolvimento de competências específicas da profissão, e estando, ainda, relacionadas ao contexto de saúde da região";*

- *INDICADOR 3.10 LABORATÓRIOS DE ENSINO PARA A ÁREA DE SAÚDE. Conceito máximo: Há laboratórios específicos e multidisciplinares, em conformidade com as DCN, que permitem a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida, atendem ao PPC, possuem recursos e insumos necessários para atender à demanda discente e apresentam recursos tecnológicos comprovadamente inovadores";*

- *INDICADOR 3.11 LABORATÓRIOS DE HABILIDADES. Conceito máximo: "Há laboratórios de habilidades da atividade médica ou de saúde, em conformidade com o PPC, que permitem a capacitação dos discentes nas diversas competências desenvolvidas nas diferentes fases do curso, com recursos tecnológicos comprovadamente inovadores";*

- *INDICADOR 3.12 UNIDADES HOSPITALARES E COMPLEXO ASSISTENCIAL CONVENIADOS. Conceito máximo: "A IeS conta com unidade(s) hospitalar(es), própria(s) ou conveniada(s), garantida(s) legalmente por período determinado, que apresenta(m) condições para a formação do estudante da área de saúde, estabelece(m) sistema de referência e contrarreferência e favorece(m) práticas interdisciplinares e interprofissionais na atenção à saúde";*

- *INDICADOR 3.13 BIOTÉRIOS. Conceito máximo: "O biotério atende às necessidades práticas do ensino, possuindo insumos necessários à demanda docente e discente e apresentando protocolos de experimentos de acordo com as normas internacionais vigentes e suporte técnico, experimental e pedagógico".*

Os indicadores descritos acima detalham razoavelmente bem algumas dimensões da oferta de cursos na área de saúde, porém são abstratos e estão relativamente defasados.

Nesse sentido, podem ser necessárias mudanças no sentido de torná-los mais objetivos, usando percentuais e dados, por exemplo em relação a número de vagas, número de equipamentos e áreas ou bancadas.

A título de exemplo, ainda que imperfeito, podem ser mencionados indicadores – ou objetos de avaliação – que eram tratados com maior detalhamento e objetividade em instrumento de avaliação relativo ao reconhecimento de cursos de medicina publicado em setembro 2010:

- *1.1.1 RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE VAGAS E FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE (Imprescindível). Conceito máximo: "Quando o número de vagas autorizado e ofertado corresponde de maneira excelente à dimensão do corpo docente e às condições de infra-estrutura da IES, e há disponibilidade de serviços assistenciais, incluindo hospital, ambulatório e centro de saúde, com capacidade de absorção de um número de alunos equivalente à matricula total do curso, com 5 ou mais leitos na(s) unidade(s) hospitalar(es) própria(s) ou conveniada(s) para cada vaga oferecida no vestibular do curso, resultando em um egresso treinado de forma excelente em urgência e emergência, e em atendimento primário e secundário, capaz de diagnosticar e tratar cerca de 80% dos pacientes com doenças mais comuns, e apto a referir casos que necessitem cuidados especializados";*

- *2.2.5 RESPONSABILIDADE DOCENTE PELA SUPERVISÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA. Conceito máximo: "Quando todos os docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes se responsabilizam pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas, sendo que pelo menos 50% dos docentes*

supervisionam e são responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos freqüentados pelos alunos";

- *3.3.1 Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial (Imprescindível). Conceito máximo: "Quando a IES conta com unidade(s) hospitalar(es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s), garantidas legalmente por período mínimo de dez anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos e que apresentem condições excelentes de formação do estudante de medicina de forma a atender aos indicadores 1.1.1 e 1.1.2, sobretudo com respeito à relação aluno-paciente, contando com os seguintes elementos: 1. Ofereça(m) residência médica credenciada pela CNRM, pelo menos nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, saúde coletiva e saúde da família; 2. Tenha(m) atendimento majoritário pelo SUS, nos diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde; 3. (Disponha(m) de infraestrutura básica constituída por ambulatórios (pelo menos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia), unidades de internação (pelo menos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia), centros cirúrgico e obstétrico, unidades de urgência e emergência (clínica, cirúrgica e traumatológica), UTI neonatal, pediátrica e de adultos e instalações para o funcionamento do PSF; 4. Conte(m) com laboratórios de exames complementares (setor de imagens, laboratório clínico e de anatomia patológica), necessários nos diferentes níveis de complexidade; 5.Tenha(m) serviço de arquivo e documentação médica com acesso ao setor de atendimento resolutivo de alto nível para as urgências / emergências".*

Certamente, o rigor precisa ser dosado, os detalhamentos atualizados e acréscimos são relevantes, mas os dados do antigo documento acima indicado demonstram que é possível criar indicadores mais objetivos, que permitam às comissões de avaliação in loco descreverem com maior precisão a oferta proposta ou já implementada.

Outra atualização importante seria a valoração diferenciada de hospital-escola próprio, que poderia ser um indutor de qualidade e serviços para a população local, inclusive.

Por fim, quanto aos objetos de avaliação, pode ser inserido um indicador específico de formação médicos-docentes, para além do relatório hoje exigido nos Instrumentos de avaliação. A formação dos docentes e sua experiência prática torna-se cada vez mais relevante em virtude do aumento de cursos e da natural demanda por novos professores na área, por isso, talvez se justifique um indicador específico com critérios objetivos como os que existiam em instrumentos anteriores e específicos (ver acima).

Outra modificação importante seria a alteração da sistemática e da natureza do monitoramento dos cursos.

Hoje tratado como medida similar à supervisão e incluída na mesma norma – Portaria 315/2018 – o monitoramento tornou-se, primordialmente, uma espécie de fiscalização com o sentido de

coibir ou reprimir irregularidades e deficiências. É preciso, entretanto, destacar sua natureza menos valorizada, como meio para gerir dados e induzir qualidade.

Podem ser compostas comissões de monitoramento internas e gerados relatórios mais robustos, que, por sua vez, podem ser analisados e geridos por sistemas automatizados. Sem a política de repressão de irregularidades e deficiências como um norte, os dados podem ser menos enviesados e poderão ser utilizados para comparações entre cursos.

Sobre o monitoramento de políticas públicas que envolvem a implementação de Direitos Humanos, Ana Paula de Barcellos, usando como referência o Manual on human rights monitoring da Organização das Nações Unidas[1], explica que:

> Nesse contexto, o monitoramento envolve verificar se as metas que haviam sido estabelecidas quando da concepção da política estão sendo atingidas (caso, claro, elas tenham sido estabelecidas), acompanhar o que de fato está sendo executado no contexto da política em exame, e apurar os resultados concretos produzidos em face dos direitos fundamentais que se pretende promover, tendo em conta o problema que se pretendia solucionar por meio da política pública afinal. De tal modo que, diante desse conjunto de dados, seja possível rever a política ou aspectos dela de modo a aprimorar sua capacidade de promover os resultados desejados. Esquematicamente, é possível falar, então, de sete etapas na dinâmica do monitoramento.
>
> As duas primeiras etapas na dinâmica do monitoramento são prévias à execução das políticas públicas. Isso, porque, ao conceber uma política pública, os agentes públicos — sejam do Legislativo, do Executivo ou de qualquer outro órgão ou entidade estatal — devem, logicamente, valer-se de [1] informação acerca de qual é o problema que a política pretende enfrentar e qual sua dimensão, bem como estabelecer quais as [2] metas que se pretende atingir com a política proposta. Essas são duas questões bastante básicas, mas que podem ser bastante problemáticas e exigem enfrentamento.
>
> […]
>
> Passando para as três próximas etapas lógicas do monitoramento, a doutrina que já existe sobre o tema identifica três grandes grupos de fenômenos que devem ser acompanhados, e sobre os quais se deverá ter informação desagregada. O primeiro fenômeno a ser observado é denominado em geral pela expressão “inputs” e descreve os [3] recursos financeiros, humanos ou de qualquer outra natureza investidos na política pública.

[1] DE BARCELLOS, Ana Paula. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 8, n. 2, p. 251-265, 2018. grifo e numeração nossa

> […]
>
> Um segundo conjunto de dados a ser monitorado é o que se identifica como" outputs". Trata-se daquilo que efetivamente foi feito por conta da política: os [4] serviços prestados, as atividades desenvolvidas, os bens fornecidos. […]
>
> Por fim, uma terceira informação a ser monitorada diz respeito ao [5] impacto real da política pública sobre os direitos fundamentais: os "outcomes". […]
>
> As duas últimas etapas do monitoramento envolvem a [6] avaliação dos dados produzidos sobre essas várias dimensões da realidade da política pública e sua [7] eventual revisão. O objetivo do monitoramento não é punitivo. Não se trata de punir os responsáveis pela política que não atingiu as metas ou não promoveu os resultados pretendidos. Punições podem, eventualmente, ocorrer, se os dados revelarem práticas ilícitas, por evidente, mas não é esse o foco. O conhecimento e a previsibilidade humanas são falíveis e, mesmo quando implementadas como previsto, às vezes as normas não atingem os objetivos que pretendiam, ou não os atingem em todos os lugares ou relativamente a todos os grupos sociais. Diante desses eventuais fracassos iniciais, é necessário repensar os meios pelos quais se pode tentar promover o fim inicialmente pretendido.

O uso das sete etapas descritas pode ser útil para reformular a política de monitoramento, pois permite um acompanhamento das informações mais relevantes sem um vínculo direto como o sistema de apuração de deficiências e irregularidades.

Por fim, como apoio ao monitoramento – notadamente para medir os ouputs e outcomes – pode ser reestabelecida a política de avaliação dos estudantes assim prevista na versão original do Programa Mais Médicos:

> *Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.*
>
> *§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.*
>
> *§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.*

Esta análise de resultados, não obstante ter sofrido críticas durante a implementação, pode ser aperfeiçoada e contribuir com o monitoramento de resultados do ensino médico.

Enfim, o conjunto de ações relacionadas a revisão dos indicadores de avaliação, a reformulação do monitoramento e a aplicação de uma versão remodelada da avaliação de resultados é essencial para a melhoria dos serviços educacionais em cursos de medicina e trará efeitos positivos para a saúde dos brasileiros.

2. Sobre a distribuição territorial dos egressos

A distribuição territorial dos egressos é uma preocupação relevante, pois visa, na opinião da ANEC, equalizar a oferta de médicos pelo país.

Muitos dos fatores que contribuem para essa distribuição, entretanto, são alheios às políticas públicas puramente educacionais. Por exemplo, é preciso estabelecer uma carreira médica de estado, tal como existem carreiras jurídicas. Essa carreira pode ser criada de forma que a evolução envolva degraus a serem galgados em diferentes categorias de municípios, considerando necessidades sociais, equipamentos públicos e distância dos grandes centros, dentre outros fatores.

Outra possibilidade de mudança estrutural é a intensificação de incentivos para evitar um viés de glamourização da profissão. Nesse caso, a contribuição da área educacional poderia ser o apoio à criação de mais vagas de residência em áreas menos lucrativas e o ensino na graduação voltado ao desenvolvimentos de aptidões vocacionais de cada estudante.

Do ponto de vista da distribuição de vagas para Instituições de Ensino, a divisão territorial deve ser mais customizável de acordo com disparidades regionais sutis, como o caso de grandes cidades e o efeito relativo da distância entre cidades em cada região do Brasil.

Além disso, para que a política de redução de desigualdades não seja perpetuada é preciso relacionar os esforços de implantação de cursos em locais com estrutura adequada (o que seria feito hoje, aplicando-se as regras do Mais Médicos) e esforços para instalação de cursos em locais que ainda não estão preparados. Dessa maneira existiriam incentivos diferenciados para estratégias das IES que podem ser diferenciadas. Por exemplo, uma IES com projeto de instalação de leitos próprios em hospital-escola poderia atuar em áreas nas quais ainda não há infraestrutura completa e ter parceria com localidades nas quais existe residência instalada; por outro lado novos cursos públicos, poderiam conjugar uma política de implantação simultânea do curso e dos equipamentos públicos na área de saúde.

Somente com uma política assim será evitado o efeito centralizador decorrente da escolha de locais já preparados ou com equipamentos públicos prometidos pelos Municípios. Noutras palavras, somente assim o Programa Mais Médicos criaria incentivos para além de uma política exclusivamente relacionada ao contexto local do SUS.

Quanto a essa política relacionada à implantação da infraestrutura local poderia também ser criado um programa de residência cujo processo seletivo ofereça vantagem para o estudante local e o curso exija, ao final, contrapartida de exercício da profissão na região de saúde. Neste caso, a política de formação de especialistas poderia também ser adaptada à realidade local.

Nessa mesma linha, pode-se também pensar na valorização de uma formação generalista para a residência médica, tal como ocorre no caso de Juízes de 1ª instância em cidades menores. Sobre esse tipo de formação , sugere:

> Considerada como uma pós-graduação lato sensu, necessita estar sintonizada com as carências de mão-de-obra especializada existentes no país, priorizando a formação de profissionais que possam atuar junto aos níveis mais desprovidos de condições básicas de vida e saúde da sociedade. Para tomar-se mais eficaz e responde rapidamente às necessidades da comunidade, esse treinamento em serviço deve estar integrado com a rede de serviços, contar com participação efetiva de corpo docente, médicos residentes e graduandos em medicina e estar aliado às conjunturas políticas locais[4]. É preciso que os programas de treinamento desloquem seu eixo de formação, predominantemente individualizada e hospitalocêntrica, no sentido de enfocar questões mais abrangentes dos pontos de vista social, cultural e econômico de toda a comunidade, atuando de maneira multiprofissional e interdisciplinar. Desse modo, torna-se necessário destacar e valorizar os programas de treinamento que visem formar um médico generalista, visto que a RM é o principal mecanismo especializador de mão-de-obra médica.
>
> […]
>
> A proposta apresentada como Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Medicina de Família oferece a possibilidade de treinamento e formação profissionais diretamente dentro das diretrizes na nova estratégia de ação do Ministério da Saúde, que é o Programa de Saúde da Família. Desse modo, além de proporcionar a formação de médicos generalistas, consegue também inserir por completo o médico residente no PSF, cujo campo de atuação oferece amplas possibilidades de imediato ingresso no mercado de trabalho e procura a tender as necessidades maiores da comunidade[2].

Enfim, não obstante existirem sugestões possíveis a partir da abordagem educacional é preciso compreender que a distribuição territorial dos médicos é um fenômeno complexo, que não tem solução simplificada ou exclusivamente baseada na distribuição de vagas por cidades ou regiões de saúde.

[2] CIAMPO, Luiz Antonio Del; RICCO, Rubens Garcia; DANELUZZI, Julio Cesar. Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 27, p. 200-204, 2021.

3. Sobre as contrapartidas ao SUS

A respeito das contrapartidas ao SUS existe uma política criada para os cursos autorizados a partir do Programa Mais Médicos, descrita, sinteticamente, na Portaria Normativa 16/2014 da seguinte forma:

> *Art. 1º A habilitação para autorização de funcionamento de curso de graduação em Medicina será precedida de chamamento público e deverá observar, necessariamente, o oferecimento pela instituição de educação superior privada de contrapartida à estrutura de serviços, ações e programas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS do município e/ou na região de saúde do curso.*
>
> *Art. 2º A contrapartida à estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina contemplará as seguintes modalidades:*
>
> *I - formação para os profissionais da rede de atenção à saúde, nos termos do art. 35 da Resolução CNE/CES no 03, de 20 de junho de 2014;*
>
> *II - construção e/ou reforma da estrutura dos serviços de saúde;*
>
> *III - aquisição de equipamentos para a rede de atenção à saúde; e*
>
> *IV - pagamento de bolsas de Residência Médica em Programas de Medicina de Família e Comunidade e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia).*
>
> *Art. 3º A contrapartida deverá estar em consonância com a estrutura de serviços, ações e programas de saúde do município sede do curso de graduação em Medicina e deverá ser disciplinada por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde pactuado com o gestor local do SUS.*

Tais contrapartidas são um exemplo de como pode ser organizada a relação entre o SUS e as Instituições de Ensino que têm acesso aos leitos para ensino e pesquisa. A proposta é flexível, precisa ser formalizada – por meio de contrato organizativo – e deve encontrar limites da proporcionalidade e razoabilidade.

Em alguns casos, mesmo fora do Programa Mais Médicos, a relação entre Instituições de Ensino e centros de saúde com leitos SUS fica sujeita à uma excessiva postestatividade (escolha exclusivamente unilateral) que pode comprometer o equilíbrio econômico-financeiro dos cursos. Nesse sentido, a formalização da relação e o estrito cumprimento das obrigações contratuais pode favorecer uma relação mais equânime.

A flexibilidade quanto às contrapartidas é importante no momento da contratação, em alguns casos a contrapartida financeira direta pode ser mais simples de administrar que as contrapartidas em equipamentos, cursos ou bolsas, nesse sentido, ao rol descrito acima poderia ser acrescentada a possibilidade de uma contraprestação em dinheiro.

Por fim, é importante aplicar ao caso os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Nesse sentido, não se pode olvidar que o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem como objetivos: (1) garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e (2) estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (Portaria Interministerial 1.127/2015). Esses objetivos deixam claro que o objeto da relação é viabilizar as prática e, não, financiar atividades do SUS ou de hospitais/centros de saúde.

Face a esse objetivo aplica-se o princípio da razoabilidade, que nada mais é que a adequação entre meios e fins nos atos e contratos. Aplica-se, ainda, o corolário da proporcionalidade que contraindica a "imposição de obrigações […] medida superior àquelas estritamente necessárias ao atendimento do interesse público" (referência ao Art. 2º, parágrafo único, VI, da Lei de Processo Administrativo Federal).

Enfim, é necessário ponderar que as contrapartidas devem viabilizar o ensino na área de saúde e, não, a atividade principal dos hospitais ou mesmo do SUS.

Como derradeiro tema a ser tratado sobre as contrapartidas faz-se necessário usar o aprendizado com o difícil período de pandemia para incluir cláusulas de equilíbrio econômico-financeiro em contratos como o COAPES. Essa medida permitirá que, em casos extremos, sejam repactuadas as contrapartidas sem ameaça de desfazimento dos contratos e convênios

Considerações finais

As questões técnicas acima são desdobramentos das sugestões postas por GT especializado da ANEC e pretendem contribuir para melhorar o cenário do ensino médico.

Como propostas objetivas e dentro da limitação de prazo imposta para a consulta, sugerimos:

a) O ajuste nos indicadores de avaliação, tornando-os mais rigorosos e, se possível, mais objetivos, para os cursos de medicina;

b) A estruturação do processo de monitoramento como procedimento de para levantamento de dados e viabilização para cumprimento de metas claras e pré-estabelecidas;

c) A valorização diferenciada nos instrumentos de avaliação de hospitais-escola mantidos pelas Instituições que ofertam cursos de medicina;

d) A criação objeto de avaliação (indicador) específico para docentes na área de saúde;

e) A discussão sobre eventual exame avaliação de desempenho dos estudantes como meio de verificar resultados da implantação das sugestões apresentadas neste consulta, sem caráter punitivo ou restritivo para os egressos;

f) O encaminhamento de sugestões ao Poder Executivo e ao Poder Legislativo para a criação de carreira – ou carreiras – médicas ou de saúde em âmbito nacional;

g) O incentivo às carreiras médicas baseadas na vocação dos estudantes;

h) Maior diferenciação entre cidades e regiões de saúde com a finalidade de definição de vagas para cursos de medicina;

i) Valorização de incentivos a atividades privadas, não necessariamente vinculadas ao SUS, como medidas de melhoria da saúde e integração entre Instituições de Ensino e comunidade local, bem como para aumento e distribuição e vagas nos cursos de medicina;

j) Inclusão do critério de estudo no local como regra para processos seletivos de residência;

k) A discussão sobre residências de cunho generalista, voltado à comunidade local, como complemento à preparação do médico e forma de fortalecer sua relação com o local de estudo;

l) O estabelecimento de regras mais clara para que as contrapartidas sejam flexíveis, para que seja cumprido o contrato formalizado e para que seja respeitada a proporcionalidade e a razoabilidade quanto a relação Instituição de Ensino-SUS;

m) A criação de regras de equilíbrio econômico-financeiro para situações excepcionais – como a pandemia de 2020 até o momento;

Este texto teve a contribuição preciosa dos juristas Edgar Gastón Jacobs Flores Filho e Juarez Monteiro de Oliveira Junior.