



**interface**

comunicação, saúde, educação

2019; 23 supl 1 ISSN 1807-5762

UNESP

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy, Arts and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la la Filosofia, las Artes y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

**EDITORES/EDITORS/EDITORES**

Antonio Python Cyrino, Unesp (EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE)  
Denise Martin Coviello, UNISANTOS  
Lilia Blima Schraiber, USP

**EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR**  
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

**EDITOR JUNIOR/JUNIOR EDITOR/EDITOR JUNIOR**  
Tiago Rocha Pinto, UFRN

**EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASSISTENTES**

Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira, USP  
Claudio Bertolli Filho, Unesp  
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB  
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar  
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASSOCIADOS**

Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina  
Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP  
Barbara Eleonora Bezerra Cabral, Univasf  
Charles Dalcanale Tesser, UFSC  
Cristina Larrea Killinger, Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha  
Daniele Sacardo, Unicamp  
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp  
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP  
Fátima Corrêa Oliver, USP  
Fernando Altair Pocahy, UERJ  
Francine Lube Guizardi, Fiocruz  
Joana Raquel Santos de Almeida, University of Bedfordshire, Inglaterra  
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA  
Lilian Koifman, UFF  
Luciano Bezerra Gomes, UFPB  
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp  
Mónica Petracci, UBA, Argentina  
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp  
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp  
Simone Mainieri Paulon, UFRGS  
Tiago Correia, CIES, Lisboa, Portugal

**EDITOR DE DEBATES/DEBATES EDITOR/EDITOR DE DEBATES**

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Fiocruz

**EDITORA DE RESENHAS/ REVIEWS EDITOR /EDITORA DE RESEÑAS**

Lina Rodrigues de Faria, UFSB

**EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE ENTREVISTAS**

Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp

**EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREACIÓN**

Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

**Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación**

Eduardo Augusto Alves Almeida, USP  
Eliane Dias de Castro, USP  
Gisele Dozono Asanuma, USP  
Juliana Araújo Silva, Unesp  
Renata Monteiro Buelau, USP

**EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA**

Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO**

Adriana Ribeiro

**Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica**

Adriana Ribeiro

**PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL**

**Coordenação Editorial/Editorial Coordination/Coordenación Editorial**

Juliana Freitas Oliveira  
Renato Ribeiro

**Normalização/Normalization/Normalización**

Luciana Pizzani  
Rinaldo José Ortiz  
Rosemary Cristina da Silva

**Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos**

Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potuguês)  
Liane Christine L. P. Pilon (Português/Portuguese/Potuguês)  
Carolina S. M. Ventura (Inglês/English/Inglés)  
María Jesus Carbajal Rodriguez (Espanhol/Spanish/Español)

**Web design**

Ester Campos Mello de Andrade

**Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio**  
Bruna Godói

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC  
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV  
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal  
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France  
Alcindo Ferla, UFRGS  
Alejandra López Gómez, Universidad de la Republica  
Uruguaya, Uruguai  
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF  
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ  
Andrea Caprara, UECE  
Angelica Maria Bicudo, Unicamp  
Anne Christine Damasio, UFRN  
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal  
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ  
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA  
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma  
Metropolitana, México  
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de  
Colombia, Colômbia  
Charles Briggs, UCSD, USA  
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS  
Daniel Catalan Matamoros, Universidad Carlos III de Madrid,  
Espanha  
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha  
Ednalva Maciel Neves, UFPB  
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México  
Éverton Luís Pereira, UnB  
Fernando Peñaranda Correa, UFPr  
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP  
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz  
Gastão Wagner de Sousa Campos, Unicamp  
George Dantas de Azevedo, UFRN  
Graça Carapineiro, ISCTE, Portugal  
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr  
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB  
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ  
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina  
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp  
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz  
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal  
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE  
Jairnilson da Silva Paim, UFBA  
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia  
John Le Carreño, Universidad Adventista, Chile  
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI  
José Luis Terrón Blanco, Universitat Autònoma de Barcelona,  
Espanha  
José Miguel Rasia, UFPr  
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP  
José Roque Junges, Unisinos  
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN  
Laura Macruz Feuerwerker, USP  
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS  
Leila Sollberger Jeolás, UEL  
Leonor Graciela Natansohn, UFBA

Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE  
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG  
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguaya, Uruguai  
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp  
Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid,  
Espanha  
Magda Dimenstein, UFRN  
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei  
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA  
Márcia Thereza Couto Falcão, USP  
Marco Akerman, USP  
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima  
Margareth Aparecida Santini de Almeida, Unesp  
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica  
Portuguesa, Portugal  
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp  
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz  
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad  
Autónoma Metropolitana, México  
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES  
Maria Inês Baptistella Nemes, USP  
Maria Isabel da Cunha, Unisinos  
Maria Ligia Rangel Santos, UFBA  
Maricela Perera Pérez, Universidad de la Habana, Cuba  
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz  
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz  
Miguel Montagner, UnB  
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB  
Naomar de Almeida Filho, UFBA  
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL  
Nildo Alves Batista, Unifesp  
Paulo Henrique Martins, UFPE  
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ  
Raquel Rigotto, UFCE  
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT  
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS  
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP  
Ricardo Sparapan Pena, UFF  
Richard Guy Parker, Columbia University, USA  
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA  
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE  
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de  
México, México  
Roberto Passos Nogueira, IPEA  
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha  
Rogério Miranda Gomes, UFPR  
Roseni Pinheiro, UERJ  
Russel Parry Scott, UFPE  
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC  
Sergio Tavares de Almeida Rego, Fiocruz  
Soraya Fleischer, UnB  
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS  
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp  
Túlio Batista Franco, UFF



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRIÇÃO REGIONAL PARA AS AMÉRICAS

#### **APOIO/SPONSOR/APOYO**

Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp  
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -  
Famesp  
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp  
Fundação para o Vestibular da Unesp - Vunesp  
Ministério da Saúde (MS)  
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

#### **INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN**

- . Web of Sciences  
(Emerging Sources Citation Index, ESCI)  
<http://clarivate.com/products/web-of-science>
- . Scopus - <http://info.scopus.com>
- . Red de Revistas Científicas de América Latina y el  
Caribe, España y Portugal  
<http://redalyc.uaemex.mx/>
- . DOAJ - Directory of Open Access Journal  
<http://www.doaj.org>
- . LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em  
Ciências da Saúde  
<http://www.bireme.org>
- . LATINDEX - Sistema Regional de Información en  
Línea para Revistas Científicas de América Latina, el  
Caribe, España y Portugal  
<http://www.latindex.unam.mx>
- . CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales  
y Humanidades  
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
- . Índice de Revistas de Educación Superior e  
Investigación Educativa (Iresie)  
[http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas\\_analizadas.  
php](http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.php)
- . SciELO Brasil/SciELO Social Sciences  
<http://www.scielo.br/icse>
- . SciELO Citation Index (Thomson Reuters)  
<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>
- . Google Academic  
<http://scholar.google.com.br>
- . Free Medical Journals  
<http://www.freemedicaljournals.com>

#### **TEXTO COMPLETO EM**

- . <<http://www.scielo.br/icse>>
- . <<http://www.interface.org.br>>

**SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA**  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação  
Distrito de Rubião Junior, s/nº - Campus da Unesp  
Caixa Postal 592  
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000  
Fone/fax: (5514) 3880.1927  
[intface@fmb.unesp.br](mailto:intface@fmb.unesp.br) [www.interface.org.br](http://www.interface.org.br)

imagem de Araquém Alcantára. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz

Programa Mais Médicos para o Brasil

# Educação

Educação permanente

Saúde indígena

Integralidade

Políticas públicas

Narrativas

Saúde

SUS

Residência

Atenção Primária

Supervisão acadêmica

Comunicação

Educação a distância

Diretrizes curriculares

Medicina da Família e Comunidade

### editorial

Desenvolvimento e expansão do ensino médico no Brasil  
Mónica Padilla

### artigos

Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015  
Felipe Proenço de Oliveira; Héider Aurélio Pinto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Eliana Goldfarb Cyrino; Aristides Vitorino de Oliveira Neto; Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde  
Renata Meira Veras; Caio Cezar Moura Feitosa

Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação  
Marcelo José Monteiro Ferreira; Kelen Gomes Ribeiro; Magda Moura de Almeida; Maria do Socorro de Sousa; Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro; Márcia Maria Tavares Machado; Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior  
Annabelle de Fátima Modesto Vargas; Diogo de Souza Vargas; Mauro Macedo Campos; Rodrigo da Costa Caetano

Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde  
Valter Luiz Moreira de Rezende; Bárbara Souza Rocha; Alessandra Vitorino Naghettini; Edna Regina Silva Pereira

Fundamentos teóricos do projeto pedagógico de um curso de Medicina no sertão paraibano: contribuições ao debate sobre educação médica  
Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros; Thiago Gomes da Trindade

Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil  
José Ivo dos Santos Pedrosa

O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade  
Felipe Proenço de Oliveira; Cássia de Andrade Araújo; Odete Messa Torres; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Priscilla Azevedo Souza; Francisco Arsego de Oliveira; Maria Martins Alessio

Percepções dos médicos sobre a educação a distância e a contribuição da especialização em Saúde da Família  
Diego Menger Cezar; Adriana Aparecida Paz; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Cleidilene Ramos Magalhães

Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos  
Maria Elizabeth Gastal Fassa; Elaine Tomasi; Anacláudia Gastal Fassa; Elaine Thumé; Louriele Wachs; Leonardo Pozza dos Santos; Pamela Volz; Leandro Rodrigues; Luiz Augusto Facchini

Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação  
Érika Rodrigues de Almeida; Harineide Madeira Macedo; José Carlos da Silva



**A trajetória da implantação de um internato de Saúde Mental em uma instituição de ensino superior**  
Felipe Pinheiro de Figueiredo; Marcelo Picinin Bernuci; Raquel Gusmão de Oliveira; Nilce Marzolla Ideriha; Ely Mitie Massuda; Mirian Ueda Yamaguchi

## espaço aberto

**A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica**  
Graciela Soares Fonsêca; João Victor Garcia de Souza

**Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade**  
Marcelo Torres Peixoto; Washington Luiz Abreu de Jesus; Rosely Cabral de Carvalho; Marluce Maria Araújo Assis

**Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica**  
Danyella da Silva Barrêto; Alexandre José de Melo Neto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Juliana Sampaio; Luciano Bezerra Gomes; Ricardo de Sousa Soares

**A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior**  
Rodrigo Chavez Penha; Rosa Gouvêa de Sousa; Sandro Schreiber de Oliveira; Erika Rodrigues de Almeida; Jackeline Gomes Alvarenga Firmiano

**Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão**  
Willian Fernandes Luna; Bruna Teixeira Ávila; Carlos Fabrício Fernandes Brazão; Fernanda Pereira de Paula Freitas; Luciana Côrrea de Sena Cajado; Luiz Otávio de Araújo Bastos

**O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil**  
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Harineide Madeira Macedo

## debates

**O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica**  
Hêider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

**O Programa Mais Médicos no Brasil sob a ótica do ciclo das políticas públicas: argumentos para debate a partir da análise de Hêider Pinto e colegas**  
Tiago Correia

**Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde?**  
Alcindo Antônio Ferla

**A formação médica socialmente referenciada e as políticas mercadológicas de regulação da qualidade**  
Mara Regina Lemes De Sordi

**Réplica: A sustentabilidade do Programa Mais Médicos como política pública**  
Hêider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

## entrevistas

**A história da expansão recente das escolas médicas no Brasil: uma conversa sobre educação, inovação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS)**  
Mara Regina Lemes De Sordi; Eliana Goldfarb Cyrino; Carolina Siqueira Mendonça

### editorial

Development and expansion of medical education in Brazil  
Mónica Padilla

### articles

Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015

Felipe Proenço de Oliveira; Hêider Aurélio Pinto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Eliana Goldfarb Cyrino; Aristides Vitorino de Oliveira Neto; Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

Reflections on the National Curricular Guidelines of undergraduate medical courses based on the National Health Promotion Policy  
Renata Meira Veras; Caio Cezar Moura Feitosa

New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education  
Marcelo José Monteiro Ferreira; Kelen Gomes Ribeiro; Magda Moura de Almeida; Maria do Socorro de Sousa; Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro; Márcia Maria Tavares Machado; Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions  
Annabelle de Fátima Modesto Vargas; Diogo de Souza Vargas; Mauro Macedo Campos; Rodrigo da Costa Caetano

Documentary analysis of the pedagogical project of a Medicine course and teaching in Primary Care  
Valter Luiz Moreira de Rezende; Bárbara Souza Rocha; Alessandra Vitorino Naghettini; Edna Regina Silva Pereira

Theoretical foundations of the pedagogical project of a Medicine course in the outback of the state of Paraíba, Brazil: contributions to the debate on medical education  
Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros; Thiago Gomes da Trindade

Implementation and development of a medical course in Parnaíba - Piauí state, Brazil, based on the Project More Doctors for Brazil  
José Ivo dos Santos Pedrosa

The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine  
Felipe Proenço de Oliveira; Cássia de Andrade Araújo; Odete Messa Torres; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Priscilla Azevedo Souza; Francisco Arsego de Oliveira; Maria Martins Alessio

Doctors' perceptions on distance education and contribution of Family Health specialization  
Diego Menger Cezar; Adriana Aparecida Paz; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Cleidilene Ramos Magalhães

Elderly care: performance of interventions carried out by More Doctors Program professionals  
Maria Elizabeth Gastal Fassa; Elaine Tomasi; Anacláudia Gastal Fassa; Elaine Thumé; Louriele Wachs; Leonardo Pozza dos Santos; Pamela Volz; Leandro Rodrigues; Luiz Augusto Facchini

Federal management of the More Doctors Program: the role of the Ministry of Education  
Erika Rodrigues de Almeida; Harineide Madeira Macedo; José Carlos da Silva





### Implementation of a Mental Health internship in a higher education institution

Felipe Pinheiro de Figueiredo; Marcelo Picinin Bernuci; Raquel Gusmão de Oliveira; Nilce Marzolla Ideriha; Ely Mitie Massuda; Mirian Ueda Yamaguchi

### open space

#### Narrative of an educational path: providing a (new) meaning to medical education

Graciela Soares Fonsêca; João Victor Garcia de Souza

#### Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices

Marcelo Torres Peixoto; Washington Luiz Abreu de Jesus; Rosely Cabral de Carvalho; Marluce Maria Araújo Assis

#### The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education

Danyella da Silva Barrêto; Alexandre José de Melo Neto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Juliana Sampaio; Luciano Bezerra Gomes; Ricardo de Sousa Soares

#### The management of academic supervision in the More Doctors for Brazil Project by higher education institutions

Rodrigo Chavez Penha; Rosa Gouvêa de Sousa; Sandro Schreiber de Oliveira; Erika Rodrigues de Almeida; Jackeline Gomes Alvarenga Firmiano

#### Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group

Willian Fernandes Luna; Bruna Teixeira Ávila; Carlos Fabrício Fernandes Brazão; Fernanda Pereira de Paula Freitas; Luciana Côrrea de Sena Cajado; Luiz Otávio de Araújo Bastos

#### The More Doctors Program in remote areas: the experience of the Special Supervision Group in Pará, Brazil

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Harineide Madeira Macedo

### debates

The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education  
Héider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

The More Doctors Program in Brazil under the perspective of the public policies cycle: argument for debate based on the analysis of Héider Pinto and colleagues  
Tiago Correia

More Doctors Program and work development: a continuing education effect in health?  
Alcindo Antônio Ferla

Socially referenced medical education and market policies of quality regulation  
Mara Regina Lemes De Sordi

Reply: Sustainability of the More Doctors Program as a public policy  
Héider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

### interviews

The history of the recent expansion of medical schools in Brazil: a conversation about education, innovation and commitment to the Brazilian National Health System (SUS)  
Mara Regina Lemes De Sordi; Eliana Goldfarb Cyrino; Carolina Siqueira Mendonça

### editorial

Desarrollo y expansión de la enseñanza médica en Brasil

Mónica Padilla

### artículos

Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje Formación de 2013 a 2015  
Felipe Proenço de Oliveira; Héider Aurélio Pinto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Eliana Goldfarb Cyrino; Aristides Vitorino de Oliveira Neto; Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

Reflexiones en torno a las Directrices Curriculares Nacionales del curso de graduación en Medicina a partir de la Política Nacional de Promoción de la Salud

Renata Meira Veras; Caio Cezar Moura Feitosa

Nuevas Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina: oportunidades para resignificar la formación

Marcelo José Monteiro Ferreira; Kelen Gomes Ribeiro; Magda Moura de Almeida; Maria do Socorro de Sousa; Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro; Márcia Maria Tavares Machado; Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Programa Más Médicos y las Directrices Curriculares de los cursos de Medicina: un análisis comparativo entre instituciones de enseñanza superior

Annabelle de Fátima Modesto Vargas; Diogo de Souza Vargas; Mauro Macedo Campos; Rodrigo da Costa Caetano

Análisis documental del proyecto pedagógico de un curso de Medicina y la enseñanza en la Atención Primaria a la Salud

Valter Luiz Moreira de Rezende; Bárbara Souza Rocha; Alessandra Vitorino Naghettini; Edna Regina Silva Pereira

Fundamentos teóricos del proyecto pedagógico de un curso de Medicina en el semi-árido del estado de Paraíba: contribuciones al debate sobre educación médica

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros; Thiago Gomes da Trindade

Implantación y desarrollo del curso de Medicina en Paraíba - estado de Piauí, Brasil, a partir del Programa Más Médicos para Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa

El Programa Más Médicos y la reorganización de la formación de residencia médica con enfoque en Medicina de Familia y Comunidad

Felipe Proenço de Oliveira; Cássia de Andrade Araújo; Odete Messa Torres; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Priscilla Azevedo Souza; Francisco Arsego de Oliveira; Maria Martins Alessio

Percepciones de los médicos sobre la educación a distancia y la contribución de la especialización en Salud de la Familia

Diego Menger Cezar; Adriana Aparecida Paz; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Cleidilene Ramos Magalhães

Atención a las personas mayores: desempeño de intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos

Maria Elizabeth Gastal Fassa; Elaine Tomasi; Anaclaudia Gastal Fassa; Elaine Thumé; Louriele Wachs; Leonardo Pozza dos Santos; Pamela Volz; Leandro Rodrigues; Luiz Augusto Facchini

Gestión federal del Programa Más Médicos: el papel del Ministerio de la Educación  
Erika Rodrigues de Almeida; Harineide Madeira Macedo; José Carlos da Silva



### Implantación de un internado médico en Salud Mental en una institución de educación superior

Felipe Pinheiro de Figueiredo; Marcelo Picinin Bernuci; Raquel Gusmão de Oliveira; Nilce Marzolla Ideriha; Ely Mitie Massuda; Mirian Ueda Yamaguchi

### espacio abierto

#### La narrativa de la trayectoria formativa: (re)significación de la formación médica

Graciela Soares Fonsêca; João Victor Garcia de Souza

#### Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad

Marcelo Torres Peixoto; Washington Luiz Abreu de Jesus; Rosely Cabral de Carvalho; Marluce Maria Araújo Assis

#### Programa Mas Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica

Danyella da Silva Barrêto; Alexandre José de Melo Neto; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Juliana Sampaio; Luciano Bezerra Gomes; Ricardo de Sousa Soares

#### La gestión de la supervisión académica en el Proyecto Más Médicos para Brasil por las instituciones de educación superior

Rodrigo Chavez Penha; Rosa Gouvêa de Sousa; Sandro Schreiber de Oliveira; Erika Rodrigues de Almeida; Jackeline Gomes Alvarenga Firmiano

#### Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas remotas de Roraima, Brasil: relaciones entre los médicos y el Grupo Especial de Supervisión

Willian Fernandes Luna; Bruna Teixeira Ávila; Carlos Fabrício Fernandes Brazão; Fernanda Pereira de Paula Freitas; Luciana Córrea de Sena Cajado; Luiz Otávio de Araújo Bastos

#### El Programa Más Médicos en áreas remotas: la experiencia del Grupo Especial de Supervisión en el estado de Pará, Brasil

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Harineide Madeira Macedo

### debates

#### El Programa Más Médicos y el cambio del papel del Estado en la regulación y ordenación de la formación médica

Hêider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

#### El Programa Más Médicos en Brasil bajo la óptica del ciclo de las políticas públicas: argumentos para debate a partir del análisis de Hêider Pinto y colegas

Tiago Correia

#### Programa Más Médicos y desarrollo del trabajo: un efecto de educación permanente en salud?

Alcindo Antônio Ferla

#### La formación médica socialmente referenciada y las políticas mercadológicas de regulación de la calidad

Mara Regina Lemes De Sordi

#### Replica: La sostenibilidad del Programa Más Médicos como política pública

Hêider Aurélio Pinto; Rosemarie Andreazza; Renato Janine Ribeiro; Maria Rosa Loula; Ademar Arthur Chioro dos Reis

### entrevistas

#### La historia de la expansión reciente de las escuelas médicas en Brasil: una conversación sobre educación, innovación y compromiso con el Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Mara Regina Lemes De Sordi; Eliana Goldfarb Cyrino; Carolina Siqueira Mendonça

### Desenvolvimento e expansão do ensino médico no Brasil

Mónica Padilla<sup>(a)</sup>

<padillamo@paho.org> 

<sup>(a)</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. Setor de Embaixadas Norte, Lote 19. Brasília, DF, Brasil. 70800-400.

Com o lançamento do Programa Mais Médicos (PMM) pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>1</sup>, entra em ação uma das mais ambiciosas políticas de desenvolvimento de recursos humanos em Saúde (RHS) do país, momento culminante em que se unem os temas de provisão, regulação, educação e infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de solucionar o déficit estrutural de médicos e atender às necessidades de acesso equitativo a serviços e cuidados de saúde para os cidadãos brasileiros.

O componente de provisão do programa, desde 2013, designa médicos com dedicação em tempo integral, garantindo a residência nas localidades onde prestam o serviço. A composição desse contingente de profissionais destacados para localidades de difícil acesso, na maioria cubanos com experiência em Atenção Primária à Saúde (APS), foi complementada com profissionais formados fora do país, tanto brasileiros quanto estrangeiros, e uma pequena – mas crescente – porcentagem de brasileiros formados no país (iniciada em 32% em novembro

de 2013, chegando a 48% em novembro de 2018<sup>(b)</sup> a serviço das comunidades com menor acesso à saúde<sup>(c)</sup>.

Essa medida efetiva, mantida de 2013 a 2018, conseguiu disponibilizar médicos que complementam – e por vezes abrem pela primeira vez – equipes em unidades de Saúde da Família em regiões críticas, contribuindo, dessa maneira, com os esforços iniciados em 1998 com o Programa de Saúde da Família<sup>(d)</sup>. Entre os municípios participantes do PMM houve um aumento da cobertura da atenção primária, que passou de 77,9%, em 2012, para 86,3%, em 2015<sup>2</sup>.

Conscientes do caráter emergencial e provisório da estratégia para disponibilizar profissionais de Medicina, os responsáveis pelo PMM estabeleceram medidas também no campo da educação médica para alcançar a autossuficiência de médicos no país e, assim, enfrentar as lacunas de alocação desse profissional que garantissem a sustentabilidade do SUS. Para tanto, apostaram na expansão de vagas nas escolas médicas; mudanças obrigatórias nas formas e cenários de ensino na graduação; descentralização da oferta de cursos para regiões remotas (importante aspecto para a posterior fixação dos egressos), propondo, ainda, a ampliação da oferta de residências médicas para assegurar que todos os formados pudessem ter acesso a esses programas; e a incorporação da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) como requisito para a formação nas especialidades de maior demanda<sup>(e)</sup>.

A hipótese de base dessas medidas era a de que seria assegurado o fundamento para garantir profissionais formados em suas comunidades em número suficiente, com uma visão da saúde coerente com as necessidades do país e dessas populações em especial e que sua fixação estaria reforçada com o acesso à residência em MFC. Do mesmo modo, ao contar com a presença de especialistas nas áreas mais distantes, haveria o cenário ideal para formar novos médicos inseridos na realidade da saúde do país – portanto, comprometidos com suas demandas – e, mais ainda, que produziriam uma substancial melhora na qualidade de um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde e organizado em redes de serviços de saúde, o SUS.

Promulgada a lei, foi desencadeado um importante movimento para sua implementação com uma base legal formal clara, em um cenário real com múltiplos obstáculos: o posicionamento das entidades médicas; o marco regulatório e os requisitos legais para a criação e gestão da formação profissional, pensados basicamente para zonas urbanas desenvolvidas; o imaginário da população e dos potenciais médicos brasileiros mais voltados ao mercado do que ao serviço público; enfim, um difícil cenário a enfrentar.

Este Suplemento da revista *Interface* está voltado para o componente educação médica desenvolvido no PMM, no período de 2014 a 2017, para difundir estudos realizados em torno das ações desenvolvidas: como se avançou; quais foram as conquistas e os desafios; o que aprendemos; e como vemos o futuro da formação médica no médio e longo prazos.

Ressaltamos aqui que é o primeiro esforço de sistematização do efeito do componente de formação profissional em Saúde gerado pelo PMM no país, uma vez que a maior evidência foi gerada ao redor do componente da provisão médica.

Tendo isso em mente, a revista *Interface*, por encomenda do Ministério de Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), publicou uma

<sup>(b)</sup> Em novembro de 2018 havia 16.381 médicos atuando no PMM.

<sup>(c)</sup> Dados obtidos em consulta ao Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP), Ministério de Saúde do Brasil, 2018.

<sup>(d)</sup> Conhecido desde 2006 como “Estratégia Saúde da Família”.

<sup>(e)</sup> I – Medicina Interna (Clínica Médica); II – Pediatria; III – Ginecologia e Obstetrícia; IV – Cirurgia Geral; V – Psiquiatria; VI – Medicina Preventiva e Social.

chamada pública em 21 de julho de 2017 convidando pesquisadores, acadêmicos, professores, estudantes, gestores, trabalhadores e usuários do SUS a enviar artigos e experiências sobre a formação médica decorrente das mudanças promovidas pelo PMM<sup>(6)</sup> para a publicação de um Suplemento especial sobre “Desenvolvimento e expansão do ensino em saúde no Brasil.” Esse Suplemento teve por objetivo “incentivar a produção técnico-científica e a análise dos processos relacionados à formação em saúde que emergiram a partir do Programa Mais Médicos, abordando a trajetória e o legado da política de educação em saúde desenvolvida”, com vistas a incentivar a análise e o debate sobre políticas recentes de formação na reorientação da educação médica<sup>(8)</sup>.

Responderam à convocatória pública 42 propostas, das quais vinte artigos foram publicados, distribuídos na seção Artigos e Espaço Aberto, além de uma entrevista e um debate, incluídos por nós. Consideramos este Suplemento uma publicação de grande valor para acompanhar o processo de evolução da educação médica no país e os convidamos nossos leitores a desfrutar dessa interessante leitura.

Nas próximas páginas pode ser encontrado um importante detalhamento de uma proposta de reordenamento da formação médica que ganha força e mobiliza as estruturas regulatórias e operacionais dos Ministérios da Saúde e da Educação; introduz mecanismos concretos de negociação para o uso dos novos espaços de prática; e recebe uma importante resposta e adesão de universidades públicas, em uma primeira etapa, e de universidades privadas, em uma segunda etapa, efetivando um aumento da oferta formativa descentralizada e uma maior equidade mediante a escolha de regiões mais distantes para instalação de escolas médicas.

Neste Suplemento aponta-se a efetiva sistematização dos esforços do país na formulação de políticas e programas de transformação da educação superior, confirmando a sua liderança em matéria de políticas de RSH em nível global e situando o PMM como um mecanismo para incidir não só nos marcos regulatórios, mas também nos processos de gestão acadêmica, nos quais são definidos os perfis de formação dos profissionais da saúde. Além disso, faz-se uma análise profunda das necessidades de transformar o paradigma da educação respondendo aos desafios de manter a saúde – e não apenas respondendo à doença e à morte –; os limites da educação fragmentada e isolada (por profissões); as contradições entre a apropriação das peculiaridades da população e da cultura brasileira; e a formação técnico-científica descontextualizada, que compõem essa importante obra de recopilção e reflexão.

A supervisão acadêmica surge como uma demanda diretamente relacionada à qualidade da formação profissional, no nível de investimento do Ministério de Educação, de mobilização da rede de universidades públicas e de profissionais, para dar conta dessa necessidade, manifestada em diversos artigos do Suplemento. Além disso, a supervisão evidencia a complexidade e a importância dos processos formativos em todas suas dimensões, ainda mais considerando a educação na saúde como um processo vivo que requer uma constante transformação como resposta à realidade.

O desafio das residências médicas é outro aspecto muito bem analisado no Suplemento, que envolve tanto a necessidade de recrutar especialistas em Saúde da Família quanto de estabelecer equipes estáveis nos serviços de saúde, que permitam contar com um cenário de aprendizagem e prática qualificado para acompanhar a formação profissional em nível de graduação e pós-graduação. Essas exigências põem

<sup>(6)</sup> Link para apresentação de documentos: <https://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

<sup>(8)</sup> Link da convocatória publicada: <https://interface.org.br/chamada-publica-suplemento-especial-sobre-desenvolvimento-e-expansao-do-ensino-em-saude-no-brasil/>

em contato direto as instituições de educação superior e os gestores, principalmente de nível municipal, chegando até o centro da gestão do SUS.

O artigo e os textos dos debatedores da seção Debates trazem uma interessante análise da perspectiva dos ciclos da política, o posicionamento dos atores sociais e as necessidades concretas de mudança e melhoria que precisam ser atendidas para que o país possa alcançar melhores respostas às suas necessidades de saúde e educação. Apontam também a descontinuidade nas políticas como um fator que incide decisivamente na consistência, sustentabilidade e qualidade da resposta do país a seus desafios em educação na saúde.

Experiências importantes no tratamento de assuntos como a saúde mental, o atendimento a idosos e a promoção da saúde, relacionados aos desenhos curriculares e aos esforços para sua implantação no marco das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), permitem identificar oportunidades e desafios para avançar na necessária transformação da educação profissional.

Esta edição especial da Interface convoca, sem dúvida, um grupo seletivo de estudiosos comprometidos com o tema da educação médica, permitindo identificar importantes avanços resultantes da formulação da Lei do Mais Médicos e apontando seus limites e dificuldades. Do mesmo modo, evidencia como a educação médica constitui uma pedra angular para o funcionamento efetivo do SUS e, sem dúvida, poderá contribuir para definir a ação necessária para uma melhor condição de saúde da população brasileira.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Pacheco Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saude Debate. 2019; 43(120):259-


Submetido em 19/02/2019.  
Aprovado em 07/03/2019.

### Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015

Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015 (abstract: p. 17)

Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje Formación de 2013 a 2015 (resumen: p. 17)

**Felipe Proença de Oliveira<sup>(a)</sup>**

<proenco@ccm.ufpb.br> 

**Hêider Aurélio Pinto<sup>(b)</sup>**

<heiderpinto.saude@gmail.com> 


**Alexandre Medeiros de Figueiredo<sup>(c)</sup>**

<potiguar77@gmail.com> 

**Eliana Goldfarb Cyrino<sup>(d)</sup>**

<ecyrino@fmb.unesp.br> 

**Aristides Vitorino de Oliveira Neto<sup>(e)</sup>**

<aristidesoliveira80@gmail.com> 

**Vinícius Ximenes Muricy da Rocha<sup>(f)</sup>**

<viniciuscalango@gmail.com> 

<sup>(a,c)</sup> Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/nº, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

<sup>(b)</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

<sup>(e)</sup> Núcleo de Ciências da Vida, Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco. Caruaru, PE, Brasil.

<sup>(f)</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, estabeleceu novo marco regulatório para a graduação médica e a residência médica no Brasil, tendo a necessidade social como orientadora do processo. A presente reflexão pauta as políticas públicas e suas ações direcionadas à implementação de mudanças na formação médica no PMM e seus resultados até 2015, por meio de análise documental de fontes oficiais e literatura. Identificou-se: redução nas desigualdades regionais na distribuição de vagas de graduação; interiorização da formação; expansão de vagas de residência médica com enfoque na medicina de família e comunidade; expansão da qualificação da preceptoria; e criação do Cadastro Nacional de Especialistas. São apontados desafios enfrentados pelo PMM para alcançar efetivamente seus objetivos, a necessidade de comprometimento do Estado e as atuais ameaças a essa dimensão vital do programa, que busca a garantia do direito à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Educação médica. Programa Mais Médicos. Políticas públicas.



## Introdução

O PMM foi criado em 2013 com o intuito de enfrentar os desafios que dificultam a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) e do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>. Está estruturado em três eixos: provimento emergencial, infraestrutura e formação médica<sup>2</sup>. O eixo de provimento emergencial baseia-se em chamadas de médicos para compor equipes da Estratégia Saúde da Família em territórios com escassez desse profissional. O eixo de infraestrutura caracteriza-se pelo aporte de recursos para a reforma, ampliação e construção de novas Unidades Básicas de Saúde. Por fim, o eixo da formação médica tem como objetivo ampliar e qualificar a formação de médicos no país, de acordo com as necessidades do SUS<sup>3</sup>.

A maior aproximação entre formação universitária e sistemas de saúde não é uma meta nova, nem apenas brasileira. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a traz como desafio para todos os países e como seu objeto de cooperação técnica<sup>4,5</sup>.

No Brasil, desde a década de 1970, foram propostas diversas iniciativas voltadas à adequação da formação médica às necessidades de saúde da população. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) esteve presente em muitos processos apoiando e fomentando mudanças na formação médica. Iniciativas como o projeto de Integração Docente Assistencial (IDA), na década de 1970, e o projeto Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade (UNI), nos anos de 1990, são consideradas como algumas das bases para maior integração ensino-serviço-comunidade<sup>6</sup>. Outro importante movimento de avaliação e proposição de mudanças na formação foi o Projeto Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), composto por diversas entidades<sup>7</sup>.

Antecedendo ao PMM, é possível citar iniciativas recentes voltadas à expansão da formação médica<sup>8,9</sup>. Um primeiro movimento de interiorização e expansão das Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) e de cursos de graduação em Medicina em Ifes foi iniciado a partir de 2003, denominado pelo Ministério da Educação (MEC) como Expansão Fase 1. O programa Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), criado em 2007, orientou a reestruturação de Ifes como um segundo movimento que estimulou a interiorização e a ampliação de vagas.

O terceiro movimento foi o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)<sup>10</sup>, em 2011, criado pelo Ministério da Saúde (MS) para prover médicos em áreas de difícil acesso ou com populações vulneráveis. O programa desenvolveu estratégias de formação por meio de educação a distância, como a especialização em Saúde da Família e o Telessaúde, atividades de supervisão presencial e a distância, além de pontuação adicional de 10% nos concursos para o ingresso em programas de residência médica<sup>3</sup>. Em sua formulação, o Provab veio ao encontro de experiências internacionais que buscam construir estratégias para responder à necessidade de uma formação médica comprometida com a interiorização e o estímulo à fixação de médicos em áreas rurais, propondo-se a responder a demandas sociais<sup>11</sup>.

Quando o PMM foi lançado, embora houvesse um número significativo<sup>7</sup> de escolas médicas no Brasil, a proporção de egressos de cursos de Medicina por habitante era inferior à média dos países integrantes da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE). Enquanto no Brasil havia 14.634 egressos em 2011, média de 0,74 egressos para cada dez mil habitantes<sup>12</sup>, Reino Unido e Austrália tinham médias de, respectivamente, 1,1 e 0,9, e a média nos países da OCDE era de 1,06<sup>13</sup>. Além de

vagas insuficientes, o Brasil apresentava desigualdade na distribuição, com sua concentração nas maiores e mais ricas cidades e capitais nas regiões Sudeste e Sul do país<sup>3</sup>.

No mesmo período, no âmbito da formação de especialistas, era observado um quadro de insuficiência e má distribuição dos programas de residência, sendo essa etapa da formação considerada como inadequada às necessidades de saúde da população e do SUS<sup>14,15</sup>. No fim de 2012, para 15.804 médicos formados foram ofertadas 11.468 vagas de acesso direto à residência com ingresso em 2013, ou seja, observava-se desproporção entre formados e vagas para residência.

Deve-se considerar que a residência médica no Brasil tem sido historicamente viabilizada basicamente com financiamento público. No entanto, até então, não existiam mecanismos definidos de regulação da necessidade e distribuição de especialistas, a exemplo de outros países com experiências exitosas de formação em sistemas universais de saúde<sup>3,4,6</sup>. Nesse cenário nacional, observavam-se grandes disparidades no processo de formação. Os médicos de família representavam, em 2014, menos de 2% dos médicos do país e apenas 5% dos médicos que atuavam nas equipes de saúde da família, demonstrando um desequilíbrio significativo entre necessidade e oferta<sup>16,17</sup>.

O Eixo Formação do PMM buscou reordenar o processo de abertura de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação entre vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática adequado à formação. A lei estabeleceu novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), condicionando a abertura e funcionamento de cursos à sua efetiva implantação.

O PMM propôs a universalização de vagas de residência médica, definindo a especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) como caminho para formação de especialistas no Brasil. O programa também instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes) enquanto instrumento de contratualização da integração ensino-serviço<sup>18,19</sup>.

O presente estudo descreve e reflete sobre como foi proposto e desenvolvido o eixo da formação, analisa dados de sua implantação e avalia os resultados obtidos no período de 2013 a 2015. Entende-se que o âmbito educacional é a principal estratégia do PMM para ampliar o número de médicos no Brasil de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, em 2013, para a meta de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026<sup>3</sup>.

Assim, objetiva-se descrever, sistematizar, analisar e avaliar resultados obtidos de 2013 a 2015 no Eixo Formação do PMM, visando identificar impactos e desdobramentos na Saúde e na Educação. Esse processo orientou-se pelas seguintes questões norteadoras: O PMM efetivou a ampliação do número de escolas médicas e de programas de residência em proporção superior aos períodos anteriores? Quais foram as características dessa expansão comparada a períodos anteriores? O programa modificou o marco legal e os instrumentos de políticas públicas relacionadas à orientação e qualidade da formação e regulação da expansão? Essas mudanças são sustentáveis ou possibilitam a retomada dessa estratégia no futuro?

## Metodologia

Trata-se de estudo documental, com revisão não sistemática da literatura sobre o PMM, utilizando as bases eletrônicas SciELO e Pubmed, com os descritores “Programa Mais Médicos”, “Mais Médicos”, “Educação Superior”, “Faculdades de Medicina” e “Educação Médica”, com o ícone “pesquisa” incluindo todos os índices. Foram considerados os idiomas inglês, português e espanhol, a partir de 2002 até o momento atual.

Foi realizada análise documental retrospectiva com o objetivo de identificar normativas (leis, regulamentações, decretos, portarias, notas técnicas com poder determinativo) disponibilizadas pelo Governo Federal em sites sobre o programa, além de documentos e publicações que possibilitaram identificar, descrever e sistematizar seus objetivos, justificativas e resultados esperados; e relacionar esses resultados com mudanças nos instrumentos de políticas públicas normatizados, ou criação de novos, a fim de compor um quadro geral de ação que funcionou como estrutura de sentidos<sup>20</sup>.

Constituída a modelagem, entendida enquanto formato no qual foi estruturada a política em análise (em detrimento de outros modelos possíveis), as políticas que a antecederam foram utilizadas em outros países para problemas e questões sociais semelhantes<sup>21</sup>. Levando-se em conta as questões de pesquisa, foram buscadas evidências da implementação da política tanto em relatórios e literatura quanto em bancos de dados analisados. A busca estruturou-se com base em desenhos típicos de estudo de avaliação de implementação<sup>21,22</sup>, considerando o grau de realização dos objetivos propostos e os impactos regulatórios no setor.

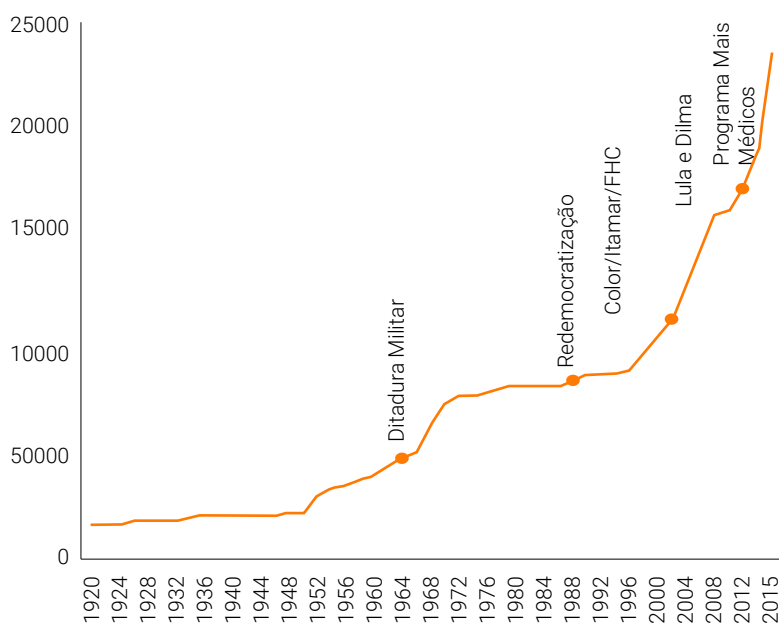
Para analisar o processo de expansão de vagas de graduação em Medicina, utilizaram-se dados secundários de bases públicas dos Departamentos de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). Em virtude da não existência da variável “número de vagas no momento de criação do curso” nos bancos de dados disponibilizados, foi estabelecido que o número de vagas no momento da autorização seria equivalente ao número de vagas atuais no momento da coleta. Os dados populacionais foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo foi dividido em cinco períodos: entre 1808 e 1963 (criação da primeira faculdade de Medicina até o período anterior à ditadura militar); de 1964 a 1987 (ditadura militar até o período prévio à constituição vigente); de 1988 a 2002 (Constituição Federal e período dos governos Collor e FHC); 2003 a 2012 (expansão durante o governo Lula e período do governo Dilma antes do Mais Médicos); e de 2013 a 2015 (governo Dilma com o Programa Mais Médicos)<sup>23</sup>. Esses períodos foram utilizados para a elaboração de gráficos nos resultados. As vagas de graduação dispostas nos gráficos são as autorizadas pelo MEC, bem como as de âmbito municipal e estadual autorizadas pelos conselhos estaduais de educação.

## Resultados e discussão

### Expansão da graduação

A criação de vagas de graduação em Medicina no país pode ser considerado um processo tardio quando comparado a outros países, com períodos de acanhada expansão que geraram déficit no número de médicos no país. Observa-se no gráfico 1 crescimento acentuado a partir de 2003, especialmente a partir de 2013, com o PMM. A expansão média anual após o programa é 3,5 vezes maior do que o período de 2003 a 2012.



**Gráfico 1** – Vagas em cursos de graduação em Medicina conforme ano de criação.

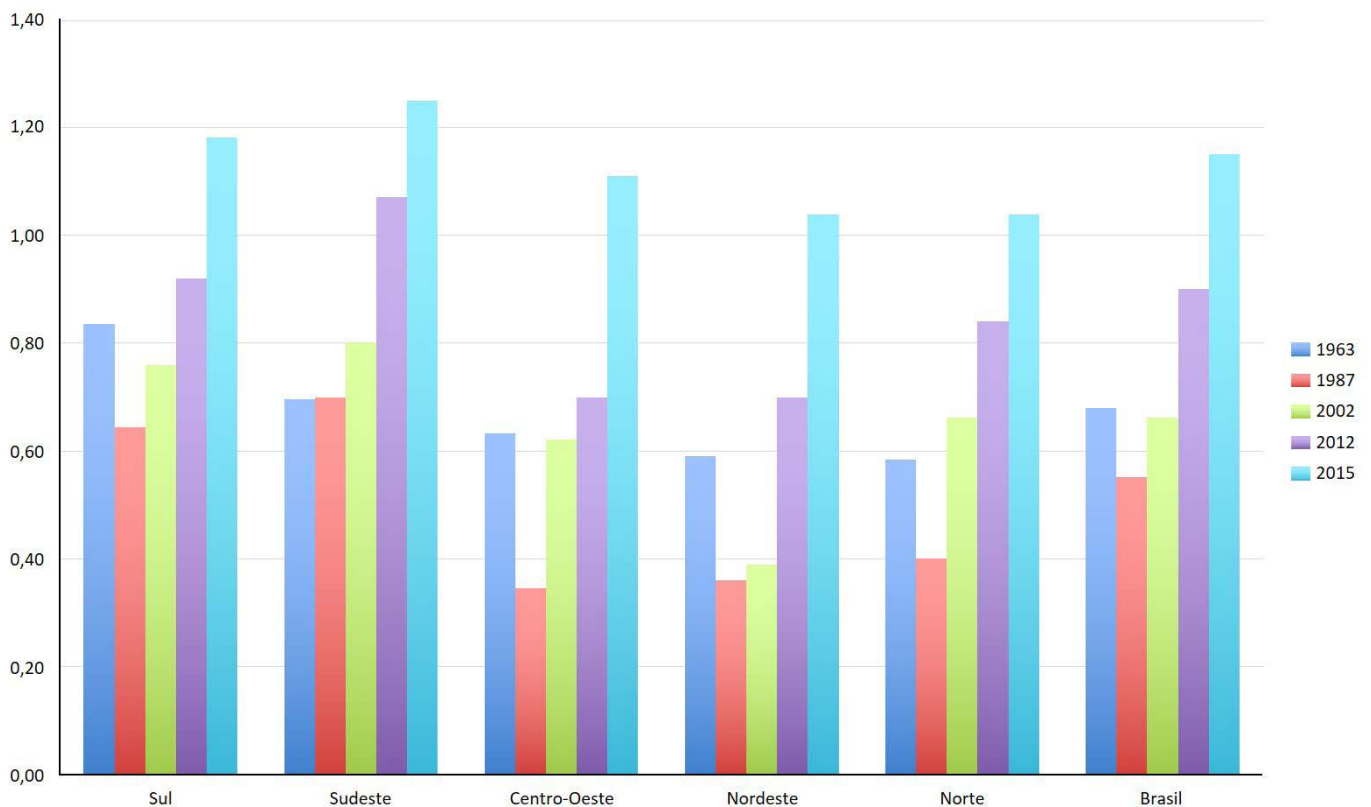
Fonte: dados do Deges e DDES, 2015.

A expansão após 2013 foi regulada pela Lei do PMM e priorizou a abertura de cursos em regiões com menor relação médico por habitante, fortalecendo a interiorização e a redução das desigualdades regionais. As metas previstas foram baseadas em projeções, tendo como objetivo atingir 2,7 médicos para cada mil habitantes em 2026 e melhorar a distribuição no território nacional<sup>3</sup>.

A expansão teve notório componente de equidade, como se pode ver no gráfico 2. As regiões Norte e Nordeste, com maior necessidade social e com menor capacidade de atrair e fixar profissionais<sup>24</sup>, apresentavam proporção de vagas por habitantes historicamente menor do que as regiões Sul e Sudeste. Até 2002, o número de vagas por habitantes do Nordeste (0,39 vaga/10.000 habitantes) era a metade da região Sudeste (0,8 vaga/10.000 habitantes). No período de 2013 a 2015 foram criadas 6.391 vagas em cursos de Medicina, ou seja, 55% da meta do PMM, que previa a criação de 11.500 vagas até 2017.

A Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Ifes, instituída no âmbito do PMM, foi orientada para a diminuição das disparidades regionais, a interiorização e a adoção de estratégias de aperfeiçoamento da qualidade dos cursos. Assim, a seleção dos locais para a implantação de novos cursos e aumento de vagas em cursos existentes foi um processo realizado em acordo com as Ifes, baseado em critérios como a prioridade para implantação de novos cursos em *campi* interiorizados; regiões com menor relação entre número de médicos e habitantes, em especial nas regiões Norte e Nordeste.

A distribuição das vagas permitiu que todas as regiões do Brasil ultrapassassem o patamar de uma vaga por dez mil habitantes e as diferenças entre elas foram reduzidas significativamente, havendo maior crescimento proporcional justamente nas regiões que apresentavam as menores taxas.



**Gráfico 2** – Evolução de vagas em cursos de Medicina a cada 10.000 habitantes conforme região do país e período, Brasil, de 1963 a 2015.

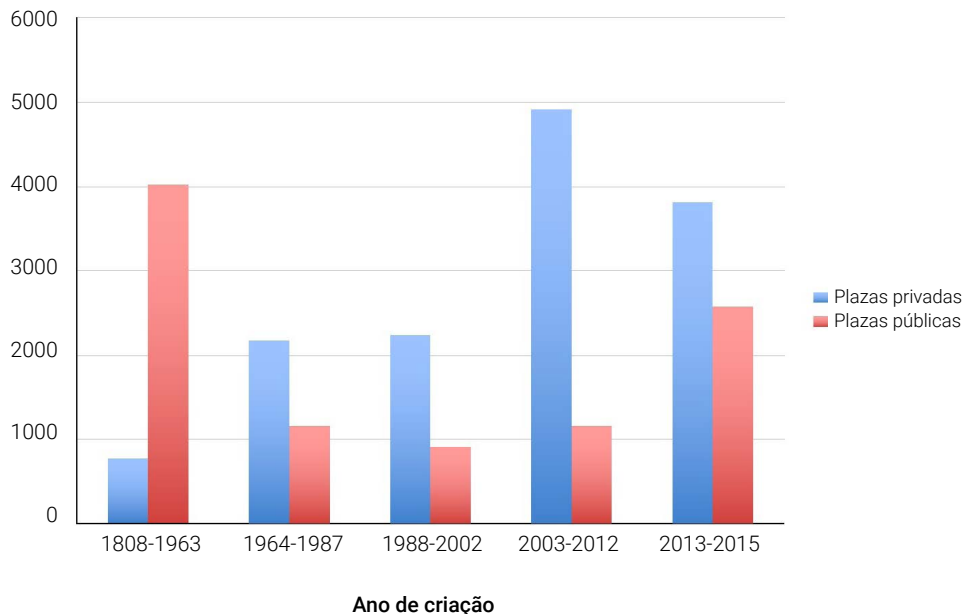
Fonte: dados do Deges e DDES, 2015.

As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentaram crescimento superior (58% e 48%, respectivamente) ao das regiões Sul (28%), Norte (24%) e Sudeste (17%), evidenciando uma redução parcial das desigualdades regionais, de forma a vislumbrar a diminuição das iniquidades na oferta de atenção em saúde. São evidentes os avanços na expansão, ainda que aquém da meta determinada; e na mudança legal e factual do modo de expandir escolas privadas, o que será desenvolvido a seguir.

## Aumento de vagas em instituições públicas e privadas

O PMM planejou a expansão de vagas de Medicina em universidades públicas, principalmente em *campi* de Ifes no interior, criadas no processo de expansão do ensino superior a partir de 2003<sup>3</sup>. Contudo, os números planejados para essa expansão, depois de negociações que envolveram o MEC; reitores e coordenadores de curso; e a área econômica do governo, foram inferiores à meta definida pelo PMM. Assim, a diferença entre a meta final e as novas vagas ofertadas pelas Ifes seria demandada para o setor privado<sup>3</sup>.

No período de 2013 a 2015, houve importante expansão pública com forte componente de interiorização, a partir do programa de expansão federal, com contratação de professores e investimento em infraestrutura<sup>25</sup>.



**Gráfico 3** – Evolução do número de vagas abertas em número absoluto em cursos de Medicina conforme natureza pública ou privada e período, Brasil, 1808 a 2015.

Fonte: dados do Deges e DDES, 2015.

A maior parte das vagas criadas entre 2013 e 2015 foram em instituições privadas. A maior expansão absoluta e proporcional de vagas privadas ocorreu no período de 2003 a 2012, com o Programa Universidade para Todos (ProUni) e o Programa de Financiamento Estudantil (Fies)<sup>3</sup>.

O novo marco regulatório para a expansão do ensino privado em Medicina estabeleceu que a autorização da abertura de novos cursos se daria em municípios selecionados em editais públicos que consideravam como critérios de seleção a estrutura da rede de saúde, a relação médico por habitante e vagas por habitante, em cada estado. Ao se

candidatarem, os municípios precisavam comprovar a existência da rede de serviços compatível em uma avaliação *in loco* realizada por comissão ligada ao MEC. Além disso, deviam assumir compromissos relacionados com a manutenção e qualificação da rede. Em 2013, foi publicado o primeiro chamamento público de abrangência nacional e, em 2015, uma chamada pública específica para municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

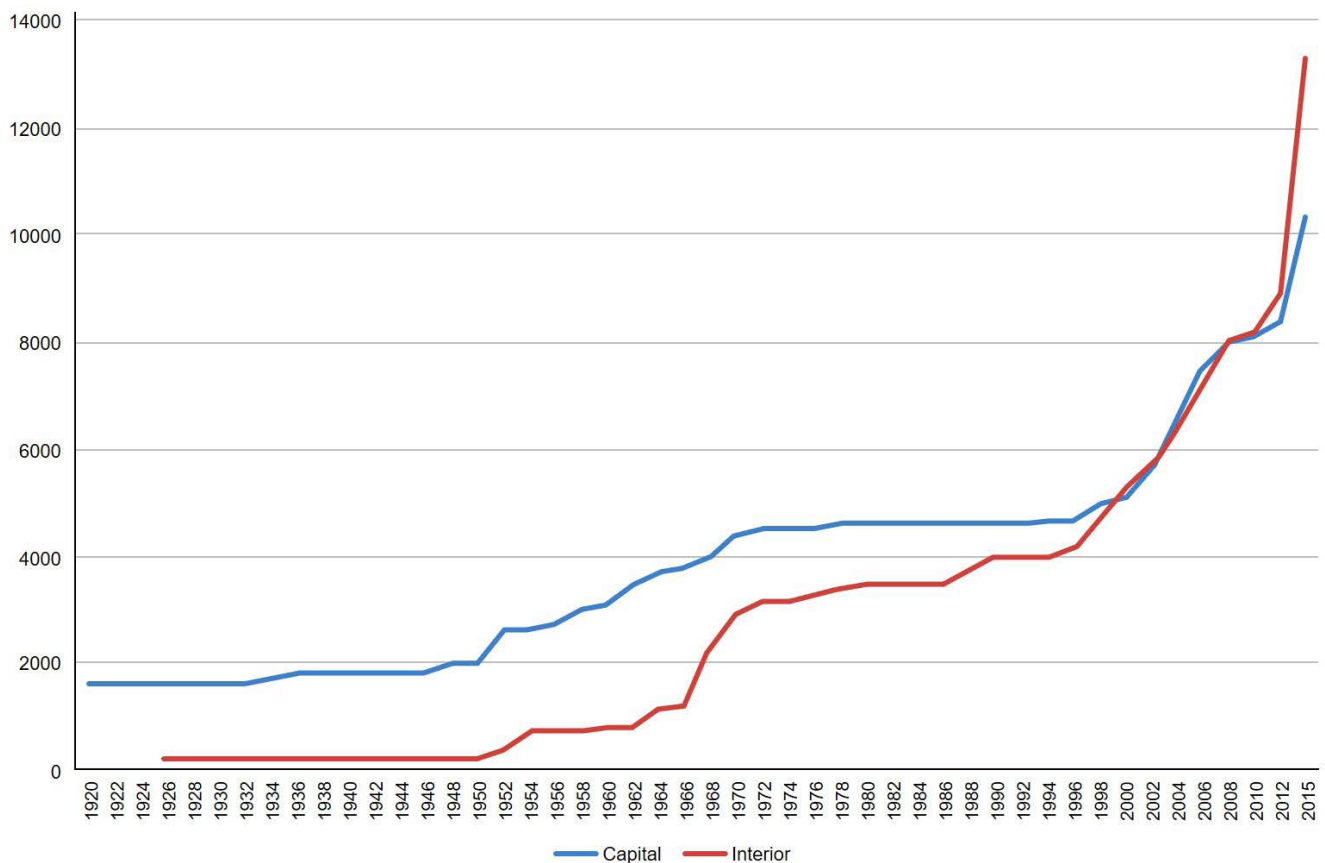
A seleção das mantenedoras também passou a ser feita a partir de editais de chamamento público, a fim de avaliar aquelas que poderiam criar os cursos nos municípios selecionados. O primeiro edital foi publicado em 2014 e estabeleceu aspectos que buscavam assegurar a viabilidade e sustentabilidade da instituição para implantar um curso com qualidade e adequado às necessidades do SUS e exigências das novas DCN<sup>26</sup>. Os critérios estabelecidos para a escolha das mantenedoras foram: a qualidade do projeto pedagógico; a infraestrutura e corpo docente do curso; o plano de contrapartida para a estrutura de serviços; o plano de formação e desenvolvimento docente; o plano de implantação da residência médica; e o plano de oferta de bolsas para alunos. O processo previa monitoramento por meio de comissão formada por especialistas e representantes do MEC, do MS, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É importante notar que nem todas as escolas que foram autorizadas após a criação do PMM seguiram esses critérios e procedimentos, precisamente porque a lei do programa estabeleceu esse regramento somente para novos processos de abertura de cursos<sup>3</sup>, e existiam pedidos anteriores pendentes no MEC.

Compreendem-se os desafios de um processo de expansão predominantemente privado, no qual são levantados questionamentos sobre uma formação médica efetivamente comprometida com as necessidades sociais e a democratização do acesso ao ensino superior. Entretanto, entende-se que é fundamental analisar todo o formato de regulação proposto pelo PMM – e não só, como têm feito alguns estudos<sup>23</sup>, a natureza da vaga (se pública ou privada) – para estudar e compreender as diferenças no processo de expansão ao longo da história. Além disso, são necessários novos estudos para compreender como políticas de indução e regulação do ensino superior interferem no acesso ao ensino médico e na fixação de médicos em suas regiões. Essas são questões relevantes quando observamos que ainda poucos estudos estão disponíveis nessa perspectiva do PMM.

### **Interiorização da formação**

Foi observado um processo de interiorização com volume suficiente para inverter o número absoluto de vagas nas capitais e no interior e aumento do número de municípios com escolas médicas, conforme aponta o gráfico 4.



**Gráfico 4** – Evolução de vagas em cursos de Medicina segundo capital, interior e período no Brasil de 1920 a 2015.

Fonte: dados Deges e DDES, 2015.

Dentre as evidências para atração e retenção de médicos em áreas remotas, destacam-se aquelas que relacionam a formação com ações em zonas rurais, seja de abertura de cursos de Medicina nessas localidades ou mesmo de estágios rurais. Além disso, ter estudantes provenientes de localidades rurais é outra importante iniciativa para a fixação de médicos nessas localidades<sup>27</sup>. O enfoque adotado pelo PMM de abertura de escolas médicas segue proposta semelhante a outros países, destacando-se as experiências de Medicina Rural no Canadá, na Austrália e na África do Sul<sup>3,12,28</sup>. Segundo Cahill<sup>28</sup>, na Austrália, é necessário que 25% dos alunos venham de zonas rurais. Para esses alunos, mais importante do que sua nota é seu local de residência. Portanto, mesmo que não consigam uma pontuação adequada, ingressarão no curso porque vêm de uma área rural. A autora acrescenta que para os aborígenes a probabilidade de entrar na escola de Medicina será ainda maior, dado que não há médicos aborígenes em número suficiente.

O programa assumiu como objetivo considerar as regiões de saúde<sup>26,29</sup> para planejar a distribuição das vagas, buscando, assim, reverter as iniquidades regionais. Os chamamentos foram dirigidos exclusivamente a cidades que não eram capitais, não tinham curso de Medicina e distavam pelo menos 70 km de um município com escola médica. O segundo chamamento buscou atender especificamente estados com oferta insufi-



ciente de vagas, segundo a meta de 1,34 vagas por dez mil habitantes, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Foram considerados aptos 61 municípios nos dois editais. A efetiva implantação das vagas autorizadas ampliaria em 4.347 a oferta de vagas no país, todas no interior, e provocaria o aumento expressivo de regiões de saúde com vagas de Medicina: de 143 para 204, o que não ocorreu no período estudado em virtude de decisão do Tribunal de Contas da União, que suspendeu o andamento do primeiro edital.

### **Expansão e regulação da residência médica**

Houve expansão das residências médicas no último período, com crescente participação do MS no financiamento de bolsas, e uma tendência de maior planejamento e regulação estatal sobre a especialidade e localidade de abertura das vagas, de acordo com o exposto a seguir.

É possível notar um processo de indução da expansão da residência e a intenção de orientar as especialidades desde 2009, ano de criação do Pró-Residência pelo MS, programa caracterizado pelo incentivo à criação de vagas de residência médica no SUS, com financiamento de bolsas para os residentes e com prioridade para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste<sup>3,13</sup>. Outra medida relevante foi a publicação da Portaria 1.248<sup>30</sup> de 2013, na véspera do lançamento do PMM, criando uma linha de financiamento de cem milhões de reais por ano para estrutura e custeio de serviços que expandissem as vagas de residência em especialidades e regiões prioritárias.

Estudo referente ao período anterior ao PMM, considerando a intervenção do Pró-Residência, demonstra redução de desigualdades na distribuição das vagas de residência no país<sup>13</sup>. Com a criação do PMM e as normativas legais para a expansão da residência médica, essa tendência se acentuou. Ampliou-se a proporção de vagas financiadas pelo MS (de 14,4% em 2012 para 32% em 2015) e foram criadas vagas em especialidades e regiões que antes careciam dessa oferta de formação.

O incremento significativo na quantidade de vagas de residência, saindo de 12.477 vagas em 2012 e chegando a 22.064 vagas ofertadas em 2015, revela o esforço de regular a residência médica, de modo a qualificar a formação médica com uma oferta de especialização e mais ainda o direcionamento dessa oferta segundo as necessidades do SUS.

Contudo, a universalização pretendida para o PMM define um itinerário de formação de especialistas, no qual a MFC seria pré-requisito para a maioria das demais especialidades, com exceção de nove (genética médica, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina do trabalho, medicina do trânsito, patologia e radioterapia), que somam número pequeno de vagas. Assim, aproximadamente 90% das vagas de acesso direto teriam que ser de MFC, concretizando o objetivo do PMM de fazer com que a maioria dos médicos tivesse uma formação de um ou dois anos nessa especialidade, ainda que viessem depois a se dedicar a outra. Com efeito, entre as vagas criadas nesse período, 58% foram na área de MFC.

A criação de vagas é absolutamente insuficiente ante a necessidade de aproximadamente 16.500 para alcançar a universalização, sendo a MFC o pré-requisito para tal criação. Talvez aqui resida uma das metas do PMM que exija maior esforço institucional – envolvendo ações que criem viabilidade para a implantação de programas e promovam a ocupação de vagas por parte dos egressos da graduação – e capacidade de

enfrentar resistências de setores da corporação médica que se opõem tanto a qualquer regulação pública na residência médica quanto ao estabelecimento da MFC como uma especialidade central na formação das demais<sup>31</sup>.

Como uma das ações nesse campo, MS e MEC lançaram no fim de 2015 o Plano Nacional de Formação de Preceptores, com o objetivo de incentivar e apoiar a implantação de programas em MFC, qualificar a formação dos preceptores e oferecer incentivos tanto à atuação como preceptor quanto à ocupação das vagas de residência. O plano viabilizou a identificação dos preceptores existentes na rede de atenção à saúde e garantiu um novo financiamento para a sua formação, bem como estimulou que os futuros especialistas tivessem a possibilidade de formação em preceptoria ao longo da residência para se inserir na preceptoria assim que concluírem suas formações.

Outra medida foi a criação, em outubro de 2015, do Cadastro Nacional de Especialistas, reunindo informações de todos os médicos especialistas do país; local de atuação; e onde e como se formaram. O objetivo foi realizar o planejamento e regulação da formação de especialistas adequando-a ao interesse público e às necessidades de saúde da população<sup>1,3,32</sup>.

Entre os objetivos e metas estudados nesse artigo, a definição do itinerário de formação dos especialistas, a valorização da MFC e expansão de suas vagas rumo à universalização e o uso do Cadastro Nacional de Especialistas para a regulação da formação de especialistas estão entre aqueles que sofrem as maiores resistências de parte significativa da corporação médica<sup>31</sup>. A análise do contexto e das tendências quanto à correlação de forças não autoriza uma postura otimista com relação ao alcance desses objetivos nem no curto, nem no médio prazo.

### **Qualificação da formação médica**

Em 2014, foram publicadas as novas DCN pelo CNE. O processo de elaboração contou com audiências públicas e reuniões nas quais participaram o MEC; o MS; direções e corpos docentes e discentes das universidades; gestores do SUS; e diversos segmentos da sociedade, incluindo o CNS e as entidades médicas. Essa ação sofreu importante resistência de setores conservadores no campo de educação e da prática médica<sup>33</sup>. Até 2015, foi possível identificar os avanços assinalados nos elementos normativos, não sendo possível identificar quais efeitos foram produzidos no âmbito das universidades e da relação da formação com os serviços de saúde.

As diretrizes mantiveram os elementos centrais e o perfil do egresso do documento anterior; estruturaram o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção à saúde, educação e gestão; e fortaleceram o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, tais como a ABS, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de internato. Adequando-se às mudanças na sociedade brasileira, agregaram-se novos e reforçaram-se elementos ao processo de formação, tais como respeito à autonomia do usuário; segurança do paciente; respeito à diversidade humana; cuidado às pessoas com deficiência, atenção às questões étnicas-raciais; interprofissionalidade e trabalho em equipe; questões socioambientais; e o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

A nova diretriz apontou para a diversificação de cenários de prática e inserção em serviços de saúde ao longo do curso, em consonância com as proposições atuais para

o ensino médico que apontam para a formação baseada no desenvolvimento de competências e para a compreensão da interdependência e necessidade de integração dos sistemas de ensino com os sistemas de saúde<sup>34</sup>. Definiu-se a obrigatoriedade de programa de educação permanente para professores e profissionais da rede e o fortalecimento do processo de contratualização dos serviços da rede.

Observa-se o fortalecimento do processo de avaliação na graduação apontando para instrumentos que contemplem aspectos cognitivos, psicomotores e atitudinais e para a adequação das avaliações aos objetivos das DCN. Outrossim, instituiu a avaliação específica do estudante de Medicina sob os mesmos preceitos e estabeleceu o seu caráter obrigatório, processual e formativo, bem como o uso dessa avaliação nos processos seletivos para a residência. Essa avaliação foi denominada Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), sendo instituída em 2016 com o objetivo de realizar uma avaliação longitudinal.

A publicação das DCN foi seguida de uma série de desdobramentos para efetivar sua implementação e fortalecer o processo de regulação pela sociedade. Criou-se o comitê gestor do Coapes com o objetivo de elaborar as diretrizes nacionais dos contratos, envolvendo gestores do SUS, representantes do MEC, CNS, Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem).

O PMM gerou a demanda pela adequação do instrumento de avaliação dos cursos de graduação do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes) às novas DCN. Ao fim de 2015, o processo estava bastante avançado e, de fato, foi concluído em abril de 2016, após consulta pública que analisou instrumento construído por comissão composta por representantes do MEC, Ministério da Saúde, Abem, Inep, Conselho Federal de Medicina (CFM), Denem e CNS. Esse instrumento acrescentou 15 novos indicadores para avaliar o cumprimento das novas regras estabelecidas pelas DCN; fortalecer a integração ensino-serviço; criar programas de educação permanente para docentes e profissionais da rede de saúde; ampliar a articulação da graduação com os programas de residência; fortalecer a responsabilidade social das escolas e sua adequação às necessidades sociais em saúde regionais; e ampliar a participação da sociedade no processo de formação médica. Ainda em 2016, essa normativa foi substituída por instrumento que não contempla aspectos importantes estabelecidos no programa e que em parte fragilizam a capacidade de regulação da sociedade.

O PMM ampliou as ações de qualificação de docentes e preceptores. Destaca-se a criação do ProfSaúde, mestrado profissional que prioriza profissionais que atuam na atenção básica, de forma a possibilitar a formação necessária de professores para os novos cursos de Medicina no interior.

Os desdobramentos seguintes, a exemplo da efetiva implementação por parte dos ministérios da Saúde e da Educação e efeitos nas escolas médicas, serviços de saúde, atuação dos docentes e formação dos educandos extrapolam os objetivos do presente estudo e devem ser objeto de novos estudos.

## Conclusão

Ao longo das últimas décadas, houve intenso processo de discussão sobre o ensino médico, que apontou para a necessidade de mudança em função das necessidades sociais da população e do SUS. Apesar dos avanços obtidos, as mudanças advindas foram insuficientes para transformar efetivamente a formação médica.

O PMM foi assumido enquanto prioridade governamental e instituído por meio de uma lei elaborada em um contexto de amplo e acirrado debate nacional. A atuação intersetorial e a construção de uma política com estratégias que objetivam uma mudança da formação médica (graduação e pós-graduação) com planejamento a curto e longo prazo são diferenciais do PMM.

A própria criação de novas estruturas no Governo Federal, como o DDES no MEC e o DEPREPS no MS, atuando conjuntamente ligados ao PMM, demonstram a densidade do movimento provocado.

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implementação, alcançou, no eixo “mudança da formação”, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa tanto a curto quanto a longo prazo. Várias das ações realizadas foram inspiradas em programas internacionais com resultados efetivos, como é o caso do Canadá e da Austrália.

O programa foi formulado com dispositivos que visam adequar o processo de expansão de vagas às necessidades da população, além de uma série de dispositivos regulatórios para garantir a qualidade dos cursos. Ressalta-se que o planejamento realizado foi baseado em um contexto de formulação de políticas públicas que fomentavam melhoria do acesso à educação e à saúde, expansão de serviços e manutenção das prerrogativas constitucionais de expansão de financiamento de forma proporcional ao crescimento econômico.

A atual suspensão da expansão de vagas públicas e maior “flexibilidade” na expansão privada em cursos já existentes tende a gerar um viés de mercado para a formação com dificuldade de acesso para os egressos do ensino médio público. Os investimentos na expansão e manutenção nas Ifes teriam que ser mantidos para que os objetivos do PMM fossem concretizados. Alguns processos, como a pactuação pelo Coapes, também foram descontinuados. Recentemente, a Lei nº 13.350 de dezembro de 2017 retirou a obrigatoriedade da necessidade de avaliação a cada dois anos da graduação em Medicina e a avaliação específica anual da residência médica.

Um ponto de destaque é a necessidade de avançar em uma proposta que possibilite atrair e valorizar docentes dos cursos implantados no interior. A alteração nos processos de avaliação e progressão dos docentes das instituições federais está prevista na lei e possibilitam a formulação de uma proposta.

Outra questão central a destacar é a necessidade de expansão da formação em MFC com a importante função de formar médicos com um olhar mais integral e generalista. Caso essa expansão não aconteça a contento, é possível que o eixo provimento deixe de ser emergencial e passe a ser prorrogado permanentemente ante a necessidade de médicos estrangeiros na periferia de grandes cidades e em áreas remotas.

Vale lembrar que, para alcançar médicos na quantidade necessária e com a formação adequada às necessidades de nossa população, é fundamental cumprir efetivamente os objetivos do Eixo Formação, seguindo a tendência estudada e apontada aqui no período de 2013 a 2015. O Brasil precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar

a qualidade da sua formação para responder às razões que exigiram a criação do PMM e para que o país possa avançar de modo consistente na garantia do direito à saúde por meio de um sistema público, gratuito, universal, integral, equânime e com participação popular.

Finaliza-se este texto marcando que vive-se tempos de luta pela sobrevivência do SUS como um projeto político e democrático em um cenário com a forte sensação de um colapso da área pública e profunda dificuldade na continuidade de políticas sociais. A construção do SUS pela Constituição Federal de 1988 aconteceu em uma conjuntura de disputa ideológica, reorganizando relações entre Estado e sociedade com bases marcadas pela presença do neoliberalismo, por um lado, e pela luta por uma reforma democrática do Estado, por outro lado, pressuposto dos formuladores do SUS. Descrever e refletir sobre o PMM na dimensão formação é um esforço de contribuição para o registro da história vivida recentemente, um esforço para não se perder esta rica construção coletiva. Assim, de qualquer forma, é prudente aguardar um pouco mais para avaliar o resultado concreto dessas políticas adotadas. Contudo, cabe ao governo, à sociedade e à academia fazer um acompanhamento cuidadoso desse processo.

### Contribuições dos autores

Felipe Proenço de Oliveira, Hêider Aurélio Pinto, Alexandre Medeiros de Figueiredo e Eliana Goldfarb Cyrino participaram da concepção e delineamento do trabalho; e da redação do manuscrito. Aristides Vitorino de Oliveira Neto e Vinícius Ximenes Muricy da Rocha participaram da discussão dos resultados e da revisão crítica do conteúdo. Todos os autores participaram da revisão final do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

### Referências

1. Presidência da República (BR). Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JTR. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genebra: WHO; 2010. v. 23.

5. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, editores. Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 4-26.
6. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
7. Lampert JB. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica; 2009. p. 309.
8. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Informe final del grupo de trabajo sobre requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina. Educ Med Salud. 1979; 13(3):1-10.
9. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. The Project “Mais Médicos” and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? Esc Anna Nery. 2015; 19(1):5-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150001.
10. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
11. Rourke J. How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? Bull World Health Organ. 2010; 88(5):395-6.
12. Martins MA, Silveira PSP, Silvestre D. Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto avaliação das escolas médicas brasileiras: relatório I [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 5 Feb 2018]. Disponível em: [http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem\\_92\\_relatoriopaemi.pdf](http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf)
13. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Health at a glance 2013: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013 [citado 5 Feb 2018]. doi: 10.1787/health\_glance-2013-en.
14. Alessio MM. Análise da implantação do Programa Mais Médicos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
15. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. López-Valcárel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: projeções para 2020 [Internet]. Las Palmas; 2011 [citado 5 Feb 2018]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
17. Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
18. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
20. Muller P, Sural Y. A análise das políticas públicas. 3a ed. Pelotas: Educatt; 2002.
21. Viana AL. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, editor. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 204.
22. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: Rico EM, editor. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 2001. p. 256.



23. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges. *Hum Resour Health*. 2015; 13(1):1-10. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.
24. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan DML, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
25. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) médicos. *Tempus* [Internet]. 2015 [citado 5 Fev 2018]; 9(4):175-81. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810>
26. Ministério da Educação (BR). Edital nº 6, de 22 de Dezembro de 2014. Primeiro edital de chamada pública de mantenedoras de instituições de educação superior. *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2014. p. 3.
27. Clark TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013; 199(11):779-82.
28. Vanni T, Cyrino AP, Ribeiro ACRC. Provisão médica no sistema de saúde da Austrália: uma conversa com Megan Cahill. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1367-75.
29. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 1, de 28 de Setembro de 2011: Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. *Diário Oficial da União*. 29 Set 2011. p. 3.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013. Institui a estratégia de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Alessio MM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1143-56.
32. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.516, de 10 de Setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. *Diário Oficial da União*. 11 Set 2013. p. 5.
33. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMAV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:60-73.
34. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2):337-41.



---

The More Doctors Program (PMM) was created in 2013. Guided by social needs, it set a new regulatory framework for medical education and residency in Brazil. This study is based on public policies and their actions aimed at implementing changes in medical education in PMM, as well as their results until 2015, by analyzing documents from official sources and the literature. The following results were identified: decrease in regional inequalities in the distribution of undergraduate course seats; education internalization; increase in medical residency seats specialized in Family and Community Medicine; expansion of preceptorship qualification; and creation of the National Registration of Specialists. The challenges faced by PMM to effectively achieve its goals, the need for State commitment and the current threats to this vital dimension of the program (ensure the right to health) are pointed out.

**Keywords:** Primary healthcare. Medical education. More Doctors Program. Public policies.

---

El Programa Más Médicos fue creado en 2013 y estableció un nuevo marco regulador para la formación y residencia médica en Brasil. En este artículo se han realizado análisis documentales, análisis de bases de datos oficiales y revisión de literatura, buscando estudiar los cambios en la formación médica y sus resultados hasta 2015. Se han identificado avances importantes en la distribución de plazas de graduación entre las diferentes regiones del país; en la interiorización de la formación; en la creación de cursos de medicina que sigan la regulación estatal; en la regulación de las plazas de residencia médica con enfoque en medicina de familia y comunidad; en la cualificación de la preceptoría; y en la creación del Catastro Nacional de Especialistas. En la conclusión se señalan los desafíos que ha enfrentado para alcanzar efectivamente sus objetivos.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Educación médica. Programa Más Médicos. Políticas públicas.

Submetido em 06/02/2018.

Aprovado em 17/08/2018.



### Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde

Reflections on the National Curricular Guidelines of undergraduate medical courses based on the National Health Promotion Policy (abstract: p. 14)

Reflexiones en torno a las Directrices Curriculares Nacionales del curso de graduación en Medicina a partir de la Política Nacional de Promoción de la Salud (resumen: p. 14)

**Renata Meira Veras<sup>(a)</sup>**

<renata.veras@ufba.br> 

**Caio Cezar Moura Feitosa<sup>(b)</sup>**

<feitosacaiocesar@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rua Barão de Jeremoabo, s/no, PAV, Sala 403, Ondina. Salvador, BA, Brasil. 40170-115.

<sup>(b)</sup> Graduando do curso de Ciências Sociais, UFBA. Salvador, BA, Brasil.

O objetivo deste artigo é realizar uma análise foucaultiana das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina. Aprofunda-se essa análise no âmbito da promoção da saúde presente na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por esta estar estreitamente relacionada à proposta de integralidade. As novas DCN estão em uníssono com o que se preconiza na PNPS, uma vez que se almeja uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva, ética e capaz de atuar com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana nos diferentes níveis da atenção do processo saúde-doença. Por outro lado, a análise revela que, embora exista a tentativa de situar o graduando como sujeito ativo no seu processo formativo, não há indicação de inclusão desse ator social na formulação de suas práticas formativas.

**Palavras-chave:** Educação superior. Recursos humanos em saúde. Promoção da saúde. Integralidade em saúde. Medicina.

## Introdução

A reforma do setor saúde na década de 1990, materializada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), produziu no país a expansão do setor público, implicando em novas formas de trabalho, principalmente para os médicos<sup>1,2</sup>. Conseqüentemente, a educação superior em saúde vem passando por mudanças visando à reorientação da formação dos profissionais desse campo.

No Brasil, a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases para Educação em 1996 desencadeou reformas curriculares que culminaram na criação das DCN, que orientam a formação dos profissionais de saúde, assegurando as competências e habilidades iguais para a prática profissional. As mais recentes DCN do curso de graduação em Medicina foram homologadas pelo Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014<sup>3</sup>. Além disso, legitimam as bases para a atual formação médica, que deve ser humanista, crítica, reflexiva, ética e com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana, objetivando-se como promotoras da saúde integral do ser humano<sup>3</sup>.

Reconhece-se que o ideário da promoção à saúde vem desde os anos 1970 influenciando as políticas públicas e modelos de formação em saúde em distintos países<sup>4</sup>. Diante desse panorama, o objetivo deste artigo é realizar uma análise foucaultiana do discurso das DCN do curso de Medicina. Aprofunda-se essa análise no âmbito da PNPS de 2006<sup>5</sup>, revisada em 2014, por estar estreitamente relacionada à proposta de integralidade e de intersetorialidade a partir de soluções inovadoras. O Ministério da Saúde propõe a PNPS em um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde, exigindo a reflexão e qualificação das práticas sanitárias e do sistema público de Saúde. Assim, este estudo lança-se no desafio de analisar criticamente se o processo de educação e formação profissional médica está de acordo com os objetivos apontados na PNPS.

## A educação médica em discussão

No Brasil, com a reforma universitária de 1968 (resultante do acordo MEC/Usaid de 1967 e da Lei 5.540/68), as universidades brasileiras passaram a adotar oficialmente o modelo americano, conhecido como biomédico flexneriano<sup>6,9</sup>. Alguns autores<sup>6-11</sup> tendem a afirmar que esse modelo enfatiza a profissionalização precoce, com tendência à especialização e subspecialização, sendo o hospital o principal espaço de prática. Atribui-se a aplicação desse modelo de formação no Brasil a partir do Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos na década de 1910. Para Pagliosa e Da Ros<sup>7</sup>, esse relatório possibilitou a organização e padronização do funcionamento das escolas médicas; no entanto, aniquilou outras formas de atenção à saúde, como a medicina alternativa. Por outro lado, Almeida Filho<sup>8</sup> destaca a importância desse relatório para a introdução de critérios de cientificidade e institucionalidade necessárias à regulação da formação acadêmica e profissional no campo da Saúde.

Paralelo a esse modelo educacional, observa-se que, a partir da década de 1970, houve uma proliferação de conferências e seminários para repensar o cuidado à saúde da população, entre eles o Relatório Lalonde em 1974, Declaração de Alma-Ata em 1978 e a Conferência de Ottawa em 1986. O primeiro documento questiona o papel

exclusivo do médico no tratamento de doenças, evidenciando o seu alto custo e pouca eficácia, principalmente em problemas crônicos. Já a declaração de Alma-Ata é um importante marco político no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e estabelece como objetivo “saúde para todos nos anos 2000”, ao propor, na prática, um pacote de serviços básicos à saúde e a incorporação do direito à universalidade e equidade no acesso ao sistema de saúde<sup>1,12</sup>.

No entanto, foi a partir da Conferência de Ottawa que se formulou oficialmente a proposta da promoção da saúde atrelada a uma concepção mais complexa do processo saúde-doença. Assim, a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença, a promoção de saúde passou a ser tratada como um conjunto de conhecimentos teóricos, políticos ou saberes tradicionais que visam enfrentar os problemas de saúde da população<sup>1,12,13</sup>.

Destaca-se que o surgimento da promoção da saúde no cenário mundial foi acompanhado de um avanço da política neoliberal nos países capitalistas europeus e norte-americanos. Argumentava-se que a desaceleração/estagnação no processo de desenvolvimento econômico – ou seja, a acumulação de capital dos países – ocorria por conta dos exacerbados gastos na seguridade social. Dessa forma, a solução para essa estagnação seria uma reforma do Estado, limitando os gastos sociais e produzindo uma reforma fiscal para redução de impostos<sup>4,14,15</sup>.

É nessa perspectiva que alguns autores têm defendido a ideia de que a promoção da saúde pode ser considerada uma estratégia ideológica que visa à diminuição do Estado no setor saúde, transferindo ao sujeito a responsabilidade pelo cuidado a sua saúde a partir dos conceitos de *empowerment*, comunidade, participação social e qualidade de vida. Consequentemente, seria então não mais dever do Estado, mas sim dos indivíduos a mudança de seus comportamentos por hábitos saudáveis; assim, os próprios sujeitos deveriam se mobilizar em prol da resolução das suas necessidades de saúde<sup>4,15</sup>.

Em dissonância da perspectiva neoliberal, destaca-se que a concepção de promoção da saúde presente no movimento da reforma sanitária está articulada com a determinação social do processo saúde-doença; sendo assim, não considera a saúde apenas nos seus fatores individuais<sup>1,15</sup>.

Assim, em 1988, com a Constituição cidadã e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990, o Estado firma o compromisso com a saúde da população, e a saúde passa a ser um direito do cidadão e dever do Estado. O SUS é então outorgado como a política de Estado para o setor saúde e, como previsto na Lei Orgânica da Saúde, cabe também ao Estado brasileiro garantir o ordenamento da formação de recursos humanos em saúde<sup>9,16-19</sup>.

Como resposta, no início da década de 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) protagonizou, juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à Medicina, a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (Cinaem). Dessa maneira, o projeto do Cinaem foi desenvolvido em três etapas, nas quais se levantou o perfil das escolas médicas a partir de um roteiro da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do corpo docente das instituições; e as pedagogias adotadas. Os resultados encontrados evidenciaram uma inadequação do profissional frente às necessidades de saúde da população, além de um ensino centrado no docente e uma exacerbada especialização dos conhecimentos<sup>9,20</sup>.

Observou-se, concomitantemente, o desencadeamento de reformas curriculares estimuladas pela aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para Educação, em 1996, que confere liberdade às instituições de ensino superior para o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às vocações das escolas. Substituiu-se, assim, o antigo currículo mínimo pelas DCN<sup>21</sup>.

Portanto, além da criação da LDB, a discussão desenvolvida pelo Cinea gerou propostas que foram incorporadas às DCN de graduação em Medicina por meio da resolução nº 4 de 7 de novembro de 2001 do Ministério da Educação<sup>8,20-22</sup>.

Logo em 2002, criou-se o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e Educação, Opas, Rede Unida e Abem. O programa propunha dar continuidade ao movimento iniciado com a Cinea por meio de uma cooperação técnica, no intuito de estimular as reformas curriculares visando adequação da formação médica com as necessidades de saúde da população. Ou seja, o programa preconizava um alinhamento com um conceito ampliado de saúde e maior articulação com a atenção básica, as DCN e o SUS<sup>20,21,23</sup>.

Outras iniciativas surgiram para reorientação profissional em saúde a partir de 2003 com uma maior integração entre os Ministérios da Saúde e Educação. Entre essas, há a criação do Departamento de Educação na Saúde (Deges), como parte da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Segets), e os programas VER-SUS e AprenderSUS; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); e o Pró-Saúde, inspirado no Promed<sup>9,20,21,23</sup>.

Segundo Lampert<sup>6</sup>, as principais iniciativas de reorientação na formação em saúde estão situadas no fim do século XX, aprofundam-se no século XXI e almejam a promoção da saúde; no entanto, não são totalmente bem-sucedidas por apresentarem dificuldades em traduzir essas propostas para a educação médica. A promoção da saúde foi anunciada desde a construção do SUS; porém, tornou-se uma política institucionalizada apenas em 2006, por meio da portaria nº 687 do Ministério da Saúde (MS)<sup>5</sup>. Recentemente, o documento passou por uma atualização que colocou como desafio uma maior articulação intersetorial, reconhecendo que o setor da saúde pública não conseguirá solucionar sozinho todos os condicionantes que influenciam a saúde. De fato, as discussões que resultaram na Política Nacional de Promoção da Saúde, consolidaram a necessidade de um conceito de saúde ampliado que possibilite ao indivíduo um cuidado integral, por meio de ações articuladas entre os diversos níveis de atenção (integralidade) e entre os diferentes setores, pela intersetorialidade<sup>12,24</sup>. Sendo assim, considera-se indispensável para a consolidação do SUS a existência de políticas efetivas tanto no que diz respeito às relações de trabalho e políticas de vinculação dos trabalhadores ao sistema quanto aos aspectos relacionados à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde<sup>25</sup>. Ademais, isso já era previsto desde a publicação do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que recomenda que a estrutura dos serviços em saúde e a definição dos perfis profissionais fossem adequadas às necessidades do país. Desse modo, a formação dos profissionais de saúde deve ser integrada ao sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado.

Chiesa et al.<sup>16</sup> ressaltam que as formas de organização curricular têm passado por mudanças paradigmáticas e que, quanto mais se avançar nesse sentido, mais a atuação do pessoal formado será transformada. Para esses autores, um processo dialógico acon-

tece em um processo participativo no qual a educação deve ser bidirecional, estando ambas as partes envolvidas e com o compromisso de transformar seus próprios saberes. No princípio dialógico, a teoria e a prática precisam estar conectadas para aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, deve-se atentar principalmente às DCN do curso de graduação, pois orientam os currículos universitários com as competências e habilidades necessárias para a formação profissional de nível superior. No caso de Medicina, objetivam formar o graduando para “observar as dimensões das diversidades biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconômica, cultural e ética que singularizam cada pessoa ou cada grupo social”<sup>23</sup> (p. 4). Contudo, nesse teor de reflexão crítica, é necessário questionar se as práticas discursivas, ou formas de ação perpassadas pela linguagem, implícitas nas novas DCN, viabilizam as mudanças apontadas (ou desejadas) pela PNPS.

## Método

O presente artigo traz uma análise documental das DCN do curso de graduação em Medicina. Tais diretrizes são recomendações, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia, definida pela LDB.

Essas DCN foram inicialmente publicadas em 2001, mas foram revistas e reformuladas em 2014, sendo homologadas pelo Conselho Nacional de Educação, pela Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014<sup>3</sup>. Para suas aplicações, os cursos de Medicina devem estar em funcionamento a partir de um ano a contar da data da publicação do documento.

As DCN foram elaboradas pela Comissão da Câmara de Educação Superior do Ministério da Educação, possuem 19 páginas e apresentam-se divididas em três capítulos. O capítulo I apresenta as diretrizes a serem observadas na organização; e desenvolvimento e avaliação do curso de Medicina no âmbito das instituições de educação superior do Brasil. O capítulo II apresenta as competências que permitem a transformação das diretrizes. O último capítulo apresentado nas DCN indica os conteúdos curriculares fundamentais para o curso de graduação em Medicina, assim como a orientação para a organização do Projeto Pedagógico.

Para a análise desse documento, foi utilizado o método de análise foucaultiana do discurso. Essa abordagem da Análise do Discurso foi introduzida pela psicologia anglo-americana nos anos 1970. A partir das ideias de Foucault<sup>26</sup> acerca da relação poder e conhecimento, os psicólogos começaram a explorar a relação estabelecida entre a linguagem e a subjetividade. Essa abordagem influencia essencialmente o trabalho de Carla Willig<sup>27</sup> que, a partir do ponto de vista foucaultiano, focaliza a relação entre discursos e instituições, já que esses discursos estão ligados a práticas institucionais, ou seja, com formas de organizar, regular e administrar a vida social.

Por meio dos discursos, relações de poder e controle social são estabelecidas, aprisionando os sujeitos a uma naturalização dessas relações discursivas e uma reprodução de práticas baseadas no controle e poder, produzindo subjetividades que operam pelos discursos e os legitimam. Portanto, tendo o discurso um efeito decisivo no modo como se configura o mundo social, as práticas discursivas são práticas sociais produzidas por meio de relações de poder concretas em uma determinada época<sup>27</sup>.

Além disso, esse tipo de análise questiona a relação entre discurso e a forma como as pessoas pensam ou sentem (subjetividade), o que podem fazer (práticas) e o cotidiano no qual ocorrem tais experiências.

### O processo analítico

A análise da linguagem elaborada para este estudo, sob o enfoque foucaultiano da análise do discurso utilizada por Carla Willig<sup>27</sup>, pretende compreender a disposição dos discursos utilizados no documento oficial e de que maneira podem influenciar a forma como as pessoas pensam ou agem<sup>27</sup>.

Willig<sup>27</sup> estrutura a análise foucaultiana do discurso a partir de seis etapas: 1) identificação das construções discursivas que lidam com a temática da formação médica; 2) tipo de discurso que agrupa essas construções em categorias mais abrangentes; 3) orientação para ação que esses discursos apontam, considerando o seu caráter funcional; 4) estudo dos posicionamentos que os discursos viabilizam aos atores sociais envolvidos; 5) estudo das práticas ou formas em que as construções discursivas e os posicionamentos dos sujeitos, nelas contidos, abrem ou fecham oportunidades para a ação; e 6) formas de subjetivação possíveis, a partir da orientação para a ação, dos posicionamentos e das práticas presentes no texto.

Esses estágios permitem ao pesquisador mapear alguns recursos discursivos utilizados no texto e as posições subjetivas que eles contêm, assim como explorar as suas implicações para a subjetividade e prática<sup>27</sup>. O primeiro autor lê os textos por, pelo menos, quatro vezes na intenção de se tornar familiar e engajado em relação a eles. Os discursos são identificados e discutidos com o segundo autor. O segundo passo é desenhar um plano de análise utilizando as seis etapas descritas, no intuito de apresentar os discursos identificados no estudo.

### Análise dos discursos das DCN

Com base nas discussões apresentadas até o momento, considera-se importante ressaltar que qualquer leitura ou análise de ordenamentos educativos deve ser acompanhada de processos de reflexão e de autorreflexão, pela tendência a reproduzir os parâmetros simbólicos aos quais as pessoas estão condicionadas<sup>18,27</sup>. Justifica-se a necessidade dessa análise por se tratar de um momento de transformação e de mudança de paradigmas na educação médica.

Nesse sentido, reconhece-se a potência da promoção da saúde na reorientação da formação médica ao questionar o modelo biomédico, principalmente a perspectiva curativa centrada no indivíduo, abrindo a possibilidade de se deslocar do processo formativo dos discentes e da centralidade da Biomedicina. Oferta-se assim aos estudantes um contato com uma concepção de saúde interdisciplinar, sendo condição intrínseca para a promoção da saúde o diálogo com outros saberes, sejam eles científicos ou populares, para a oferta de cuidados em saúde<sup>4,28</sup>.

Assim, para o estudo das DCN<sup>3</sup>, adotou-se a estratégia de análise foucaultiana do discurso, sintetizada por Willig<sup>27</sup> e utilizada na análise do Programa de Promoção da Saúde 1996-2000 da Comissão Europeia<sup>29</sup> e da PNPS<sup>18</sup>.



## As construções discursivas

Nessa primeira etapa da análise, a intenção é identificar o modo como cada discurso foi construído. Para Willig<sup>27</sup> e Foucault<sup>26</sup>, todas as formas de conhecimento são construídas por meio do discurso e das práticas discursivas. Tendo como base a organização das diretrizes a partir das competências, a discussão acerca da formação médica aparece organizada nas três construções discursivas, conforme sequenciamento disposto nas DCN.

Da atenção à saúde – Nessa área, recomenda-se que o graduando em Medicina tenha a formação necessária para considerar as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, socioeconômica, cultural e ética que singularizam cada pessoa ou grupo social. Nesse sentido, a atenção à saúde é desdobrada a partir de dois campos: as necessidades individuais de saúde e as necessidades de Saúde Coletiva.

Nota-se que esses campos apontados nas DCN são coincidentes com o texto presente na no artigo 2º da PNPS<sup>5</sup>:

A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, pela formação de Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (p. 26)

Igualmente, a promoção da saúde é colocada na PNPS como uma estratégia de fortalecimento dos princípios de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação. Para viabilizar essa ação, as DCN indicam as competências em duas áreas: atenção às necessidades individuais de saúde e atenção às necessidades coletivas de saúde.

Está clara a relação entre as práticas almeçadas pela formação proposta nas DCN e o texto constante na PNPS em relação à consideração da autonomia e singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios. No entanto, destaca-se nas construções discursivas presentes no documento a prevalência da responsabilidade individual para com estilos de vida saudáveis e consequentemente a ênfase na competência para atuar individualmente. As necessidades individuais dependem não apenas da vontade ou liberdade individual, mas principalmente das condições determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem<sup>5</sup>; porém, o documento apresenta um discurso tendencioso à formação para competências na área da atenção às necessidades individuais. Esse tipo de formação está em dissonância com a atual realidade de iniquidades sociais e de saúde existentes no Brasil. Ressalta-se que Testa<sup>30</sup> considera necessário o processo de constituição de sujeitos sociais; a partir disso, existe transformação das práticas. Se não há indicação de formação médica voltada para as necessidades sociais brasileiras, certamente a prática de atendimentos individuais prevalecerá.

Da gestão em saúde – Nas DCN, as seções que tratam da gestão em saúde apontam como imprescindíveis para a formação em Medicina a capacidade em empreender ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio de dimensões como gestão do cuidado, valorização da vida, tomada de decisões, comunicação, domínio da língua estrangeira, liderança e trabalho em equipe. A gestão

em saúde pode ser estruturada em duas ações-chave para efetivação da competência nessa área: organização do trabalho em saúde; e acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde<sup>3</sup>.

A gestão aparece na PNPS como um dos eixos operacionais em que se priorizam processos democráticos e participativos de regulação e controle, de planejamento, de monitoramento, de avaliação, de financiamento e de comunicação<sup>5</sup>.

Há, portanto, uma confluência de ideias na formulação das diretrizes para a formação médica, com base nos processos democráticos e participativos. No entanto, observa-se a existência de um discurso presente nas DCN que prioriza a elaboração, implementação, monitoramento e acompanhamento dos planos de intervenção para o processo de trabalho. As competências para o trabalho baseado na intersetorialidade, estimulado pela PNPS, não é indicado nas DCN. Ressalta-se que atualmente um dos entraves para a gestão da saúde pública é justamente a incapacidade de se trabalhar transversalmente<sup>18</sup>. Os gestores possuem dificuldades para se comunicar uns com os outros e de elaborar planos de trabalho transversais em prol da intersetorialidade.

Essa estratégia poderia contribuir para a superação da falta de novas tecnologias do cuidado apontado por Feuerwerker<sup>31</sup>. A priorização em novos modelos de trabalho em saúde que privilegiem a intersetorialidade implicam em uma reorganização das práticas em saúde, superando o modelo flexneriano utilizado até hoje.

Da educação em saúde – Nessa área, espera-se que o graduando esteja apto à corresponsabilidade com a própria formação inicial e continuada para conquistar autonomia intelectual e responsabilidade social; e adquirir compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, estimulando a promoção da mobilidade acadêmica e profissional. Sua formação deve objetivar: aprender a aprender; aprendizagem interprofissional; aprender com o erro; envolvimento na formação do médico (conciliando ensino, pesquisa e extensão); e mobilidade e formação de redes<sup>3</sup>.

Citando a Declaração de Adelaide<sup>32</sup> e a Declaração de Helsinque<sup>33</sup>, a PNPS enfatiza que é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas. Essa interação é necessária por entender que as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor Saúde, sendo formadas social e economicamente. Sabe-se que a educação está diretamente relacionada às questões sociais e econômicas, tanto a educação básica ofertada pelas esferas municipais e estaduais quanto ao ensino superior público. Mesmo tendo este último passado por algumas mudanças que objetivaram a democratização do acesso, reconhece-se a elitização dessa instituição. Esses fatores dificultam a inserção de indivíduos de todos os extratos socioeconômicos ao ensino superior<sup>34</sup>.

Portanto, mesmo que as DCN tenham seus objetivos consoantes com os temas prioritários para a promoção da saúde apontados pela PNPS, não se observa correlação com as políticas de reforma universitária necessárias para se efetivar a formação voltada para as práticas de atenção primária à saúde. Essa lacuna denuncia mais uma vez a falta de discurso que privilegia a intersetorialidade objetivada na PNPS.

## Tipo de discurso

Esta etapa da análise se destina a situar o viés das diferentes construções discursivas, atentando especialmente para os juízos de valor que perpassam os discursos. Por se



tratar de um documento político, observa-se um único tipo de discurso – o “político prescritivo”. Percebe-se a ênfase político-prescritiva na maioria das construções discursivas, utilizando-as como norma de ação:

Art. 3. O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano<sup>3</sup>. (p. 3)

### Orientação para a ação

Esse terceiro estágio de análise envolve um exame mais acurado, a fim de analisar de que maneira as construções discursivas estão sendo empregadas no documento. Sob um ponto de vista foucaultiano, os discursos engendram práticas sociais, produzidas por meio de relações de poder concretas, em uma determinada época, formando um conjunto de afirmações que estabelece uma gama de posicionamentos do sujeito. O enfoque dos documentos, no que tange à orientação para ação, permite um olhar sobre a construção do objeto discursivo que disponibiliza o que o sujeito pode fazer (práticas) e as condições materiais dentro das quais ocorrem tais experiências<sup>26</sup>.

Apesar de o tipo de discurso presente nas DNC ser o político prescritivo, que pressupõe um caráter hierárquico-prescritivo, é estimulado nesse documento que a formação médica esteja integrada com outros profissionais, tanto na área de educação (a partir da educação interprofissional), nas competências para atenção às necessidades de Saúde Coletiva (estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais); quanto na competência Gestão em Saúde (abertura para opiniões diferentes e trabalho colaborativo em equipes de saúde)<sup>3</sup>.

Assim, o capítulo III, que trata dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, orienta em relação à formatação da estrutura curricular para atingir os objetivos previstos nas DCN. Os discursos ali presentes se voltam para o estímulo à inclusão de metodologias que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, a fim de promover a integração e interdisciplinaridade em coerência com uma proposta radical de formação médica voltada para humanização e integralidade objetivadas na PNPS.

### Posicionamentos

O posicionamento subjetivo presente nos discursos identifica a localização da pessoa dentro da estrutura de direitos e deveres para os que utilizam daquele repertório<sup>27,35</sup>. Assim, nessa etapa da análise, atenta-se para as formas como a construção dos objetos discursivos se reflete no posicionamento dos diversos atores.

Percebe-se que, embora a organização do curso utilize “metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a exten-

são”<sup>3</sup> (p. 17), não há indicação de como esse papel ativo será outorgado nos projetos pedagógicos dos cursos.

Alguns autores<sup>36,37</sup> destacam que a autonomia baseada no modelo neoliberal é sempre regulada, uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis. Assim, mesmo com a centralidade do discurso enfocando o *empowerment* e a autonomia no sujeito nas DCN, as estratégias presentes na PNPS e nas DCN não aprofundam as discussões sobre as desigualdades e iniquidades no Brasil<sup>38,39</sup>.

## Práticas

De acordo com Willig<sup>27</sup>, certas práticas se tornam formas legítimas de comportamento por meio dos discursos. Para essa autora, é necessário realizar uma leitura do tipo de práticas que tais construções discursivas viabilizam no documento.

É evidente que, por ser um documento oficial que orienta a formação médica, este é direcionado para os gestores da educação superior em Medicina. O artigo 7º prescreve que o “graduando deverá estar apto à corresponsabilidade com a própria formação inicial e continuada”<sup>3</sup> (p. 6). No entanto, o graduando que deve assumir “a participação ativa” em seu processo formativo não é considerado nesse documento. Não há qualquer menção do caminho a ser seguido para se alcançar esse fim. Pelo fato de esses atores não serem incluídos na orientação do seu processo formativo, revela-se uma enorme distância entre os gestores e os graduandos, principais atores nesse processo e para quem essas práticas são, supostamente, desenhadas.

## Processos de subjetivação

O estágio final dessa análise explora a relação entre discurso e subjetividade. Os discursos disponibilizam certas formas de ver o mundo e certas formas de estar no mundo. Eles constroem as realidades sociais e psicológicas por meio da interanimação dialógica ou de influências mútuas<sup>18,27</sup>.

A análise já vem mostrando que os discursos não são neutros, carregando em suas linhas (e entrelinhas) intenções, juízos de valor e posicionamentos que viabilizam ou não certo tipo de práticas em detrimento de outras. Tais práticas constituem realidades sociais e psicológicas, encenando formas de ser e estar no mundo<sup>27</sup>.

Os processos de subjetivação dos sujeitos mostram-se por meio dos posicionamentos e práticas a que são delegados, indicando a necessidade do cumprimento da norma e dos princípios prescritos, instituindo um projeto de previsão e regulação. Destaca-se que o documento é um recurso a ser utilizado pelos os gestores, a fim de se reorganizar o processo formativo em Medicina consoante com os princípios e diretrizes da PNPS, que requer, para sua aplicação, práticas de atenção à saúde inovadoras. No entanto, os discursos constantes nas DCN desconsideram a potencialidade dos graduandos em participar ativamente do seu processo formativo, contribuindo para a relação hierarquizada e passividade tão combatida pelo paradigma da integralidade. Sabe-se que a valorização da autonomia devolve ao indivíduo a responsabilidade pelas suas competências potenciais.

Esses posicionamentos possibilitam a compreensão da construção das relações na instituição e nos cursos de Medicina, emergindo a ideia do instituído enquanto espaço de poder e tomada de decisão, que previamente regula comportamentos, podendo reproduzir determinados enunciados e realidades, e afeta subjetividades.

## Considerações finais

Reconhece-se que as novas DCN estão predominantemente em uníssono com o que se preconiza na PNPS, uma vez que se almeja uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva, ética e capaz de atuar com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana nos diferentes níveis da atenção do processo saúde-doença. No entanto, é importante ressaltar que o paradigma de promoção da saúde possui múltiplas leituras, sendo então responsabilidade dos pesquisadores, professores, gestores, técnicos e estudantes ressignificar à luz das necessidades de saúde do povo brasileiro, levando em consideração seu potencial explicativo e transformador<sup>4,28</sup>.

Assim, reforça-se a ideia de que o tensionamento histórico na construção das DCN evidencia as problemáticas e lacunas da pauta sobre a formação médica no país e como estas repercutem nos modelos e propostas de formação atual.

Igualmente, a análise também revela que, embora exista a tentativa de situar o graduando como sujeito ativo no seu processo formativo, não há indicação de inclusão desse ator social na formulação de suas práticas formativas. Segundo Ortega y Gasset<sup>40</sup>, esse é um dos erros essenciais de uma universidade que se perde entre as definições de cultura e ciência: desconsiderar os estudantes.

Entretanto, o que realmente deve ser ressaltado nessa análise, principalmente, é a teia de interdependências na qual a formação acadêmica e o trabalho em saúde estão inseridos<sup>41</sup>. Para se consolidar as mudanças na formação médica, de modo que considerem as singularidades, ofereçam tecnologias para o cuidado e lidem com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer, serão necessários espaços de reflexão mais profundos do que apenas publicação de novas diretrizes curriculares.

Destaca-se também que as realidades construídas em consequência dos discursos analisados aqui não foram objeto de estudo, podendo evidenciar elementos outros que contradizem ou reafirmam os enunciados. Ainda que compreendamos que a formação não acontece a priori, não se realiza somente por meio do prescrito, mas também, a partir do encontro e na relação, os enunciados do texto certamente ativam práticas institucionais e organizam condições nas quais experiências acontecem<sup>18,27</sup>.

É nessa perspectiva que os trabalhos de Paulo Freire vêm ganhando espaço entre as propostas educacionais baseadas na liberdade e emancipação<sup>42,43</sup>. Essa abordagem suscita a elaboração de estratégias a fim de promover a participação dos indivíduos visando maior controle sobre a vida, eficácia das políticas públicas, justiça social e melhoria da qualidade de vida<sup>4</sup>.

Portanto, considera-se que, ao se adotar um processo reflexivo e relacional na construção de políticas e projetos para a formação médica, não há como se conceber as DCN como algo acabado, mas como um vir-a-ser e como uma categoria de orientação para ação. É com base nesse pensamento que se aponta para a necessidade de ênfase na reflexividade, por meio das relações dialógicas e do senso crítico, como uma nova alternativa para a ação social.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas da elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(2):335-42.
2. Machado MH. Perfil dos médicos no Brasil. *RADIS Dados*. 1996; 19.
3. Conselho Nacional de Educação (BR). diretrizes curriculares nacionais para cursos de medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
4. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(3):669-78.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
7. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(4):492-9.
8. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
9. Nogueira MI. As mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(2):262-70.
10. Moraes BA, Costa NMSC. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(Spe):9-16.
11. Rocha MND. Educação superior no Brasil: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Bahia; 2014.
12. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.
13. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(3):745-9.
14. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):445-50.
15. Stotz EM, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saude Soc*. 2004; 13(2):5-19.



16. Chiesa NA, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais de saúde: a aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2):236-40.
17. Araujo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saude Publica.* 2007; 31(1):20-31.
18. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):223-38.
19. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis.* 2010; 20(2):551-70.
20. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3):333-46.
21. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(6):1613-21.
22. Teixeira CFS, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2013, 18(6):1635-46.
23. Aguiar AC. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30(2):98-101.
24. Carvalho YM, Ceccim RG. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2009.
25. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente em salud: una estrategia para intervenir em la micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colect.* 2006; 2(2):147-60.
26. Foucault M. *A arqueologia do saber.* 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
27. Willig C. *Introduction to qualitative research in psychology: adventures in theory and method.* Buckingham: Open University Press; 2010.
28. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(1):5-13.
29. Sykes CM, Willig C, Marks DF. Discourses in the European Commission's 1996-2000 Health Promotion Programme. *J Health Psychol.* 2004; 9(1):131-41.
30. Testa M. Enseñar medicina. In: Testa M. *Pensar em salud.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 49-84.
31. Feuerwerker LM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
32. World Health Organization. *Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada em prol da saúde e do bem-estar.* Genebra: WHO; 2010.
33. World Medical Association. *Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a investigação médica em seres humanos.* Ferney-Voltaire: WMA; 2013.
34. Almeida Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet.* 2011; 377(9781):1898-900.

35. Davies B, Harré R. Positioning: the discursive production of selves. *J Theory Soc Behav.* 1990; 20(1):43-63. doi: 10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x.
36. Petersen A, Lupton D. *The new public health: health and self in the age of risk.* Londres: Sage Publications; 1996.
37. Lupton D. *Risk.* New York: Routledge; 1996.
38. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc Sci Med.* 2004; 58(1):41-56.
39. Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.* Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
40. Ortega Y, Gasset J. *Missão da universidade.* Porto: Seara Nova; 1946.
41. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saude Publica.* 1996; 12(1):7-30.
42. Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment.* London: Sage Publications; 2004.
43. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q.* 1988; 15(4):379-94.

---

The objective of this article is to analyze the National Curricular Guidelines of medical courses based on Foucauldian discourse analysis. This analysis goes even deeper under the scope of health promotion presented by the National Health Promotion Policy (PNPS), since it is closely related to a comprehensive care proposal. The new National Curricular Guidelines are in accordance with PNPS, since it aims at a general, human, critical, reflective and ethical education that is able to prepare medical students to work with social responsibility and commitment to advocate for citizenship and human dignity in different levels of care in the health-disease process. On the other hand, the analysis reveals that, although there is an attempt to place graduates as active subjects in their educational process, there is no sign of inclusion of these social agents in the creation of their educational practices.

**Keywords:** Higher education. Health human resources. Health promotion. Comprehensive care. Medicine.

---

El objetivo de este artículo es realizar un análisis foucaultiano de las DCN para el curso de medicina. Se profundiza este análisis en el ámbito de la promoción de la salud presente en la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), por estar estrechamente relacionada a la propuesta de integralidad. Las DCN están en consenso con lo que se preconiza en la PNPS, una vez que se anhela una formación general, humanista, crítica, reflexiva y ética, capaz de actuar con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía y la dignidad humana en los diferentes niveles de la atención. Por otro lado, el análisis revela que, aunque existe el intento de situar al graduado como sujeto activo en su proceso formativo, no hay indicación de inclusión de ese actor social en la formulación de sus prácticas formativas.

**Palabras clave:** Educación superior. Recursos humanos en salud. Promoción de la salud. Integralidad en salud. Medicina.

Submetido em 30/10/17.  
Aprovado em 01/10/18.

### Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação

New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education (abstract: p. 14)

Nuevas Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar la formación (resumen: p. 15)


**Marcelo José Monteiro Ferreira<sup>(a)</sup>**

<marceloferreira@ufc.br> 


**Kelen Gomes Ribeiro<sup>(b)</sup>**

<kelengomesr@yahoo.com.br> 


**Magda Moura de Almeida<sup>(c)</sup>**

<magda.almeida.mfc@gmail.com> 

**Maria do Socorro de Sousa<sup>(d)</sup>**

<sousams3@gmail.com> 

**Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro<sup>(e)</sup>**

<marcotuliomfc@gmail.com> 

**Márcia Maria Tavares Machado<sup>(f)</sup>**

<marciamachadoufc@gmail.com> 

(continua p. 12)

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE, Brasil. 60430-140.

<sup>(b, c, d, e)</sup> Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>(f, g)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FM, UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) visam à reestruturação e adequação dos currículos médicos. Objetiva-se realizar uma análise crítico-reflexiva da reestruturação da matriz curricular para um curso de Medicina. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada em uma universidade federal brasileira. Para a análise do material, procedeu-se com Análise de Discurso. Como resultados, destacou-se uma proposição curricular que valorize a vida, capaz de transpor o paradigma biomédico para incorporar outras dimensões no cuidado em Saúde. Apontou-se para o fortalecimento de uma matriz curricular retroalimentada pelas demandas sociais, tendo a Atenção Primária como cenário preferencial para a formação. Propõe-se o estabelecimento de relações de longitudinalidade e transversalidade entre as áreas de competência das DCN de 2014 e os componentes curriculares ofertados. Intenciona-se fomentar a compreensão dos determinantes e relações das doenças com os modos de vida das comunidades.

**Palavras-chave:** Educação médica. Currículo. Atenção primária à saúde. Saúde coletiva. Integralidade em saúde.

## Introdução

O século XXI demonstrou a fragilidade dos sistemas de saúde em lidar com a tripla carga de doenças infecto-parasitárias, crônicas não transmissíveis e causas externas. Expôs, também, o descompasso da formação médica para com as principais necessidades de saúde da população<sup>1</sup>.

Parte dessa incongruência entre formação profissional e necessidades de saúde relaciona-se a um processo histórico de elaboração de currículos, muitas vezes descontextualizados, fragmentados e focalizados na técnica. Nesse contexto, pelo menos três gerações de reformas educacionais importantes podem ser destacadas<sup>2</sup>. A primeira foi uma mudança paradigmática, desencadeada a partir da publicação do Relatório Flexner, no início dos anos 1920, no qual se solidifica a formação em ambientes hospitalares como cenários privilegiados para o exercício da prática médica<sup>2</sup>.

A segunda reforma introduziu inovações pedagógicas, como o Problem-Based Learning (PBL), as metodologias ativas e o trabalho em pequenos grupos na formação de profissionais de saúde. As faculdades de Medicina, em especial, foram estimuladas a romper com estruturas hierarquizadas e modelos tradicionais de ensino para adotarem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno<sup>3</sup>.

A terceira geração de mudanças ganha força nos sistemas educacionais a partir do conceito de “*social accountability*”, termo que ainda carece de tradução, pois não se restringe apenas à responsabilidade social. Trata-se do compromisso de prestação de contas, de uma relação que se inicia no acolhimento das preocupações socio sanitárias das comunidades, regiões ou nações para o direcionamento das atividades de ensino, pesquisa e serviço<sup>4</sup>. Caracteriza-se, portanto, pela necessidade de as instituições educacionais estarem engajadas para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais essenciais para contextos e cenários específicos<sup>1</sup>.

No Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária pode ser considerado vanguarda desse novo paradigma, quando contribuiu para institucionalizar a formação de recursos humanos para a saúde por meio da Constituição Federal. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a ordenação do processo de formação desses profissionais deve ser orientada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as necessidades de saúde mais prevalentes da população<sup>5</sup>.

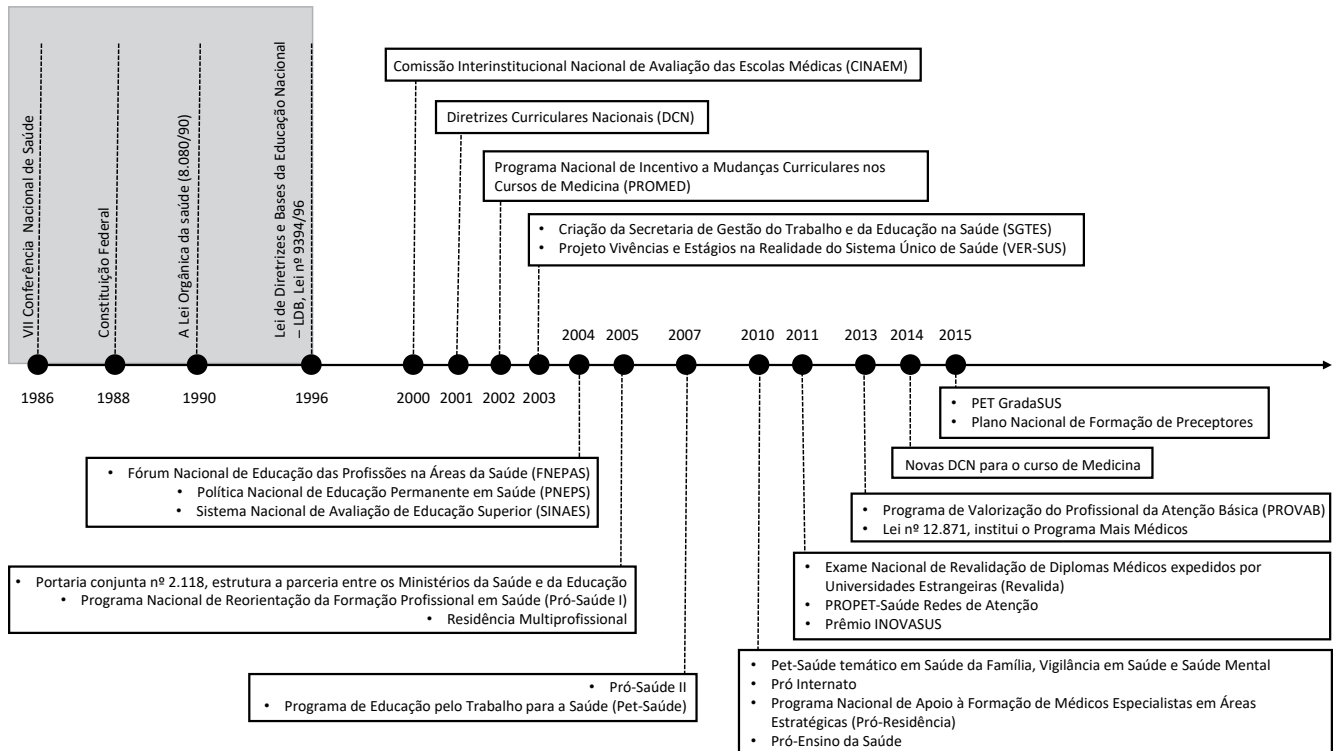
Aliado a esse aspecto, ganha relevo a conformação do campo da Saúde Coletiva, constituído a partir de críticas ao modelo biomédico de formação. Institui-se como expansão de um paradigma que incorpora uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e que extrapola sua concepção pedagógica para além dos muros dos hospitais, direcionando experiências e olhares educacionais também para as comunidades<sup>6</sup>.

Nas últimas três décadas, várias ações significativas foram propostas na forma de documentos e legislações no Brasil (figura 1). Essas iniciativas vêm contribuindo para fomentar o debate sobre a formação de profissionais da saúde<sup>7-14</sup>.

Um grande marco a ser destacado refere-se à publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, no ano de 2001<sup>8</sup>, que já expressavam a preocupação com uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Além disso, trouxeram para orientação curricular as competências divididas em



seis temáticas: Atenção à Saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente<sup>8</sup>.



**Figura 1.** Marcos históricos de Políticas Públicas orientadoras da formação médica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No ano de 2013, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos por meio da Lei 12.871, com diretrizes que reorientam a educação médica na graduação e pós-graduação. Dentre os seus objetivos, destaca-se o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país<sup>9,10</sup>.

Em 2014, foram publicadas as novas DCN para os cursos de graduação em Medicina<sup>11</sup>. Trazem no seu escopo a necessidade de capacitar os futuros profissionais para atuarem nos diferentes níveis de atenção. Além disso, reforçam o compromisso com a defesa da dignidade humana, da saúde integral e da transversalidade da sua prática orientada pela determinação social do processo saúde-doença<sup>11</sup>.

Diferentemente das DCN de 2001, as de 2014 dão ênfase ao campo da Saúde Coletiva quando dispõem de ações-chave planejadas e realizadas a partir do reconhecimento de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco e vulnerabilidade das coletividades. Apresentam ainda as áreas de competência divididas em três eixos temáticos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde<sup>12</sup>.

Os cursos de graduação em Medicina de todo o Brasil têm envidado esforços na direção da reestruturação e readequação de seus currículos para o atendimento ao

que preconiza as novas DCN. O ponto de partida para a tessitura deste manuscrito baseia-se na necessidade de reformulação do currículo vigente de uma escola médica no Nordeste do Brasil, com vistas a sua adequação às novas DCN de 2014. Passados 17 anos desde sua última alteração, o currículo vigente demanda modificações pela predominância dos cenários de prática no âmbito hospitalar; pela pouca inserção de atividades teórico-práticas vinculadas ao campo da Saúde Coletiva de modo geral e da Atenção Primária em Saúde em específico; e pelo baixo planejamento e execução de atividades orientadas pela determinação social do processo saúde-doença. Nesse contexto, objetiva-se realizar uma análise crítico-reflexiva da reestruturação da matriz curricular para um curso de Medicina em uma universidade pública federal no Nordeste do país.

## Metodologia

Adotou-se como metodologia de investigação a pesquisa-ação participativa que, além de compreender, visa intervir na situação com vistas a modificá-la. Esse processo de investigação se move por meio de permanente espiral de ação e reflexão<sup>13</sup>. As fases da pesquisa-ação podem se sobrepor e os planos iniciais por vezes passam por modificações com os processos de reflexão realizados pelos pesquisadores e participantes<sup>14</sup>.

Neste estudo, a pesquisa-ação participativa foi delineada em três momentos: elaboração de um referencial teórico, ação prática e avaliação/reflexão permanente. Todos os momentos da tessitura de uma nova matriz curricular para o curso de Medicina, com o foco na Saúde Coletiva à luz das DCN de 2014, fizeram parte e foram vividos em um movimento em espiral, conforme os pressupostos da pesquisa-ação participativa<sup>14</sup>.

O cenário de investigação foi o curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Ceará, no município de Fortaleza. Este, por sua vez, foi pioneiro na formação, sendo a primeira escola médica do estado, constituindo-se como uma das referências para a organização das matrizes curriculares dos demais cursos que surgiram *a posteriori*. Além disso, é a instituição de ensino superior (IES) que mais oferece vagas para ingresso no estado<sup>15</sup>.

Administrativamente, a Faculdade de Medicina divide-se em oito departamentos, entre eles, o Departamento de Saúde Comunitária (DSC), objeto analítico deste artigo. Esse departamento é corresponsável pela organização pedagógica dos dois únicos componentes curriculares longitudinais e obrigatórios que perpassam todos os semestres do curso: Assistência Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP). Além desses, também é responsável por coordenar o Internato em Saúde Comunitária, com ênfase na Atenção Primária. Dialoga com os campos da Epidemiologia; das Ciências Sociais e Humanas; Saúde, Trabalho e Ambiente; e Política e Planejamento em Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram docentes e coordenadores de módulos longitudinais ofertados pelo DSC. Também fizeram parte do estudo servidores técnicos que contribuem com o ensino na graduação, como enfermeiros, médicos e pedagogos.

A pesquisa foi realizada entre março de 2015 e abril de 2016. Durante esse período, foram realizados quatro seminários temáticos. Destes, três foram definidos em

conformidade com as áreas de competência estabelecidas para a formação médica: I – Atenção à Saúde; II – Gestão em Saúde; e III – Educação em Saúde<sup>11</sup>. Estes objetivaram discutir as novas diretrizes, visando conduzir mudanças curriculares capazes de extrapolar um simples exercício pragmático. O 4º seminário foi realizado com o fito de apresentar para o colegiado do DSC o produto das sistematizações, de modo a promover uma validação coletiva dos resultados. O número de participantes variou em cada seminário. Contudo, pelo menos um representante de cada módulo esteve presente em todos os encontros, totalizando o mínimo de sete integrantes em cada momento. Os seminários foram facilitados por uma pedagoga com experiência em reelaboração de projetos pedagógicos de cursos de graduação na área da Saúde.

Para a condução dos seminários, adotaram-se as seguintes perguntas orientadoras: “o que ensinar”, “por que ensinar”, “para que ensinar” e “para quem ensinar”. A partir dessas questões, cada participante foi instigado a problematizar e escrever individualmente suas ideias sobre sua prática pedagógica atual, utilizando as áreas de competência em seus três eixos temáticos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde das novas DCN de 2014 como modelo de referência analítica. Buscou-se com isso promover uma reflexão ontológica sobre a natureza do processo de ensino-aprendizagem, da produção de conhecimento, da cultura e da sociedade<sup>16</sup>.

O produto de cada seminário era transcrito, sistematizado, categorizado e apresentado no seminário seguinte, gerando novas reflexões, debates, embates e produção. Dessa forma, a participação acontecia em três momentos: individual, em pequenos grupos e em plenária. As categorizações temáticas<sup>17</sup> foram organizadas em diálogo com as DCN de 2014, seguindo as áreas apresentadas na resolução: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde<sup>11</sup>. Posteriormente, foram analisadas e discutidas à luz da literatura científica.

Para a análise do material qualitativo, procedeu-se com a Análise de Discurso (AD), que procura “descrever, explicar e avaliar criticamente os processos de produção, circulação e consumo dos sentidos”<sup>17</sup> (p. 7). Dessa forma, a AD não se interessa apenas pelo que o texto diz ou evidencia. Por outro lado, visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos e como ele está investido de significância para e por sujeitos, pois toda fala é uma forma de ação<sup>18</sup>.

Para tanto, é fundamental que os discursos sejam compreendidos e interpretados como práticas sociais determinantes e determinadas pelo contexto sociohistórico. Afinal, o analista de discurso não se coloca fora da história, do simbólico ou da ideologia. Ele se coloca em posição que lhe permite contemplar e agir sobre o processo de produção dos sentidos e em suas condições<sup>18</sup>. Somente dessa forma o analista de discurso possui propriedade para interpretar e reinterpretar o seu *corpus* textual<sup>17</sup>. Foi acordado ainda entre os participantes que as falas oriundas dos seminários não seriam tratadas de forma individual. Pelo contrário, seriam analisadas como produto coletivo de cada encontro, sendo identificadas pela letra (S), seguida do número do seminário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número do parecer 04350712.4 0000.5054/2013.

## Resultados e discussão

### Áreas de competência da formação médica e a interface com o campo da Saúde Coletiva

Para iniciar o exercício de análise crítico-reflexiva das DCN de 2014, optou-se por realizar uma problematização acerca das proposições inscritas em cada uma das áreas de competência e suas ações-chave. A opção por esse percurso justificou-se por residir nessas seções a possibilidade de transformar as diretrizes em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas para a formação médica<sup>11</sup>.

### Atenção à Saúde

No que tange à área de competência Atenção à Saúde, esta se estrutura em duas subáreas: atenção às necessidades individuais de saúde e às necessidades de Saúde Coletiva. Ressalta-se que mesmo no âmbito da atenção às necessidades individuais, o grupo de docentes identificou contribuições relevantes do campo da Saúde Coletiva para a formação médica. Dentre elas, destaca-se uma resignificação do paradigma biomédico, caminhando em direção a uma gestão compartilhada da clínica com o paciente, recolocando-o enquanto protagonista do seu próprio processo de cuidado:

A competência médica não é apenas técnica. É preciso sair do eixo biológico e ampliar o olhar para o paciente, para as decisões dele sobre sua vida, suas condições de lidar com sua doença. Isso pode se tornar real se a gente pensa e trabalha para a formação de um profissional mais humanizado, algo que interligue a formação humana com aprendizagem, com as teorias do conhecimento, com os aspectos da cultura. (S2)

Contudo, superar o paradigma biomédico para um enfoque de transição centrado na pessoa parece ainda não ser consenso, nem na prática profissional, nem na literatura científica. O paradigma médico-centrado ainda é considerado, por vezes, um elemento de poder. Autores como Bursztyn<sup>19</sup> destacam que a atenção às necessidades individuais é um domínio de destaque do médico: "A clínica, nomeada aqui como Atenção à Saúde Individual, é o espaço indiscutível de liderança do médico. A Saúde Coletiva, nomeada como Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva, é um domínio onde o médico coopera com outros profissionais"<sup>19</sup> (p. 15).

Nesse escopo, prioriza-se o fortalecimento de uma formação de cunho assistencial, em geral voltada para a atenção à doença em sua manifestação corporal. Cabe salientar ainda que fomentar um pensamento anacrônico que propõe a hierarquização do profissional médico em relação às demais categorias da saúde também parece contraproducente, sobretudo quando consideramos a complexidade e multicausalidade dos problemas que perpassam o binômio saúde-doença.

Outrossim, demarcar a clínica como um espaço indiscutível de liderança do médico vai de encontro às próprias orientações inscritas no arcabouço das novas DCN. De acordo com o documento, na formação médica deve prevalecer:

[...] o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento da relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e os desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado<sup>11</sup>. (p. 2)

Outro ponto de confluência identificado nas novas DCN de 2014 com o campo da Saúde Coletiva reside no desenvolvimento de planos terapêuticos compartilhados, que preveem a negociação do tratamento com a pessoa sob cuidado, considerando a utilização de práticas populares de saúde<sup>11</sup>. Nessa perspectiva, identificou-se um alinhamento teórico com as contribuições oriundas dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>20,21</sup>.

Os PTS caracterizam-se como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar<sup>21</sup>. Apresenta-se como uma ferramenta importante, tanto pelo fato de oportunizar diálogos transdisciplinares entre as equipes de saúde quanto pela proposição de ações que vão para além do combate às doenças:

Acreditamos que o estudante de Medicina tem condição de articular sua atuação com o trabalho de outros profissionais de saúde, serviços e instituições porque poderá entender a complexidade da doença e que necessita de várias mãos para obter o resultado desejado. A assistência à saúde é feita por uma equipe, e não por um único profissional. (S1).

A proposta do grupo de docentes e técnicos para a reformulação da matriz curricular para o curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Ceará caminhou em direção ao fortalecimento da Clínica Ampliada, vista como uma importante estratégia para superar o olhar fragmentado, essencialmente curativo e hospitalocêntrico em que ainda se assenta a formação em muitas escolas médicas<sup>22</sup>.

Nesse contexto, oportuniza-se a confluência entre a clínica e a saúde coletiva. Apesar de reconhecer que ambas têm espaços de domínio próprios, ou campos científicos específicos<sup>23</sup>, os objetos de suas práxis convergem para a responsabilidade sobre o cuidado em saúde.

A partir desse enfoque, a clínica e a saúde coletiva deixam de figurar como campos dicotômicos de conhecimento. Por outro lado, a conjunção desses paradigmas contribui sobremaneira para uma formação médica generalista, com visão ampliada, capaz de reconhecer a complexidade que permeia o processo saúde-doença nas suas diferentes dimensões biológicas, subjetivas, socioeconômicas, sanitárias e culturais.

A confluência entre a clínica e a saúde coletiva na matriz curricular dos cursos de Medicina, antes de representar espaços dicotômicos, desconexos ou pouco atrativos para os estudantes<sup>19</sup>, contribui para uma formação humanista, ética, crítica e reflexiva. Apresenta, portanto, potencial para alinhar-se às necessidades de saúde e à realidade epidemiológica das populações e comunidades. Além disso, fortalece o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, tendo como foco analítico para a condução terapêutica a determinação social do processo saúde-doença<sup>11</sup>.

## Educação e Gestão em Saúde

Nos seminários realizados também foram identificadas confluências entre as orientações das DCN com o campo da Saúde Coletiva no que tange às áreas de competência Educação em Saúde e Gestão em Saúde. Nesse contexto, priorizou-se a reflexão sobre as potencialidades dos cenários de práticas para o diálogo sistemático entre os estudantes de Medicina e as comunidades durante todo o seu percurso de formação. Dessa forma, facilita-se a criação de ambiências fecundas para o desenvolvimento de processos contínuos de reflexão/formação acerca das práticas de saúde, que se balizam e são referenciadas também pelos usuários dos serviços de saúde<sup>24</sup>.

Estabelecem-se ainda mecanismos e estratégias que não apenas fomentem o diagnóstico e tratamento das doenças, mas que também promovam o desenvolvimento do protagonismo e autonomia dos estudantes de Medicina, médicos e usuários com o processo de cuidado<sup>24,25</sup>. Além disso, os cenários de prática facilitam o fortalecimento do vínculo entre esses atores, propiciando o desenvolvimento de relações horizontais e pautadas no respeito mútuo:

[...] Estes são desafios postos para as instituições de ensino superior. Reconhecer a importância de cada um dos sujeitos para o sucesso do plano terapêutico [...] acho que a gente devia ir resgatando o exercício da crítica reflexiva, do consertar, do construir e do descobrir melhores caminhos e práticas de ensino e cuidado.  
(S2)

Com base nesse escopo, caminha-se para uma proposição curricular que valoriza a vida, visando à melhoria da qualidade da Atenção à Saúde por meio do desenvolvimento de estratégias que fortaleçam também as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como indispensáveis para a prática médica. Busca-se com isso a transição de um paradigma que se orienta por meio de “indica-dores”, calcado nos efeitos negativos à saúde e focalizado no olhar biomédico e curativo, para a estruturação de uma proposta de “indica-ção”, que coloca no centro de sua abordagem as condições de vida e os contextos sociais em que se desenvolvem os processos de produção e reprodução da vida social<sup>26</sup>.

A incorporação dessas proposições na matriz curricular dos cursos de Medicina representa uma ressignificação do atual modelo de formação, em que se prioriza o hospital como o cenário prioritário de práticas, promovendo um descompasso entre as orientações advindas das políticas públicas<sup>10-12</sup>, as necessidades sociais do país e o fortalecimento da Atenção Básica<sup>27</sup>. Por outro lado, propõe uma práxis que se sustenta em um permanente e indissociável processo de reflexão e ação, conjugado às interações e determinações do mundo social concreto, em que estudantes e usuários dos serviços de saúde auxiliam-se mutuamente para a construção de um conhecimento compartilhado, socialmente referenciado e com retorno social<sup>28</sup>, conforme se observa a seguir: “Em termos de ensino, as competências profissionais que promovam a autonomia e a independência intelectual, com responsabilidade social, são, pela essência delas, inequivocamente indispensáveis para a formação de um bom médico (S4).

Dessa forma, favorecem a tessitura de uma matriz curricular que se alimenta e é alimentada pelas demandas sociais, orientadas em consonância com o perfil de morbimortalidade das comunidades e que incorporam o desafio de responder às necessidades de saúde da população. Adotam a Atenção Básica como nível de atenção prioritário para a efetivação das mudanças curriculares propostas, tendo em vista seu potencial de operacionalizar grande parte das competências previstas nas DCN de 2014. Além disso, alinham-se às políticas que fomentam o desenvolvimento desse nível de atenção, considerando a necessidade de readequação e fortalecimento da formação de recursos humanos aptos a atender às necessidades do SUS<sup>10-14</sup>.

Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de favorecer a vinculação dos estudantes junto com a Atenção Básica, de maneira ordenada e sistemática ao longo de todo o curso. Contudo, as condições materiais foram apontadas como elementos de fragilidade:

Penso que algumas dificuldades para inserção dos alunos no serviço poderiam ser superadas se a universidade participasse mais ativamente da gestão das unidades de Saúde. Seria muito interessante se os alunos pudessem ter certa fixação nas unidades de Saúde, unidades fixas de prática ao longo do curso. (S3)

No que tange à área de Gestão em Saúde, as novas DCN de 2014 orientam os cursos de Medicina a promoverem o bem-estar das comunidades por meio da valorização da vida, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo. Para tanto, estimulam a elaboração e implementação de planos de intervenção, com apoio à criatividade e à inovação<sup>11</sup>. Contudo, os participantes dos seminários apontaram esses elementos como críticos e incipientes:

[...] vivemos numa cultura de *self service*, onde na verdade as pessoas, e nossos alunos, querem escolher o que já está pronto. Isto é, escolhe-se aquilo que já está feito. Pensar, fazer e inovar são ações consideradas perda de tempo ou desperdício de recursos, pois se acredita que utilizar o que já está feito é mais prático. Percebemos também que muitos profissionais médicos assimilaram também essa atitude em suas práticas. (S4)

Apesar dos desafios, iniciativas vêm sendo desenvolvidas com o intuito de estimular o compromisso dos estudantes de Medicina com a defesa da cidadania, da dignidade humana e do direito à saúde. Dessa forma, o trabalho colaborativo e em equipe, alinhado ao desenvolvimento de cenários de ensino-aprendizagem pautados pela ética profissional e solidária, apresentam-se como ferramentas importantes para ressignificar o cuidado em saúde:

Temos procurado propiciar um aprendizado em que os alunos discutem com colegas sobre situações-problema. Também propiciamos um trabalho de campo onde os alunos, além de se depararem com problemas de saúde, são motivados a descrevê-los, analisá-los e propor soluções coletivas com as comunidades. (S3)

Reconhece-se, portanto, a potencialidade dos cenários de prática e da coletividade para o desenvolvimento do compromisso com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção. Além disso, a inclusão da perspectiva dos usuários, família, estudantes e profissionais propicia o trabalho colaborativo em saúde. Todos esses processos contribuem para a priorização de problemas, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da Atenção à Saúde. Dessa forma, avança-se em busca de uma construção coletiva do sistema de saúde, pautada em princípios humanísticos, éticos, solidários e sanitários<sup>11</sup>.

### **O campo da Saúde Coletiva como alicerce para a elaboração de uma nova matriz curricular no curso de Medicina**

O diálogo entre as novas DCN de 2014 e o arcabouço teórico-conceitual do campo da Saúde Coletiva propiciaram um aprofundamento analítico-reflexivo das suas inter-relações. Contribuiu ainda para subsidiar a proposição de uma nova matriz curricular no âmbito da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará.

O acúmulo adquirido pelos docentes e técnicos durante os seminários possibilitou uma aproximação paradigmática entre as áreas de competência das novas Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>11</sup>, os fundamentos estruturantes do campo da Saúde Coletiva<sup>6</sup> e os componentes curriculares ofertados pelo curso de Medicina<sup>29</sup>. Com vistas a fomentar a importância da integralidade da atenção e da humanização do cuidado durante a formação médica, buscou-se uma maior integração entre os conteúdos curriculares ao longo dos módulos. Além disso, esse conhecimento adquirido pelos docentes e técnicos proporcionou a inserção transversal dos componentes de habilidades comunicacionais e relação médico-pessoa sob cuidado constando, inclusive, na ementa de alguns módulos ao longo do curso.

A representação esquemática da nova matriz curricular enquanto produto dos seminários traz a abordagem de cada uma das áreas de competência das DCN ao longo do curso, em diálogo com os três eixos estruturantes do campo da Saúde Coletiva. No início da formação, os estudantes passam por um processo Introdutório (I) nas três áreas. No decorrer dos semestres, são direcionados Focos Principais (F) e Aprofundamentos Teórico-Práticos (ATP), em diálogo com os conteúdos dos módulos. Já no internato, resgatam as três áreas com um enfoque de Aprofundamento Prático (AP). Os componentes relacionados à Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas; e Política, Planejamento e Gestão alimentam transversalmente os conteúdos em todos os semestres.

A representação esquemática da matriz curricular pode ser visualizada na figura 2.

O desenho de um currículo expressa o modo como uma instituição educacional se vê no mundo, ou seja, o seu papel, as relações que estabelece, a escolha dos seus interlocutores e como se produz e concebe o conhecimento. Além disso, sobretudo nas faculdades de Medicina, expressa também a concepção que se tem sobre a saúde e o papel do médico na sociedade<sup>22</sup>.

Nesse sentido, a matriz curricular ora proposta tenciona para reformulações:

Ressignifica a Atenção Primária à Saúde como cenário preferencial para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional médico.



ÁREAS DE COMPETÊNCIA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Internato	EIXOS TEMÁTICOS
Atenção à Saúde Individual e coletiva Educação em Saúde Gestão em Saúde	I	F	ATP	X	X	X	F	X	AP	Epidemiologia Ciências Sociais e Humanas Política, Planejamento e Gestão
Atenção à Saúde Individual e Coletiva Educação em Saúde Gestão em Saúde	I	X	X	ATP	F	F	X	X	AP	Epidemiologia Ciências Sociais e Humanas Política, Planejamento e Gestão
Atenção à Saúde Individual e Coletiva Educação em Saúde Gestão em Saúde	I	X	X	F	X	X	F	ATP	AP	Epidemiologia Ciências Sociais e Humanas Política, Planejamento e Gestão
I=Introdução    F=Foco Principal    ATP=Aprofundamento Prático    X=Temático Permanente    ATP=Aprofundamento Teórico-Prático										

**Figura 2.** Representação da Matriz Curricular para o curso de Medicina

Fonte: Elaborado pelos autores.

Sintoniza o desenvolvimento de sua práxis em consonância com as demandas mais prevalentes de saúde das famílias e comunidades.

Propõe o estabelecimento de relações de longitudinalidade e transversalidade entre as áreas de competência das DCN de 2014, os núcleos fundantes da Saúde Coletiva e os componentes curriculares ofertados durante o curso:

Que o currículo é importante, ninguém deixa de concordar. Mas o que temos que dialogar são quais estratégias podemos usar para conseguir o que queremos com nossos alunos: formar médicos de pessoas, e não de doença! Um currículo deve servir para formar, e não deformar. Não devemos adoecer filosoficamente nossos alunos. (S1)

Dessa forma, o currículo passa a ser compreendido não como um fim em si mesmo, mas como um meio em que se ancoram as diferentes estratégias pedagógicas. Deve-se considerar ainda a indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão como alicerces para uma formação de base sólida, de forma a priorizar a atenção às necessidades concretas de saúde da população. Faz-se necessária a inserção permanente dos alunos na Atenção Primária, adotando-a como cenário concreto para o desenvolvimento de atividades práticas, em contextos de complexidade e responsabilidade crescentes<sup>1</sup>.

A inserção dos alunos na Atenção Primária à Saúde contribui ainda para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, na medida em que auxilia no diálogo entre o serviço e a universidade. Potencializa, com isso, o fluxo para que o tripé acadêmico de ensino, pesquisa e extensão possa atuar no desenvolvimento de tecnologias e ferramentas capazes de dar maior resolutividade aos desafios cotidianos do serviço.

Além disso, o fortalecimento da articulação ensino-serviço-comunidade possibilita a criação de cenários propícios para a troca de saberes, em que a complexidade experimentada no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde alimenta as discussões e enriquece o processo ensino-aprendizagem na graduação. Por meio dessas vivências, os alunos passam a compreender as dificuldades e possibilidades das práticas conjugadas em saúde, vivenciando o cotidiano do SUS real.

## Considerações finais

O ordenamento da formação de recursos humanos na área da Saúde com vistas a atender as necessidades do SUS continua a ser um desafio atual, sobretudo na área médica. Nesse sentido, iniciativas governamentais vêm sendo instituídas com o intuito de promover reformulações no âmbito da estrutura curricular dos cursos de Medicina, contribuindo com uma formação profissional capaz de responder de maneira eficaz às demandas de saúde mais prevalentes da população.


No escopo desse processo, as novas DCN de 2014 para os cursos de Medicina foram instituídas apontando para um maior fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, ressignificando-a como espaço estratégico para a formação médica. Além disso, valoriza as potencialidades do campo da Saúde Coletiva, incorporando seus elementos paradigmáticos na proposição de áreas de competências articuladas, na perspectiva de fomentar a atenção integral à saúde.

Nesse contexto, a matriz curricular ora proposta busca fomentar nos graduandos a compreensão dos determinantes e das relações das doenças com o modo de vida e de trabalho das pessoas. Para tanto, valoriza o tripé ensino-serviço-comunidade como estratégia capaz de possibilitar mudanças no cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade.

Fica evidente a necessidade de escuta atenta dos atores envolvidos, desde a formulação de novas matrizes no currículo da formação médica até o diálogo mais aproximado com o sistema público de Saúde.

### **Autores** (continuação)

**Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr<sup>(a)</sup>**

<ligiakerr@gmail.com> 

### **Contribuições dos autores**

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(2):136-46.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(4):1923-58.
3. Cyrino E, Toralles-Pereira M. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):780-8.
4. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1995 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO\\_HRH\\_95.7.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO_HRH_95.7.pdf)
5. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
6. Nunes E. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 17-37.
7. Ministério da Saúde (BR). *Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição*. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
9. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
12. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*. 3 Nov 2005.
13. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez; 2007.



14. Ibiapina IMJM, Bandeira HMM. Pesquisa-ação crítica: origem e desenvolvimento do campo teórico-prático. In: Ibiapina IMJM, Bandeira HMM, Araújo FAM. Pesquisa colaborativa: multirreferenciais e práticas convergentes. Piauí: EDUFPI; 2016.
15. Lampert JB, Costa NMC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCDR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):19-34.
16. Silva TT. Documento de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica; 2011.
17. Pinto MJ. Comunicação e discurso: introdução a análise de discurso. São Paulo: Hacker Editores; 1999.
18. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes Editora; 2000.
19. Bursztyjn I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? *Cad ABEM.* 2015; 2:6-19.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
21. Campos G. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria PAIDEIA e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 39-78.
22. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Bourdieu P. O poder simbólico. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
24. Ferreira R, Silva R, Aguer C. Formação do profissional médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(1):52-9.
25. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
26. Breilh H. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Cienc Saude Colet.* 2003; 8(4):937-51.
27. Oliveira NA, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(1):26-36.
28. Ferreira MJM, Rigotto RM. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(10):4103-11.
29. Comissão de Reforma Curricular da Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Medicina. Projeto pedagógico: currículo do curso de medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2001.



---

The new National Curriculum Guidelines aim at restructuring and adapting medical curricula. The objective is to conduct a critical-reflective analysis of the restructure of a medical course's curricular matrix. This action research was conducted at a Brazilian federal university. The material was analyzed using the discourse analysis method. Among the results, the proposal of a curriculum that values life and transfers the biomedical paradigm to incorporate other dimensions in healthcare is highlighted. The need to strengthen a curricular matrix based on social demands and preferably focused on primary care is indicated. The establishment of longitudinal and transversal relationships among the competency areas of the 2014 National Curricular Guidelines and the curricular components is proposed. The intention is to foster the understanding of determinants and relationships between diseases and the communities' ways of living.

**Keywords:** Medical education. Curriculum. Primary healthcare. Collective health. Comprehensive care.

---

Las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN) apuntan a la reestructuración y adecuación de los currículos médicos. Objetivo: Realizar un análisis crítico-reflexivo de la reestructuración de la matriz curricular para un curso de Medicina. Se trata de una investigación-acción participativa realizada en una universidad federal brasileña. Para el análisis del material se procedió con un Análisis de Discurso. Como resultado, se destacó una proposición curricular que valore la vida, capaz de transponer el paradigma biomédico incorporando otras dimensiones al cuidado de la salud. El objetivo fue el fortalecimiento de una matriz curricular retroalimentada por las demandas sociales, con la atención primaria como escenario preferencial para la formación. Se propone establecer relaciones longitudinales y transversales entre las áreas de competencia de las DCN de 2014 y los componentes curriculares ofertados. Se intenta fomentar la comprensión de los factores determinantes y las relaciones de las enfermedades con la forma de vida de las comunidades.

**Palabras clave:** Educación médica. Currículum. Atención primaria de salud. Salud pública. Integralidad en salud.


Submissão em 07/12/17.  
Aprovado em 08/10/18.

### Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior

The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions (abstract: p. 15)

Programa Más Médicos y las Directrices Curriculares de los cursos de Medicina: un análisis comparativo entre instituciones de enseñanza superior (resumen: p. 15)

**Annabelle de Fátima Modesto Vargas<sup>(a)</sup>**

<annamodesto@hotmail.com> 


**Diogo de Souza Vargas<sup>(b)</sup>**

<diogosvargas@yahoo.com.br> 

**Mauro Macedo Campos<sup>(c)</sup>**

<mauromcampos@yahoo.com.br> 

**Rodrigo da Costa Caetano<sup>(d)</sup>**

<profrodrigo@uenf.com> 

<sup>(a)</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (pós-doutorado), Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, Centro de Ciências do Homem (CCH), Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Avenida Alberto Lamego, 2000, Parque Califórnia. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 28013-602.

<sup>(b)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais (doutorado), Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

<sup>(c)</sup> Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

<sup>(d)</sup> Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

O artigo foi construído a partir de uma pesquisa exploratória e documental que investigou as matrizes curriculares dos cursos de Medicina de três instituições de ensino superior (IES), buscando identificar o peso que atribuem a uma formação mais humanista dos seus estudantes, nos moldes do Programa Mais Médicos (PMM). Foram examinadas duas instituições brasileiras, uma pública e uma privada, ambas no Rio de Janeiro e uma terceira, cubana. Na formação dos médicos cubanos nota-se uma intensidade nas disciplinas categorizadas como Formação em Saúde Pública. Na contramão desse desenho, tem-se que a formação do médico brasileiro reflete o conflito entre o ensino e a realidade do país, visível na dificuldade em formar médicos para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS) e em fixá-los nos mais remotos lugares do Brasil.

**Palavras-chave:** Educação médica. Políticas públicas. Saúde Pública.

## Introdução

O artigo analisa a formação médica construída pelas próprias IES, a partir da análise das matrizes curriculares propostas. Tem como objetivo identificar o espaço destinado à formação voltada para a atuação em Saúde Pública. A pesquisa foi realizada a partir de duas IES do estado do Rio de Janeiro, comparadas ao que é praticado pelos cursos de Medicina de Cuba, mais especificamente da capital, Havana, onde se localiza a principal faculdade de Medicina do país.

Para o desenvolvimento, busca-se balizar a atual conformação das diretrizes curriculares para os cursos de Medicina no Brasil<sup>1</sup>, a partir de um rápido percurso sobre a condução da educação médica nacional, com o que é praticado em Cuba, por ser o país que mais oferta profissionais médicos para missões internacionais<sup>2</sup>. Além disso, destaca-se o fato de esse país priorizar uma formação acadêmica voltada para a Medicina familiar e social, formando “médicos de família” treinados para uma Medicina comunitária<sup>3</sup>.

No Brasil, as normativas que tratam da educação médica, assim como o desenvolvimento das diretrizes para os cursos de graduação, foram tardiamente legitimadas, iniciadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), no fim da década de 1990. Destaca-se ainda os modelos de educação em desconformidade com a realidade do país, bem como a voluntariedade na adesão pelas instituições de ensino a esses modelos. O somatório de tais questões acaba por prejudicar a formação de profissionais com o perfil para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). São abordagens já consideradas pelo Programa Mais Médicos (PMM), no que se refere ao aprimoramento da formação médica, indicado nas reformas curriculares direcionadas à APS<sup>1</sup>.

O argumento central deste artigo toma por base um exercício comparativo, no qual se pretende ressaltar as abordagens da formação médica construídas pelas próprias IES. Afinal, se pretende-se trazer a discussão sobre uma formação médica que privilegie a APS, dentro do que o PMM propõe<sup>4</sup>, há que se jogar luz sobre o modelo pelo qual estão estruturadas as bases curriculares.

## Método

O trabalho foi construído a partir de uma pesquisa exploratória, por meio de uma análise documental e de caráter qualitativo<sup>5</sup>, de modo que possibilitasse uma visão mais geral acerca das matrizes curriculares. Para o desenvolvimento, utiliza-se a análise das diretrizes curriculares de cursos de Medicina de três diferentes instituições de ensino.

A escolha das IES brasileiras advém do fato de que 55,3% dos médicos brasileiros estão concentrados na região Sudeste, sendo o estado do Rio de Janeiro a segunda maior relação de proporção de médicos por habitantes (3,75 médicos por mil habitantes), aquém apenas do Distrito Federal (4,28 médicos por mil habitantes)<sup>6</sup>. A pesquisa considerou ainda uma universidade pública e outra privada. Adicionalmente, tratam-se das IES que mais ofertam vagas autorizadas pelo Ministério da Educação (MEC), sendo: (1) IES pública – IES1; e (2) IES privada – IES2. O quadro 1 traz as IES do estado do Rio de Janeiro, acompanhado da localização, do quantitativo de vagas e do início de funcionamento de cada curso.

**Quadro 1** - Instituições de Ensino Superior em Medicina do estado do Rio de Janeiro

Instituições privadas com vagas autorizadas pelo MEC			
Município	Mantenedora	Vagas anuais (2017)	Início do curso
Valença	IES4	150	1968
Rio de Janeiro	IES5	170	2014*
Rio de Janeiro	IES2	240	1997
Petrópolis	IES6	150	1967
Teresópolis	IES7	144	1970
Vassouras	IES8	160	1969
Campos dos Goytacazes	IES9	126	1967
Rio de Janeiro	IES10	192	1971
Volta Redonda	IES11	120	1968
Itaperuna	IES12	100	1997
Nova Iguaçu	IES13	100	1977
Itaperuna	IES14	112	2015*
Duque de Caxias	IES15	110	1997
Rio de Janeiro	IES16	110	2007
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES de caráter privado no estado: 1.984			
Instituições públicas com vagas autorizadas pelo MEC			
Município	Mantenedora	Vagas anuais (2017)	Início do curso
Rio de Janeiro	IES17	94	1936
Niterói	IES18	180	1926
Rio de Janeiro	IES1	200	1808
Macaé	IES19	60	2009
Rio de Janeiro	IES20	160	1912
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES de caráter público no estado: 694			
Total de vagas autorizadas em graduação de Medicina em IES no estado: 2.678			

\*Estas instituições ainda não formaram médicos.  
Fonte: emec.mec.gov.br. Consulta em: 03/08/2017.

O município do Rio de Janeiro conta com sete cursos de Medicina, sendo quatro privados e três públicos, no total de 1.166 vagas autorizadas (43,5% das vagas do estado). Segundo Scheffer et al.<sup>6</sup>, o município conta com 6,28 médicos para cada mil habitantes, o que representa 66% dos médicos de todo o estado e 34,7% dos médicos do Sudeste.

Com o propósito de comparar o modelo de ensino médico realizado pelas instituições brasileiras, selecionou-se ainda uma universidade cubana. Antes, porém, cabem algumas considerações sobre os critérios da escolha, ao perseguir o argumento central do artigo: o processo de mudança curricular na formação médica no Brasil, respaldada pelo MEC e instituída pelo PMM, a partir de um modelo de atendimento que privilegia a APS<sup>1</sup>. Corrobora também o fato de que o ensino da Medicina em Cuba prioriza esse aspecto<sup>7</sup> na formação profissional. Não é por menos que Cuba é o país que mais envia profissionais para o exercício da Medicina no Brasil<sup>8</sup>, no âmbito do PMM. A universidade cubana escolhida situa-se na capital, Havana – IES3 – uma instituição pública de ensino, como todas no país, sendo esta a mais tradicional e de maior notoriedade.

O passo seguinte foi buscar as matrizes curriculares dos cursos, com o intuito de comparar os componentes curriculares oferecidos aos estudantes em cada uma delas. Trata-se de uma análise que busca congrega os diferentes componentes constantes nas matrizes desses cursos e suas respectivas cargas horárias.

O desenvolvimento deste artigo baseou-se nas áreas de competência expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014<sup>1</sup> de forma a subsidiar as finalidades e os fundamentos da formação em Medicina, sendo: (a) Área de Competência de



Atenção à Saúde; (b) de Gestão em Saúde; e (c) de Educação em Saúde. Vale ressaltar que a implementação das diretrizes ainda não se deu por completo, sendo que as IES têm o até o fim de 2018 para se adequarem às DCN. Essas três grandes áreas serão utilizadas como um “tipo ideal” para as análises, sendo que na prática prevalecem as categorias estabelecidas por Almeida et al.<sup>9</sup> (2007), construídas a partir das DCN de 2001: (1) competências e habilidades gerais; (2) competências e habilidades específicas; e (3) formação para o SUS. Utilizar categorias das DCN de 2001 em nada desabona a contemporaneidade do estudo, ratificado pela sua ainda vigência.

A última categoria – Formação para o SUS – representada pelas disciplinas referentes à Saúde Pública brasileira, foi aqui denominada por “formação em saúde pública”, de modo a atender à proposta de análise do curso de Cuba, com a permanência de toda a sua essência. Assim, o artigo resalta a urgência na implementação das novas diretrizes curriculares, seguindo os preceitos do PMM, de modo a trazer a formação médica para mais próximo das vulnerabilidades sociais do país.

## Teoria, resultados e discussão

A introdução das DCN para os cursos de graduação no Brasil se deu a partir da LDB<sup>10</sup>, que trouxe mudanças na forma de conceber e de buscar a garantia do direito à educação. Quanto aos cursos de Medicina, tem-se como objetivo a construção de um perfil acadêmico e profissional com competências e conteúdos contemporâneos, para que os egressos possam atuar no âmbito do SUS. Assim, com uma formação mais generalista, humanista e flexível quanto ao formato do estudo oferecido<sup>11</sup>, pode-se tornar possível superar as “concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares”<sup>12</sup>. Nesse contexto, de formatação da educação, é que foram instituídas as grades curriculares para os cursos da Saúde, carecendo ainda de avanços segundo as realidades regionais do país. Vale ressaltar a importância da relação entre teoria e prática, que amplia o conhecimento, a habilidade e as atitudes, com “reflexões críticas e propositivas no campo da formação médica, tendo como orientador o SUS”<sup>13</sup> (p. 197).

No entanto, o próprio Conselho Nacional de Educação, por meio do parecer nº 776/1997, atribui a prerrogativa para que cada IES possa definir a carga horária e os conteúdos necessários à formação do profissional médico<sup>14</sup>. Acontece que tal medida permite o avanço de disciplinas técnicas em detrimento das disciplinas de cunho mais social, gerando um efeito em sentido contrário ao que se propõe em termos de qualificação do atendimento primário.

Essa flexibilidade no desenho da estrutura curricular dos cursos, até então compreendida como uma autonomia das instituições educadoras, ganhou força a partir da primeira DCN médica, em 2001. Segundo Pereira e Lages<sup>15</sup>, a flexibilidade deve ser vista com cautela, por poder ensejar uma isenção às necessidades da sociedade, cabendo ao Estado desenvolver políticas que induzam as universidades a cumprirem seu papel social. Esse movimento no sentido de readequação da matriz curricular dos cursos de Medicina no Brasil não se configura como sendo uma trajetória sem obstáculos e isenta de interesses. Assim, para que se possa dar sentido aos propósitos do artigo, o percurso cronológico dessas mudanças auxilia na sua compreensão e é por essa abordagem que se busca compreender a formação médica no Brasil.

No que se refere às discussões sobre as conformações curriculares, nas DCN de 2001 foram alinhavados os princípios de autonomia institucional. Na mesma medida, buscou-se estimular a construção de uma rede de saberes e de práticas presentes nos campos profissionais ao cotidiano de formação universitária (articulação teoria-prática); além da integração ensino, pesquisa e extensão; e do uso de práticas avaliativas continuadas<sup>11</sup>. Decorrente de debates e de movimentos internacionais da saúde ocorridos à época, como a Conferência de Jacarta, em 1997, a DCN de 2001 traz uma identificação com o campo das Ciências Sociais<sup>16</sup>.

Movimentos posteriores às DCN de 2001 contribuíram para colocar em prática o que se expressava originariamente na diretriz. O primeiro deles, em 2002 – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) – teve a participação dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e MEC, além da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da Rede Unida.

O programa nasce na tentativa de realizar mudanças curriculares nos cursos de graduação de Medicina, de forma a responder às demandas do SUS, tendo como norte “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. Uma das maiores preocupações é a excessiva especialização médica, resultando na diminuição do médico com visão integral e generalista. Tais questões implicam no aumento dos custos assistenciais em saúde<sup>17</sup>, uma vez que uma APS não resolutiva sobrecarrega a logística dos setores de média e de alta complexidade em saúde. Todavia, o fato de o Promed ter um caráter voluntário permitiu a não aderência maciça das IES, com apenas 19 escolas aderidas das 118 vigentes<sup>18</sup>, impossibilitando a adequação integral nos currículos das escolas do país.

Em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi ressaltado o papel dos órgãos de controle no que se refere ao cumprimento das normas expedidas pelo poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da saúde, além de averiguar a implantação de modificações nos modelos de formação. Vale ressaltar a preocupação para uma adequação das escolas já existentes e um direcionamento para a abertura de novos cursos da área, seguindo características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde<sup>19</sup>.

Entre 2006 e 2009, a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem) desenvolveu o projeto Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras. Em termos práticos, esse projeto teve a adesão voluntária de 28 IES<sup>20</sup>, tendo como proposta a transição de um modelo de ensino flexneriano para outro valorizador da integralidade: o modelo biopsicossocial.

Em 2013, ocorreu o Seminário de Formação Médica para Atenção Básica, tendo a participação de representantes do governo, das escolas médicas, dos gestores públicos e dos estudantes de Medicina. O evento teve como objetivos: (a) realizar debates sobre os desafios de prover profissionais médicos segundo a necessidade da APS; (b) conhecer e discutir estratégias de formação deste profissional; e (c) propor estratégias para o aperfeiçoamento da formação médica<sup>21</sup>. Ainda que em caráter normativo, as propostas surgiram no sentido de reforçar a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; ampliar as práticas de interiorização do internato por meio de convênios com gestões municipais; valorizar a carreira de docente vinculada à APS; buscar a interação entre graduação

e residência médica; e regionalizar os cursos médicos com responsabilidade de prover profissionais em quantidade e de perfil adequado às necessidades locais<sup>21</sup>.

No entanto, percebe-se ainda uma carência de profissionais médicos atuando conforme as premissas do SUS<sup>4,22</sup>, sobretudo na APS. Essa lacuna é pauta de inúmeras críticas dos gestores municipais<sup>23</sup> e, principalmente, da população<sup>24</sup> em relação à qualidade da Saúde Pública oferecida. Não por menos que iniciativas frequentes por parte do governo são “testadas”, desde a década de 1960, com o intuito não só de aperfeiçoar a atuação desses profissionais conforme realidade nacional, mas também de promover o processo de interiorização dessa mão de obra. Nesse sentido, destacam-se o Projeto Rondon (1968), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass, 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus, 1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits, 2001) – todos tendo em comum pontos convergentes a esse respeito<sup>25</sup>. Recentemente, foi instituído o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab)<sup>26</sup>.

Nessa mesma linha, em 2013, tem-se o PMM<sup>4</sup>, abrangendo ações conjuntas entre o Ministério da Saúde (MS) e o MEC, promovendo não apenas a chamada de médicos para atuar em regiões prioritárias – esta seria a medida emergencial –, mas também a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde; a expansão de vagas de graduação em Medicina e de especialização/residência médica; e o aprimoramento da formação médica por meio de reformas curriculares direcionadas à APS<sup>1</sup>.

Para o artigo em questão, interessa os desdobramentos relacionados à formação médica, ao tratar do eixo mais estruturante do PMM, que recomenda a reorientação do currículo, dando ênfase à atenção primária e fomentando a formação em Saúde Pública, cujos impactos se darão a médio e a longo prazos<sup>27</sup>. Tais questões ainda se inserem nas distintas e plurais realidades territoriais.

As novas DCN para o curso de graduação em Medicina decorrem desse programa, no intuito de reforçar a superação de modelos curriculares pragmáticos e disciplinares, interligando ensino, pesquisa e extensão durante a formação, dando crédito ao conhecimento aprofundado nas áreas da atenção, da gestão e da educação. Esse novo formato de ensino se estende até mesmo à inserção de novas técnicas no âmbito da prática pedagógica, aproximando a universidade aos serviços de saúde<sup>13</sup>.

Percebe-se aqui o caráter voluntário dessa proposta, tendo em vista que as diretrizes do PMM apontam a adequação ao novo formato apenas enquanto recomendação para as IES. Adiciona-se ainda a complexidade de um sistema que conjuga o público e o privado, desde o ensino médico até o atendimento assistencial, tendo sido alocado ao setor privado os serviços mais complexos, especializados e tecnológicos, portanto, mais onerosos e lucrativos. É nessa arena em que se apresentam propostas de mudanças na formação acadêmica médica, na qual os inevitáveis conflitos são, de certa forma, deixados de lado na proposição de novas DCN<sup>1</sup> que vigoram, a seu modo voluntarioso, em um ambiente complexo e notadamente competitivo.

Na prática, ainda falta creditar ao ensino a importância dos fatores sociais na saúde, principalmente nas atividades médicas, prejudicando sobremaneira a inter-relação saúde-doença com os fenômenos clínicos e sociológicos vividos em um país tão heterogêneo<sup>28</sup>. Propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde são vistas como estratégias importantes para preencher os espaços deixados por essa lacuna<sup>29</sup>.

As atuais DCN do curso de Medicina inserem considerações quanto às diferenças “biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural”<sup>1</sup> (p. 1). O documento estabelece também a integralidade e a humanização do cuidado “por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, na construção de projetos terapêuticos compartilhados”, prevalecendo o “trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada”<sup>1</sup> (p. 1). Reforça, portanto, o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanística e crítica, capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral da população<sup>1,27,30</sup>.

A análise da aplicabilidade das DCN para os cursos de Medicina nas IES leva em conta grande número de universidades no país. São 288 IES, responsáveis por 29.252 vagas<sup>31</sup>, havendo um predomínio destas na rede privada de ensino (69,9%), tendo a região Sudeste 41% destas<sup>31,32</sup>.

Para efeito de maior densidade do que se pretende com essa comparação das matrizes curriculares, considerou-se também uma IES estrangeira: a IES3 de Havana, capital cubana. Vale ressaltar ainda que Cuba é um país conhecido internacionalmente como exportador de médicos e que desde a implantação do PMM tem sido o maior colaborador na provisão desses profissionais, chegando a 63% do total de médicos aderidos, totalizando mais de 11 mil profissionais atuando nos serviços primários de saúde<sup>6</sup>.

A atuação no Brasil de médicos estrangeiros no PMM, na sua maioria de origem cubana, em função da sua formação e de sua atuação prática, minimiza o excessivo uso da tecnologia nas práticas de saúde e valoriza as questões sociais envolvidas nos tratamentos<sup>33</sup>. Com efeito, observaram-se ganhos na qualidade da assistência à saúde em unidades beneficiadas pelo programa, mesmo em regiões longínquas, vulneráveis socioeconomicamente e deficitárias quanto à infraestrutura dos equipamentos públicos prestadores dos serviços primários de saúde<sup>5,34,35</sup>.

O estudo das diretrizes curriculares, de forma comparada entre as IES, permite uma visão panorâmica de como cada IES planeja a formação do profissional médico para atuar na sociedade. De acordo com Heinzle e Bagnato<sup>36</sup>, o currículo é resultante de uma circularidade de discursos e textos. Segundo as autoras, “a construção política e social do currículo é expressão de princípios e teorias de um determinado tempo histórico”<sup>36</sup> (p. 227).

As DCN de 2014 partem de uma reestruturação curricular como forma de responder de forma integral às demandas do sistema público de saúde brasileiro, considerando os determinantes sociais, culturais e psicológicos nos níveis coletivos e individuais do processo saúde-doença. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de incorporação das Ciências Sociais e Humanas como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista<sup>1</sup>.

De acordo com Barros<sup>16</sup>, “o médico contemporâneo deve ser capacitado para acolher, compreender, responsabilizar-se e resolver a maior parte das necessidades e demandas de saúde dos indivíduos e das populações” (p. 50). Esse profissional carece de uma formação interdisciplinar e da necessidade de rompimento de valores, símbolos e percepções dos antigos modelos que se resumem apenas na qualificação técnica do professor: a necessidade de ser médico para ensinar Medicina. Segundo o autor<sup>16</sup>, apesar das DCN de 2001 estabelecidas, há um abismo entre o que se encontra expresso

formalmente e o que se observa na prática, sobretudo nas dificuldades estruturais e culturais das escolas médicas – o que Bonet<sup>37</sup> denomina de divergência entre a “medicina do livro” e a “medicina vivida”.

O quadro 2 traz um panorama comparado do que é oferecido em termos de currículo para os cursos de Medicina pelas IES, agrupados segundo as categorias estabelecidas por Almeida et al.<sup>9</sup>, adaptadas para este estudo e com as suas respectivas cargas horárias.

**Quadro 2** - Quadro comparativo das grades curriculares dos cursos de Medicina

IES	IES1*	IES2**	IES3***
<b>Competências</b>			
<b>Competências e habilidades gerais</b>	Anatomia MI Biofísica MI Bioquímica MI Histologia e Embriologia Básicas Microbiologia e Imunologia MI Patologia Geral M Saúde e Trabalho Administração e Planejamento de Saúde	Ambiente e Saúde Bases Moleculares dos Sistemas Orgânicos Biomorfologia Orientação Psicopedagógica Anatomia Patológica Fisiopatologia Doenças Infecciosas e Parasitárias	Inglés (I ao X) Educación Física (I ao IV) Metodología de la Investigación y Estadística Anatomía Patológica
<b>Carga horária total (horas)</b>	<b>1.065</b>	<b>637</b>	<b>1.153</b>
<b>Competências e habilidades específicas</b>	Genética e Evolução para Medicina Sistema Nervoso Sistema Cardiovascular e Respiratório Atenção Integral à Saúde Sistema Digestivo Sistema Urinário Sistema Endócrino e Reprodutor Sistema Nervoso Sistema Cardiovascular e Respiratório Parasitologia Médica Propedêutica Clínica Medicina Interna (I, II e III) Psicologia Médica Clínica Pediátrica (I e II) Farmacologia (MI e MII) Patologia Forense Cirurgia Ginecologia Oftalmologia Ortopedia e Traumatologia Otorrinolaringologia Doenças Infecciosas e Parasitárias Medicina Legal Obstetrícia Psiquiatria e Saúde Mental Internato Rotatório (A – Clínica Médica; B – Cirurgia; C- Pediatria; D – Ginecologia e Obstetrícia) Internato (Cirurgia; Clínica Médica; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria)	Microbiologia Médica Parasitologia Médica Psicologia Médica Imagenologia Propedêutica Médica Psicologia Médica Clínica Cirúrgica (I, II e III) Clínica Médica (I, II e III) Farmacologia Médica (I e II) Saúde da Criança e do Adolescente (I e II) Bioética Aplicada à Prática Médica Saúde da Mulher (I e II) Saúde do Idoso Saúde Mental Aspectos Legais da Prática Médica Emergências Médicas Internato (I ao IV) Sistemas Orgânicos Integrados (I ao III) Seminário Integrado (I ao VIII)	Introducción a la MGI Morfofisiología (I ao VI) Informática médica Genética Médica Psicología Médica (I e II) Microbiología y Parasitología Médica Propedéutica Clínica y semiología Farmacología (I e II) Medicina Interna Pediatria Medicina de desastre (I e II) Ginecología y Obstetricia Psiquiatria Medicina General Integral Medicina Legal y Ética Médica Ortopedia ORL Oftalmología Dermatología Urología Medicina Interna Pediatria Ginecobstetricia Cirugía Medicina General Integral

continua

**Quadro 2** - Quadro comparativo das grades curriculares dos cursos de Medicina (cont.)

IES	IES1*	IES2**	IES3***
<b>Competências</b>			
<b>Carga horária total (horas)</b>	<b>5.706</b>	<b>6.941</b>	<b>8.005</b>
<b>Formação em Saúde Pública</b>	Epidemiologia Administração e Planejamento de Saúde	Saúde da Família (I a VIII) Epidemiologia (I e II)	Promoción de Salud Prevención em Salud Medicina Comunitaria Salud Pública
<b>Carga horária total (horas)</b>	<b>190</b>	<b>576</b>	<b>800</b>
<b>Disciplinas eletivas</b>	<b>1.741</b>	<b>216</b>	<b>360</b>
<b>Total de carga horária</b>	<b>8.702</b>	<b>8.370</b>	<b>10.318</b>
<b>Carga horária (exceto disciplinas eletivas)</b>	<b>6.961</b>	<b>8.154</b>	<b>9.958</b>

\*Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da Faculdade de Medicina da IES1.

\*\*Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da Faculdade de Medicina da IES2.

\*\*\*Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações do portal da IES3.

Em termos analíticos, como se observa no quadro 2, as disciplinas das grades curriculares da IES foram divididas em quatro grandes grupos, a partir das competências na formação médica: (1) Competências e Habilidades Gerais; (2) Competências e Habilidades Específicas; (3) Formação em Saúde Pública; e (4) Disciplinas Eletivas. Para o texto em questão, não serão abordadas as disciplinas eletivas, na medida em que estas podem não ser cursadas igualmente por todos os estudantes. Logo, apenas as três primeiras categorias serão analisadas.

Nesse caminho, o currículo da instituição pública brasileira possui carga horária, sem contabilizar as disciplinas eletivas, de 6.961 horas; a privada, de 8.154 horas; e a cubana, de 9.958 horas. A matriz curricular da universidade cubana abarca uma carga horária maior em todas as categorias, o que indica uma formação mais ampla dentro do modelo de saúde proposto por Cuba e, em boa medida, assemelha-se aos princípios do SUS brasileiro. Vale destacar ainda que, considerando a busca recente desses dados, a matriz curricular disponibilizada pela IES1 data de 1997, elaborada antes mesmo das primeiras DCN em Medicina no Brasil, do ano de 2001.

Na categoria Formação em Saúde Pública, há uma desproporcionalidade no número de horas da IES2 (576 horas) em relação à IES3 (800 horas), ambas bem superiores ao observado na IES1. Apesar da proximidade entre as duas primeiras, na IES3 as disciplinas apresentam uma aderência maior às abordagens relacionadas à APS, como as Promoción de Salud; Prevención em Salud; e Medicina Comunitaria e Salud Pública.

Na IES2, a conformação da grade curricular valoriza o aprendizado sobre Saúde da Família, com disciplinas específicas administradas em oito períodos do curso. Segue, portanto, os preceitos das novas DCN, de 2014, sobretudo quanto à carga horária total do curso. Na categoria Competências e Habilidades Gerais, a disciplina Ambiente e Saúde chama atenção dado o seu conceito ampliado de saúde e seus determinantes

no processo saúde-doença, seguindo influências históricas nacionais e internacionais da Saúde Pública. O contraditório é que, enquanto a IES privada adota um modelo de educação que enfatiza a APS no que propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>38</sup>, não se observa tais prerrogativas de ensino médico na IES pública brasileira analisada.

Outro ponto de destaque na grade curricular da IES2 ocorre na categoria Competências e Habilidades Específicas. Trata-se das disciplinas de caráter integrado, sendo: Clínica Médica (I, II e III), Sistemas Orgânicos Integrados (I, II e III) e Seminário Integrado (I ao VIII). O último promove uma abordagem dos problemas de saúde de forma integrada, desprendida dos moldes das disciplinas tradicionais dos cursos de Medicina, anteriores às últimas DCN, mas que ainda pode ser vista na grade curricular da IES1.

A integralização dos componentes curriculares nos moldes das DCN, observadas com maior intensidade na escola cubana e na IES2, depara-se na contramão do modelo biomédico de aprendizagem: altamente especializado, fragmentado e direcionado ao uso de equipamentos, técnicas e drogas modernas – metodologia ainda em voga no Brasil, mas que vem sendo desmotivada pelas DCN de 2014. Segundo Amoretti<sup>39</sup>, uma formação profissional nesse modelo, como o observado na IES1, contribui para o desinteresse do aluno em ser “médico da família”.

Dentro do que propõe a IES1, percebe-se uma carência de disciplinas relacionadas à promoção do conhecimento sobre a gestão em saúde e a educação em saúde, fato observado, mas de menor intensidade, na IES2. Tais pontos são considerados essenciais para a “articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes” para o profissional médico<sup>1</sup>. Segundo Potyara<sup>40</sup>, saberes interdisciplinares possibilitam a ruptura da alienação científica, que, por sua vez, podem fortalecer a verticalização das especialidades, a tipologização dos saberes e o raciocínio dicotômico, propiciando a perda do contato com a realidade e possibilitando uma linguagem incomunicável entre diferentes áreas.

No que compete à análise da grade curricular da IES3, além da extensiva carga horária de estudos, alguns traços comparativos à realidade brasileira merecem ser ressaltados. A inserção das disciplinas “Inglês” (por dez períodos – 640 horas) e de Educación Física (em quatro períodos – 320 horas) despertam a atenção, não somente na formação profissional em si, mas também por ratificar que o aluno esteja apto a compreender e analisar informações internacionais em saúde e que também tenha uma condição de vida saudável propiciada pela prática do esporte.

A formação dos médicos cubanos prioriza disciplinas categorizadas como Formação em Saúde Pública, que é exatamente a discussão proposta no artigo. Na IES3, o peso dessas disciplinas na grade curricular está muito acima das IES brasileiras, totalizando 320% da grade curricular da IES1 e 38% da IES2. A pequena participação desta categoria na formação do médico brasileiro reflete o conflito entre o ensino e a realidade do país, que, ao que parece, traduz parcialmente a crise da saúde pública brasileira, tendo na dificuldade de fixar os médicos nos mais remotos lugares do país, assim motivando a implantação do PMM.

A carência do profissional médico brasileiro atuando nas UBS provém, em parte, do conflito existente entre as IES, focadas na visão mercadológica da saúde e hospitalocêntrica, com a necessidade latente de atuação desse profissional na ESF, com visão holística, entendendo não somente a doença, mas também as questões socioambientais

e familiares presentes. Logo, a identidade médica construída com base na concepção da Medicina extremamente técnica não coaduna com uma formação profissional atenta às condições sociais e às dinâmicas territoriais, o que afeta o preparo profissional para atuar nessas adversidades.

Por fim, vale ressaltar que os instrumentos normativos previstos nas atuais DCN<sup>1</sup> (cuja obrigatoriedade de integral implementação se encerra em 2018), preveem maior cumprimento ao Eixo Formação Médica do PMM<sup>2</sup>. Todavia, os efeitos decorrentes dessas mudanças têm um caráter temporal, cabendo, portanto, avançar no debate tanto público quanto acadêmico sobre os impactos sociais no atual modelo de saúde do país.

## Considerações finais

A Saúde Pública brasileira tem um mix de desafios. Isso é um fato que vem sendo discutindo antes mesmo da implantação do SUS. Para o desenvolvimento do artigo, direcionou-se a atenção para a implantação do cuidado em saúde, em um eixo transversal nos currículos de graduação dos cursos de Medicina, conforme apontado por Medeiros e Batista<sup>41</sup>. É nesse vácuo de deficiência na formação acadêmica da graduação que prolifera e fortalece o modelo biomédico. Não é propósito desse modelo a valorização dos determinantes sociais em saúde, pois pouco se considera a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; pautando na busca racional de meios complexos e de tecnologia onerosa, com pouco investimento na autonomia do paciente, e afirmando uma Medicina que tenha como categoria central a doença, e não a saúde<sup>42</sup>.

A análise da matriz curricular das IES brasileiras permite, de certa forma, dimensionar o quanto ainda se precisa avançar na conformação de seu arcabouço, de modo a oferecer um estudo em Medicina dentro das perspectivas do que o sistema público de saúde brasileiro propõe e necessita. Mais próximo dessa realidade se encontra o currículo da IES cubana, apesar de todas as críticas à vinda de médicos cubanos por meio do PMM. No outro extremo, tem-se a realidade da instituição pública brasileira sob análise, cujo formato curricular mostra-se ainda distante dos anseios das DCN de 2014<sup>1</sup>.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2001.
2. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana em el exterior. Rev EDUMECENTRO [Internet]. 2015 [citado 26 Abr 2016]; 7(1):171-7. Disponível em: <http://www.revedumecentro.sld.cu>.
3. Moreno LVD, Vedovato LR. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. Reinpec. 2015; 1(1):156-82.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 out 2013.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015 [citado 2 Maio 2017]. p. 284. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
7. Lima RDCGS, Garcia CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. Tempus. 2015; 9(4):67-80.
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 12 Maio 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>
9. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SC, Pereira L A, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(2):156-65.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.
11. Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.
12. Maranhão E. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
13. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
14. Ministério da Educação (BR). Relatório do Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 776/1997 [Internet]. Brasília: MEC; 2017 [citado 20 Nov 2017]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf\\_legislacao/superior/legisla\\_superior\\_parecer77697.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf)
15. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Trab Educ Saude. 2013; 11(2):319-38.
16. Barros NF. As ciências sociais na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2016.

17. Ministério da Saúde (BR). Informe Saúde. Promed: lançado programa para mudar currículo de medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 10 Ago 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>
18. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). 12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Lampert JB, Aguilar da Silva RH, Perim GL, Stella RCDR, Abdalla IG, Costa NMDSC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):5-18.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: Seminário de formação médica para Atenção Básica [Internet]; 2013; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 20 Maio 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20\(1\)%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20(1)%20(2).pdf)
22. Campos GWDS. A saúde, o SUS e o programa Mais Médicos. *Rev Med Resid.* 2013; 15(2):1-4.
23. Frente Nacional de Prefeitos. Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país [Internet]. Brasília; 2013 [citado 20 Jul 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br>.
24. Melo CF, Baião DC, Costa MC. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Gestao Soc.* 2016; 10(26):1302-12.
25. Maciel FR, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O PROVAB na UNA-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 12 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/provab>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 10 Abr 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)
28. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saude Publica.* 1993; 9(3):239-62.
29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Rev Saude Soc.* 2004; 13(3):16-29.
30. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FPD, Brizolara R, Figueiredo AMD, Santos JTD. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate.* 2014; 1(51):105-20.
31. Ministério da Educação (BR). Consulta avançada. Cursos de graduação em medicina no Brasil. E-Mec [Internet]. 2017 [citado 10 Set 2017]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
32. Machado MH. Os médicos do Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.



33. Champion EW, Morrissey SA. Different model – medical care in Cuba. *N Engl J Med*. 2013; 4(368):297-9.
34. Silva RJO, Sousa DO. Programa Mais Médico na perspectiva dos atores sociais responsáveis por sua implantação e dos beneficiários no município de Boqueirão, PB. *Reunir*. 2015; 3(2):59-75.
35. Collar JM, Neto JBA, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saude Redes*. 2015; 1(2):43-56.
36. Heinzle MRS, Bagnato MLS. Recontextualização do currículo integrado na formação médica. *Pro-Posições*. 2015; 26(3):225-38.
37. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
38. Gombata M. Política social e política externa: a atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
39. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 10(2):136-46.
40. Potyara APP. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social; 2014. p. 21-40.
41. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trab Educ Saude*. 2016; 14(3):925-51.
42. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis*. 2008; 1(18):13-25.



---

The article was constructed from an exploratory, documentary research and investigates the curricular matrices of the medicine courses of three higher education institutions, trying to identify the weight they give to a more humanistic education of their students, in accordance with what is recommended by the More Doctors Program (PMM). Two Brazilian institutions were examined, one public and one private, both in Rio de Janeiro, and also a third institution, located in Cuba. In the education of Cuban doctors, importance is given to disciplines categorized as "Public Health Education". Contrary to this design, the education of Brazilian doctors reflects the conflict between teaching and the reality of the country, visible in the difficulty in educating doctors to work in primary care and in retaining them in the most remote places of Brazil.

**Keywords:** Medical education. Public policies. Public Health.

---

El artículo fue elaborado a partir de una investigación exploratoria y documental e investiga las matrices curriculares de los cursos de Medicina de tres Instituciones de Enseñanza Superior, buscando identificar el peso que atribuyen a una formación más humanista de sus estudiantes, en los moldes del "Programa Más Médicos "(PMM). Se examinaron dos instituciones brasileñas, una pública y una privada, ambas en Río de Janeiro y una tercera, cubana. En la formación de los médicos cubanos se nota una intensidad en las disciplinas categorizadas como "Formación en Salud Pública". En contra de ese diseño se tiene que la formación del médico brasileño refleja el conflicto entre la enseñanza y la realidad del país, visible en la dificultad en formar médicos para actuar en la Atención Primaria a la Salud y en fijarlos en los más remotos lugares de Brasil.

**Palabras clave:** Educación médica. Políticas públicas. Salud Pública.

Submetido em 27/12/17.

Aprovado em 14/09/18.

### Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde


Documentary analysis of the pedagogical project of a Medicine course and teaching in Primary Care (abstract: p. 12)

Análisis documental del proyecto pedagógico de un curso de Medicina y la enseñanza en la Atención Primaria a la Salud (resumen: p. 12)

**Valter Luiz Moreira de Rezende<sup>(a)</sup>**

<rezende.valter@gmail.com> 


**Bárbara Souza Rocha<sup>(b)</sup>**

<barbarasrocha@gmail.com.br> 

**Alessandra Vitorino Naghettini<sup>(c)</sup>**

<alessandra\_naghettini@ufg.br> 

**Edna Regina Silva Pereira<sup>(d)</sup>**

<ersp13@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Curso de Medicina, Centro Universitário de Anápolis. Avenida Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária. Anápolis, GO, Brasil. 75083-515.

<sup>(b)</sup> Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil.

<sup>(c)</sup> Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina (FM), UFG. Goiânia, GO, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Clínica Médica, FM, UFG. Goiânia, GO, Brasil.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina de 2014 preveem uma formação com maior foco na Atenção Primária à Saúde (APS). A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, adaptando-se às novas DCN, elaborou um novo projeto pedagógico de curso (PPC). O objetivo deste estudo foi analisar e comparar, por meio de análise documental, o novo PPC nas perspectivas das DCN de 2014, tendo por base o documento "Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina". Embora o PPC contemple a maioria dos aspectos relacionados ao ensino da APS, observou-se a ausência de determinações para o ensino do método clínico centrado na pessoa, na educação popular, no respeito à autonomia do paciente e na tomada de decisão compartilhada. Espera-se, assim, subsidiar mudanças no PPC atual e estimular outras universidades a abordar esses temas.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Currículo. Medicina da família e comunidade. Ensino.

## Introdução

As discussões em torno do currículo médico ganharam grande impulso no último século, especialmente após o relatório Flexner, de 1910, que influenciou a reformulação do ensino médico em boa parte do mundo<sup>1</sup>. Esse modelo serviu de base para a organização dos currículos, principalmente com a criação de disciplinas e já com um olhar voltado para a necessidade de conhecimentos preventivos e coletivos<sup>2</sup>. Flexner reconheceu que a educação médica tem de configurar-se em resposta às mudanças científicas, circunstâncias sociais e econômicas. A flexibilidade e liberdade de mudar os currículos, adaptando-se às demandas sociais locais, também faziam parte de sua mensagem<sup>3</sup>.

A formação e o perfil dos egressos no Brasil até os anos 2000 foram voltados predominantemente a um modelo hospitalocêntrico e curativo<sup>4</sup>. Em resposta a isso, ocorreu a articulação entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e algumas entidades médicas para discutir a reformulação da formação médica. Esses debates levaram, em 2001, à criação de documentos como as DCN<sup>5</sup>. Desde então, diversos esforços foram realizados para tornar os cursos de Medicina mais voltados às necessidades da população e ao ensino na APS<sup>6</sup>. No entanto, a pouca valorização das atividades de ensino fora dos espaços da universidade ou hospitalares e o ainda insuficiente conhecimento do corpo docente sobre as atividades na APS representaram desafios para uma mudança curricular significativa<sup>6</sup>.

As DCN do curso de Medicina do ano de 2001<sup>4</sup> já representaram um passo importante para estabelecer um perfil de egresso mais adequado às necessidades da população e, no ano de 2014, após as discussões em torno da Lei do Mais Médicos<sup>7</sup>, foram divulgadas as novas DCN para o curso de Medicina<sup>8</sup>. Entre as mudanças, ressaltou-se a necessidade de uma formação generalista e com ênfase nos serviços de APS e urgência/emergência. Reforçou-se também que os conteúdos fundamentais do curso estivessem relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade<sup>8</sup>.

A APS é a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e países com uma orientação mais forte para este nível de atenção possuem melhores indicadores de saúde<sup>9,10</sup>. No entanto, para o pleno funcionamento desta, esperam-se profissionais que saibam atender às pessoas ao longo do tempo, com conhecimento das diversas condições, alta resolutividade e que coordenem as atenções sofridas nos diversos níveis<sup>11</sup>.

Nesse contexto, analisamos a Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Esta iniciou suas atividades no ano de 1960 e já graduou mais de 5.000 médicos; a maioria deles exercendo suas atividades na própria região, inclusive nas áreas de gestão pública e privada<sup>12</sup>. Realizou diversos esforços para adequar o ensino à população e, já na década de 1970, implementou um estágio rural para o ensino de uma medicina comunitária. No ano de 2002, a FM da UFG realizou uma reforma curricular para se adequar às DCN do ano de 2001 e, além disso, em 2002, aderiu ao Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), em 2005, ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I e II), e, em 2008, ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Com a adesão a esses projetos, a instituição passou a ter um enfoque maior em atividades de ensino da saúde na comunidade<sup>13</sup>.

No ano de 2014, buscando nova adequação às DCN do curso de Medicina, publicou seu novo PPC, ainda em fase de implementação e avaliação. Este determina os princípios norteadores e as expectativas em torno da formação médica na instituição<sup>12</sup>.

Considerando a necessidade de revisão e adequações curriculares de todas as escolas médicas nacionais com base nas DCN de 2014, o objetivo deste estudo foi, então, analisar e comparar o PPC do curso de Medicina da FM da UFG segundo as determinações das DCN de 2014 e do documento Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina<sup>14</sup>.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, com dados produzidos por meio de análise documental. Esta, conforme Bardin<sup>15</sup>, é uma operação ou conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento em uma forma diferente da original, a fim de facilitar, em um período posterior, a sua consulta e referência.

Conforme ilustrado na Figura 1, três documentos foram analisados e dois foram comparados: o “Projeto pedagógico do curso de Medicina da FM da UFG”, publicado no fim de 2014, foi comparado às “Diretrizes curriculares do curso de Medicina”, publicada em 2014.

O documento “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina”<sup>13</sup> também foi analisado para subsidiar e estabelecer as especificações do ensino da APS na graduação. Esse documento foi escolhido por ser considerado uma referência na área; por ter sido construído em conjunto pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); e por haver participação coletiva de diversos especialistas do país nas áreas de educação médica e APS. Foi elaborado com o intuito de apoiar as escolas médicas na estruturação de projetos pedagógicos no contexto da APS.

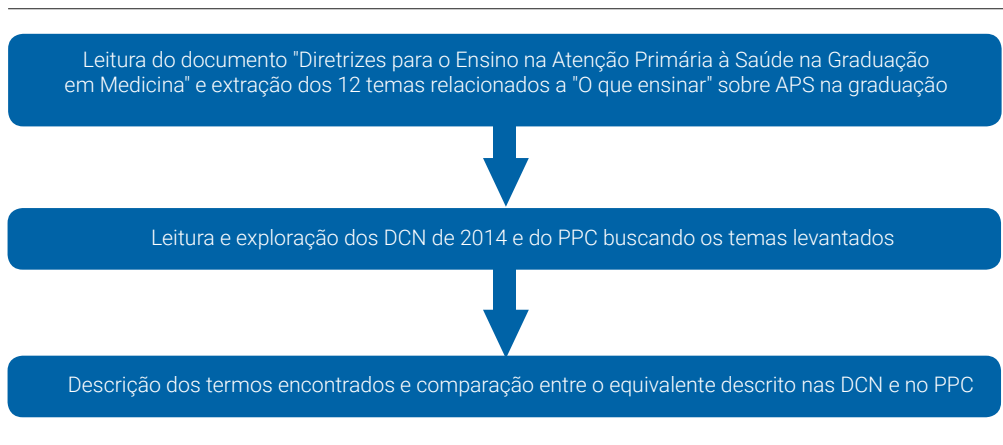
Em um primeiro momento, foi feita a leitura exploratória das “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina” e extraídos os temas relacionados ao “o que ensinar” nesse nível de atenção. Após essa etapa, selecionaram-se os 12 temas que tinham correspondência nas DCN de 2014:

- Competência para trabalhar em equipe
- Capacidade para atuar na atenção primária e conhecer os diversos níveis de atenção à saúde
  - Conhecimento de ações de gestão e dos serviços de saúde
  - Competência para trabalhar com educação popular e permanente da equipe
  - Respeito à autonomia
  - Capacidade de tomar decisão compartilhada
  - Utilização de evidências científicas
  - Decisão baseada em prevalência e incidência
  - Perfil generalista
  - Liderança no trabalho multidisciplinar
  - Responsabilidade social
  - Integralidade

Realizou-se, então, uma primeira leitura exploratória do PPC, estabelecendo-se, assim, contato e conhecimento do texto<sup>12</sup>. Nesse documento, encontram-se os princí-

pios e estratégias de avaliação de aprendizagem, duração do curso e estrutura curricular, incluindo a matriz curricular, o elenco dos módulos e os conteúdos de aprendizagem, com as respectivas ementas e cargas horárias<sup>10</sup>. Todos esses tópicos foram avaliados nesta pesquisa.

Por fim, por meio da análise temática de conteúdo<sup>15</sup>, buscou-se no PPC os temas previamente escolhidos para posterior descrição e correlação, apresentados nos quadros em resultados (Figura 1).



**Figura 1.** Passos metodológicos utilizados na análise documental.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG e iniciado após a sua aprovação – Parecer 1.523.208 – em 2016, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 46, de 12 de dezembro de 2012.

## Resultado e discussão

Os quatro temas que resultaram da análise documental são apresentados em quadros, com a descrição e a comparação entre os documentos. O Quadro 1 compara os documentos segundo o perfil do egresso, o Quadro 2 trata da área de atenção à saúde, o Quadro 3 refere-se a aspectos da Gestão em Saúde e o Quadro 4, sobre a Educação em Saúde.

### Perfil esperado do egresso

O perfil do profissional descrito no PPC, um médico generalista e adequado às necessidades da sociedade, está em acordo com as DCN. A formação na Atenção Primária e a responsabilidade social são destacadas em ambos (Quadro 1).



**Quadro 1.** Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes ao perfil esperado do egresso do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Perfil generalista	"O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, ..." (p. 1)	"A proposta curricular visa à formação de um profissional generalista e mais adequado aos desafios da sociedade moderna." (p. 12) "O Curso de Medicina da UFG tem como objetivo geral a formação de um profissional generalista [...]" (p. 12)
Capacidade para atuar na Atenção Primária e conhecer os diversos níveis de atenção à saúde.	"[...] 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 [...]" (p. 1) "Valorização da vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica [...]" (p. 3)	"Estabelecer a inserção do estudante, desde o primeiro ano do curso, em atividades de campo oportunas à formação das habilidades e competências, nos diferentes níveis de atendimento, bem como no gerenciamento administrativo, nos diversos cenários de ensino-aprendizagem necessários ao exercício da prática médica." (p. 13) "Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário [...]" (p. 16)
Responsabilidade social	"O graduado em Medicina terá formação geral [...] com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano [...]" (p. 1)	"[...] o eixo do desenvolvimento curricular foi construído de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, identificadas [...]" (p. 16) "[...] objetivo é tornar a educação do egresso relevante em relação às necessidades da sociedade [...]" (p. 16)

A formação de um estudante de Medicina com perfil generalista, com conhecimento dos diferentes níveis de atenção à saúde e com responsabilidade social se alinha aos princípios do Sistema Único de Saúde<sup>16</sup>. Embora as DCN do curso de Medicina de 2001<sup>5</sup> já contemplassem essas orientações, as escolas médicas avançaram lentamente nesse sentido. O ensino médico no país apresentou dificuldade em transformar as tradições e espaços de atuação<sup>4</sup>. Com a publicação da Lei do Mais Médicos, em 2013<sup>7</sup>, instituiu-se a obrigatoriedade de os cursos de Medicina acompanharem as DCN. Em função disso, espera-se agora mais transformações no ensino médico brasileiro e na universidade analisada.

Para corroborar essas orientações e buscando experiências e olhares de outros países, é importante citar também que a Organização Mundial de Saúde recomenda que cerca de 80% das demandas em saúde sejam resolvidas na APS<sup>17</sup> e que, no clássico estudo "Ecologia dos Serviços de Saúde", de White, de 1961<sup>18</sup>, replicado e confirmado em 2001 por Green<sup>19</sup>, observou-se que menos de 5% das pessoas que procuram atendimento médico necessitam de cuidados hospitalares. Esses dados reforçam a necessidade de uma formação com maior enfoque em serviços ambulatoriais, em especial, na APS.

## Atenção à Saúde

No Quadro 2, foram abordados temas relacionados à área Atenção à Saúde, como o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade; prevenção e promoção de saúde; utilização de evidências científicas e competências para trabalhar em equipe; desenvolvimento de atividades de educação popular; e tomada de decisões compartilhadas.

**Quadro 2.** Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Atenção à Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Abordagem centrada na pessoa, família e comunidade	"[...] integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, [...], estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades" (p. 2) "Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade [...]" (p. 2) "[...] incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico." (p. 8)	"A primeira aproximação deve se dar entre o estudante e o indivíduo inserido em seu contexto social mais próximo (a família, seu grupo de vizinhança e os focos sociais em que se desenvolvem suas relações sociais)." (p. 15) "Eixo Indivíduo, Família, Comunidade, Sociedade: visa o desenvolvimento de uma prática de ação comunitária, integrada [...], onde o estudante entra em estreita relação com o indivíduo, a família, a comunidade e a sociedade ou em ambientes e estruturas a elas pertencentes" (p. 46)
Atuação na prevenção e promoção de saúde	"[...] participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais" (p. 7) "[...] estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica" (p. 7)	"[...] atuar na proteção, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde" (p. 24)
Competência para trabalhar com educação popular e permanente da equipe	"[...] estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica" (p. 7)	NÃO CONSTA EDUCAÇÃO POPULAR "[...] veiculação do conhecimento da área da saúde, cujo alcance envolve a formação do acadêmico, e a troca contínua entre os profissionais integrantes dos órgãos prestadores de serviços, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, alcançando, ainda, a própria comunidade, em um processo de educação e conscientização permanente." (p. 16)
Respeito à autonomia do paciente	"[...] estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades" (p. 2)	NÃO CONSTA
Capacidade de tomar decisão compartilhada	"[...] incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico" (p. 8)	NÃO CONSTA
Utilização de evidências científicas	"Tomada de decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas" (p. 3)	"[...] capacidade de tomar decisões [...] baseadas em evidências científicas" (p. 22)
Decisão baseada em prevalência e incidência	"Análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde [...]" (p. 7)	"[...] diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças" (p. 24)

A necessidade de se considerar a pessoa em sua totalidade, incluindo a família e comunidade, é citada nos dois documentos. No entanto, não se observa no PPC menção ao método clínico centrado na pessoa. Essa abordagem apresenta diversas vantagens sobre o modelo biomédico tradicional, centrado no médico. Ambos os documentos incluem maior satisfação do paciente; maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica; maior satisfação do médico; menor número de processos por erro médico; cuidado mais eficiente; e menor número de exames complementares e de encaminhamentos a especialistas focais, com redução dos custos para o sistema de saúde e para o paciente<sup>20,21</sup>.

Prevenção, promoção de saúde e competência para trabalhar com educação popular e da equipe são colocadas como ações esperadas do estudante. A expressão "promoção da saúde" foi utilizada pela primeira vez na década de 1970, pelo ministro da saúde

canadense Mark Lalonde em um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians*.<sup>22</sup> A influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte foram bastante destacados nesse documento. A Carta de Ottawa, publicada pela Organização Mundial de Saúde na primeira conferência internacional de promoção à saúde, reforça essa tese e acrescenta que os indivíduos deverão ser orientados para ter maior controle sobre a própria saúde<sup>17,22</sup>.

Embora o PPC aborde o conceito de educação permanente e envolva a população nesse sentido, não consta menção ao aprendizado sobre Educação Popular em Saúde (EPS) de forma clara e específica. A EPS reconhece e enfrenta os problemas de saúde dialogando com as classes populares e respeitando a cultura e os saberes trazidos por estas. A atual concepção da EPS, influenciada principalmente pelas publicações de Paulo Freire, rompe com as anteriores práticas hegemônicas de educação em saúde. Estas eram instituídas predominantemente de forma unilateral pelos profissionais de saúde, pouco dialógicas e com caráter essencialmente biomédico<sup>23</sup>. Torna-se, portanto, de fundamental relevância o ensino desses conceitos no curso de Medicina<sup>24</sup>.

As DCN colocam a necessidade do estímulo ao autocuidado pelos pacientes, do respeito à autonomia destes e de tomada de decisões compartilhadas. No entanto, merece destaque a ausência no PPC de qualquer termo que remeta ao respeito da autonomia ou decisão compartilhada. Conforme mostrado a seguir, diversas publicações reforçam a orientação das DCN sobre estes assuntos. O Código de Ética Médica, de 2009<sup>25</sup>, em seu artigo XXI, diz que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

A mudança de predomínio de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas tornará obrigatória a reincorporação da arte da Medicina, segundo Sullivan, 2003<sup>26</sup>. O objetivo exclusivo de cura e de evitar a morte dá lugar ao objetivo de cuidado das pessoas, considerando a perspectiva destas. O respeito à autonomia do paciente e a valorização de seu ponto de vista em relação à saúde e ao seu cuidado são peças fundamentais do agir médico. O paciente-sujeito está sendo reintroduzido na Medicina<sup>26,27</sup>.

A tomada de decisões baseada em evidências, considerando a prevalência e incidência dos diversos agravos, aparece nos dois documentos. Essa forma de atuação garante maior resolutividade e efetividade aos tratamentos; atenção à prevenção quaternária; uso racional de recursos e medicamentos; e diminuição dos casos de iatrogenia<sup>28,29</sup>.

## Gestão em Saúde

Este tópico trata de assuntos como trabalho em equipe, liderança no trabalho multidisciplinar e conhecimento de ações de gestão. Todas essas competências são recomendadas pelas DCN e pelo PPC (Quadro 3).

Com o envelhecimento da população e o aumento de condições crônicas, expandiu-se significativamente a complexidade do cuidado<sup>30-32</sup>. Portanto, torna-se fundamental a formação de profissionais que tenham competência para enfrentar esse novo perfil epidemiológico. Trabalho em equipe e liderança, de forma colaborativa, não hierárquica e coordenada, são competências imprescindíveis neste processo<sup>30,33,34</sup>.

**Quadro 3.** Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Gestão em Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Competência para trabalhar em equipe	"Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (p. 3)	"Inserção do estudante desde o primeiro ano do curso em atividades práticas, em trabalho em equipe, com interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade." (p. 12) "Promover a formação das competências necessárias para trabalho em equipes multiprofissionais, bem como o relacionamento interpessoal e ético em todos os níveis da atuação profissional, [...]" (p. 14)
Liderança no trabalho multidisciplinar	"Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais [...], tendo em vista o bem-estar da comunidade [...]" (p. 3)	"[...] no trabalho em equipe multiprofissional, deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade." (p. 22)
Conhecimento de ações de gestão e dos serviços de saúde	"[...] participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, [...]" (p. 2) "Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade..." (p. 3)	"[...] ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde." (p. 24) "[...] deve estar apto a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação" (p. 22)
Integralidade	"[...] promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva [...]" (p. 8)	"[...] reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência [...]" (p. 24)

A liderança, apesar do seu caráter subjetivo, é uma competência que pode ser ensinada. Envolve boa comunicação, saber trabalhar em equipe, planejamento estratégico e tomada de decisões. Espera-se também que o estudante seja capaz de identificar necessidades, traçar objetivos e atuar em equipe, buscando envolver e partilhar o cuidado com outros profissionais<sup>35</sup>.

O desenvolvimento e conhecimento de ações de gestão – outra competência desejada – envolve a organização de sistemas de saúde e atenção em Saúde Pública. Qualificar o estudante para gerir e conhecer tanto a macroestrutura quanto os serviços e políticas públicas é uma medida que trará profissionais e gestores mais capacitados e envolvidos com a melhoria dos dispositivos da rede de atenção à saúde<sup>36</sup>.

Uma atuação que busque a integralidade é etapa fundamental do atendimento médico na APS. Ao utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa integral, complexa, garante-se que o indivíduo seja visto em sua totalidade, sendo uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população<sup>37</sup>.

## Educação em Saúde

Na parte das DCN referente à área Educação em Saúde, um ponto com interface na APS é destacado: a interdisciplinaridade. Esta encontra-se contemplada no PPC (Quadro 4).

**Quadro 4.** Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Educação em Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Interdisciplinaridade	"Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais" (p. 12)	"Aspectos éticos, morais, sociais e fisiopatológicos na prática médica com ênfase na interdisciplinaridade." (p. 97)

A interdisciplinaridade, que significa a interação entre diferentes teorias e saberes nos processos de ensino-aprendizagem<sup>33</sup>, é peça essencial para a formação de um profissional que trabalhe de forma integrada, interprofissional e resolutive<sup>34</sup>.

Conforme Frenk et al.<sup>30</sup>, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade são pilares da última grande geração de reformas no ensino médico que tratam da aquisição de competências para formação de um profissional mais alinhado às necessidades da população.

## Considerações finais

O novo projeto pedagógico curricular foi construído em um contexto de transformações na formação médica e no modelo assistencial (pós Lei do Mais Médicos) e acompanhou as DCN de 2014 na maioria dos pontos relacionados ao ensino da APS na graduação.

Ambos determinam a formação de um profissional generalista, que atenda às necessidades de saúde da população e que possua grande conhecimento da APS. Também é descrita a necessidade de se buscar um egresso que tenha abordagem integral, habilidades para trabalhar em equipe e conhecimentos dos processos de gestão.

Merece destaque, no entanto, a ausência no PPC de temas fundamentais na prática médica e na relação médico-paciente. Não há referências ao ensino do método clínico centrado na pessoa, da educação popular em saúde, do respeito à autonomia do paciente e da tomada de decisão compartilhada.

Espera-se, assim, que os gestores do curso analisado e de outras instituições com contextos semelhantes, em um processo de avaliação e atualização continuada do currículo, possam incluir essas recomendações, que são previstas nas DCN de 2014 e são peças fundamentais para o exercício de uma Medicina mais humanizada, efetiva e centrada nas necessidades das pessoas e da população.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Marins JJ, Lampert JB, Araújo JG, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.
2. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006; 355(13):1339-44.
4. Streit DS, Neto FB, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. Educação médica: dez anos de diretrizes curriculares nacionais. Rio de Janeiro: ABEM; 2012.
5. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 9 Nov 2001; sec. 1, p. 38.
6. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E. Síntese final e as perspectivas para o futuro da educação baseada na comunidade no contexto Brasileiro. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2014. p. 293-7.
7. Presidência da República (BR). Lei 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.
9. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. *Relatório Mundial da Saúde*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud em las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPAS; 2007.
11. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8):1129-33.
12. Universidade Federal de Goiás. Projeto pedagógico do curso de medicina. Goiânia: UFG; 2014.
13. Naghettini AV, Pereira ERS, Moraes VA. Educação baseada em comunidade: a experiência da Universidade Federal de Goiás. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 125-36.
14. Demarzo MM, Almeida RC, Marins JJ, Trindade TG, Anderson MI, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19):145-50.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, Tradutor. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). *Diário Oficial da União*. 22 Out 2011; sec. 1, p. 48-52.
17. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.



18. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961; 265:885-92.
19. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001; 344(26):2021-5.
20. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 12:CD003267.
21. Lopes JM. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes J. *Tratado de medicina de família e comunidade.* São Paulo: Artmed; 2012. p. 112-23.
22. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005; 13(3):423-31. doi: 10.1590/S0104-11692005000300018.
23. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(1):7-18.
24. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KS. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Suppl 2:1355-64. doi: 10.1590/1807-57622013.0477.
25. Conselho Federal de Medicina – CFM. Código de ética médica; Resolução CFM Nº 1931/2009. *Diário Oficial da União.* 24 Set 2009; sec. 1, p. 90.
26. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med.* 2003; 56(7):1595-604.
27. Ribeiro MM, Amaral CF. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(1):90-7.
28. Manser R, Walters EH. What is evidence-based medicine and the role of review: the revolution coming your way. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2001; 56(1):33-8.
29. Oannidis JP. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol.* 2016; 73:82-6.
30. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
31. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26(5):518-24.
32. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontol.* 2015; 18(1):325-39.
33. Furtado JF. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):239-55.
34. Matuda CG. Colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(8):2511-21.

35. Provenzano BC, Ferreira DAV, Machado APG, Aranha RN. Liderança na educação médica. *Rev HUPE*. 2014; 13(4):26-31.
36. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):526-39.
37. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

---

The 2014 National Curriculum Guidelines (DCN) for the medicine course provide for an education that focuses on primary care. The School of Medicine of Universidade Federal de Goiás, adapting itself to the new DCN, has developed a new Pedagogical Course Project (PCP). The objective of this study was to examine, through documentary analysis, the new PCP in the perspective of the 2014 DCN, based on the document “Guidelines for Primary Care Teaching in Undergraduate Medicine Courses”. Although the PCP covers most of the aspects related to primary care teaching, there is no reference to the teaching of the person-centered clinical method, popular health education, respect for patient autonomy, and shared decision-making. We hope, therefore, to subsidize changes in the current PCP and to stimulate other universities to approach these issues.

**Keywords:** Primary care. Curriculum. Family and community medicine. Education.

---

Las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 2014 prevén una formación con mayor foco en la Atención Primaria de la Salud (APS). La Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás, adaptándose a las nuevas DCN elaboró un nuevo Proyecto Pedagógico de Curso (PPC). El objetivo de este estudio fue analizar y comparar, por medio de análisis documental, el nuevo PPC en las perspectivas de las DCN de 2014, teniendo como base el documento “Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación en Medicina”. Se observó la ausencia de determinaciones para la enseñanza del método clínico centrado en la persona, en la educación popular, en el respeto a la autonomía del paciente y en la toma de decisión compartida. Se espera, así, subsidiar cambios en el PPC actual e incentivar a otras universidades.

**Palabras clave:** Atención primaria de la salud. Currículo. Medicina de la familia y comunidad. Enseñanza.

Submetido em 14/12/17.

Aprovado em 08/10/18.



### Fundamentos teóricos do projeto pedagógico de um curso de Medicina no sertão paraibano: contribuições ao debate sobre educação médica

Theoretical foundations of the pedagogical project of a Medicine course in the outback of the state of Paraíba, Brazil: contributions to the debate on medical education (abstract: p. 14)

Fundamentos teóricos del proyectopPedagógico de un curso de Medicina en el Semi-árido del Estado de Paraíba, Brasil: contribuciones al debate sobre Educación Médica (resumen: p. 15)

**Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros<sup>(a)</sup>**

<henriquegdmedeiros@gmail.com> 

**Thiago Gomes da Trindade<sup>(b)</sup>**

<thiagogtrindade@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande. Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/no, Casas Populares. Cajazeiras, PB, Brasil. 58900-000.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Considerando os processos de reforma da educação médica, necessita-se estudar experiências surgidas recentemente. Assim, analisou-se o projeto pedagógico do curso (PPC) de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cajazeiras (Paraíba, Brasil), procurando reconhecer seus fundamentos teóricos. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, utilizando documentação indireta e observação direta intensiva para coleta de dados e o método hermenêutico-dialético para sua análise. Partindo de pressupostos da Medicina Rural, o projeto é eclético: contempla o Materialismo Histórico e Dialético, por meio da Epidemiologia Crítica Latino-Americana e da Metodologia da Problematização; referenciando-se na Pedagogia das Competências, aproxima-se de correntes racionalistas, individualistas e neopragmatistas; e, finalmente, dialoga com a Pós-Modernidade de Contestação e o Pensamento Complexo. Buscando superar o Paradigma Flexneriano, conclui-se que o projeto aproxima-se do Paradigma da Integralidade, mas enfrenta dificuldades para materializar-se, apontando-se propostas práticas para viabilizá-lo.

**Palavras-chave:** Educação médica. Currículo. Educação em Saúde.

## Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) motivou o esforço para consolidação de uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e para mudança do modelo de atenção no Brasil. Isso tem exigido que se repense a formação dos profissionais de saúde, de modo que estejam alinhados aos princípios ético-políticos que embasam o Direito à Saúde. Assim, nos últimos anos os cursos de graduação vivenciaram um conjunto de reformas curriculares objetivando adequar o perfil do egresso à nova realidade. Tais reformas expressam a tentativa de superar o modelo flexneriano a partir de uma nova perspectiva: o paradigma da integralidade.

O modelo flexneriano se caracteriza por predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; processo de ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; predominância da prática desenvolvida em hospital; capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e referência ao mercado de trabalho a partir do tradicional consultório e do exercício da Medicina de forma privada e médico-centrada<sup>1</sup>.

Por outro lado, o paradigma da integralidade, embora tenha uma definição ainda difusa, norteia-se por: abordagem do processo saúde-doença com maior ênfase no polo saúde; processo ensino-aprendizagem centrado no estudante; desenvolvimento de atividades práticas na rede assistencial do SUS em seus diversos níveis de atenção, voltado para as necessidades básicas de saúde da população; valorização tanto da competência técnico-científica quanto da didático-pedagógica de seu corpo docente; e referência ao mercado de trabalho em Saúde a partir da reflexão crítica sobre seus aspectos econômicos e humanísticos e suas implicações éticas<sup>1</sup>.

É nesse cenário de mudanças na educação médica que o curso de Medicina do *campus* Cajazeiras da UFCG (Paraíba) é criado em 2007, incorporando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) modificadas em 2001 e colocando como eixo estruturante do curso, enquanto módulo transversal e integrador, as disciplinas de Saúde da Família e Comunitária, assentadas sobre os saberes da Saúde Coletiva, da Medicina de Família e Comunidade, da Clínica Ampliada e da Pedagogia de matriz freireana, tendo como principal campo de prática a rede básica de saúde daquele município de pouco mais de sessenta mil habitantes, localizado no sertão paraibano<sup>2</sup>.

Tendo em vista as mais recentes mudanças nas DCN em 2014, que buscam aprofundar o processo de reforma inaugurado em 2001 e considerando o contexto de expansão de vagas e de cursos de Medicina em regiões de difícil fixação de médicos, inaugurado pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é fundamental a realização de estudos sobre as experiências acumuladas até aqui.

Assim, analisou-se o PPC de Medicina da UFCG – *campus* Cajazeiras –, procurando reconhecer seus pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos e extrair contribuições que possam embasar tanto projetos pedagógicos surgidos ou em processo de reformulação após as DCN de 2014 quanto políticas públicas relacionadas à educação médica.

## Material e métodos

Considerando as reflexões metodológicas de Marconi e Lakatos<sup>3</sup>, trata-se de pesquisa localizada no quadro referencial marxista, partindo da teoria do materialismo

histórico e dialético e do método de abordagem dialético, utilizando os métodos de procedimento histórico e monográfico, com uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Tem, como técnicas específicas de coleta de dados, a documentação indireta – pesquisas documental e bibliográfica, utilizando o PPC, as DCN de 2001 e 2014, portarias e resoluções da universidade, bem como documentos da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); e a observação direta intensiva – e a observação participante, assistemática, natural, individual e na vida real. Assistemática porque consistiu em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilizasse meios técnicos especiais ou precisasse fazer perguntas diretas. É mais empregada em estudos exploratórios (como este) e não tem planejamento e controle previamente elaborados; caracterizando-se pelo fato de: “[...] o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais os aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los”<sup>3</sup> (p. 192).

Participante em razão da participação real do pesquisador na comunidade ou grupo (no caso, a comunidade universitária da UFCG em Cajazeiras). A observação participante pode ser classificada em artificial ou natural, sendo esta última a que melhor se encaixa no caso, já que observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investigou. Individual porque partiu de um único observador/pesquisador. E na vida real porque as observações foram feitas no ambiente do próprio curso, a partir da experiência do pesquisador em posições-chave enquanto ex-coordenador de curso, ex-coordenador de internato, ex-membro do colegiado de curso e atual coordenador de residência médica, participando de reuniões da unidade acadêmica e outras instâncias administrativas.

Enquanto técnica de análise dos dados, trabalhou-se a partir do método hermenêutico-dialético<sup>4</sup> no reconhecimento dos pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do PPC. Tal método de análise busca localizar a fala dos atores sociais (no caso, o texto do PPC) em seu contexto (possível graças à observação direta intensiva) para melhor ser compreendida. Tal compreensão tem como ponto de partida o interior da fala (do texto) e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (texto). Para a operacionalização da proposta, seguiram-se os passos recomendados: organização e classificação dos dados e análise final. Na primeira etapa, recolheram-se todos os documentos relacionados ao PPC do curso. Na segunda, procedeu-se a uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para fazer surgir o que há de relevante neles, partindo da compreensão de que o dado não existe por si só, mas é construído a partir dos questionamentos que fazemos sobre ele, com base em uma fundamentação teórica. Apoiado no que é relevante, elaboram-se categorias específicas, no caso, os pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do curso. Por fim, na terceira e última fase, procurou-se estabelecer a relação entre os dados levantados e categorias elaboradas com a fundamentação teórica da pesquisa.

No que tange aos aspectos éticos, a pesquisa não envolveu a participação de seres humanos, não necessitando de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

O PPC da UFCG *campus* Cajazeiras tem como pressuposto para sua existência – não somente em sua Justificativa, mas também em diversas seções do texto (a exem-

plo da Apresentação) – a necessidade de enfrentar o passivo histórico no campo das políticas públicas de educação superior e de saúde na promoção do bem-estar social da população sertaneja. Seguindo essa mesma linha de raciocínio, a Justificativa tem como foco de sua argumentação a discussão sobre a má distribuição de médicos e sua concentração nos grandes centros urbanos, a crítica aos limites da expansão do ensino superior brasileiro a partir do setor privado e a valorização das necessidades de saúde da população local como elemento a ser considerado na perspectiva do desenvolvimento da região<sup>5</sup>.

A expansão de matrículas no ensino superior em instituições públicas e, especialmente, em regiões geograficamente menos desenvolvidas, além de melhor qualificar a assistência prestada, oferece a oportunidade de permanência e fixação dos filhos da terra que, em outras circunstâncias, provavelmente, não poderiam cursar uma faculdade de medicina<sup>5</sup>. (p. 23)

Ainda que não haja referência explícita, é interessante observar que as duas seções dialogam com a perspectiva da chamada Medicina Rural, definida pela WONCA como a atividade médica executada fora das zonas urbanas, onde o local de prática obriga alguns médicos generalistas a ter, ou a adquirir, habilidades procedurais e outras que geralmente não são necessárias na prática urbana<sup>6</sup>. Apesar de ser considerada um polo urbano regional, Cajazeiras ainda mantém um perfil de ruralidade inegável. Isso porque o rural não pode ser entendido conceitualmente de maneira restrita, apenas como o espaço por excelência da produção agrícola, mas de modo amplo, envolvendo as pequenas e médias cidades. Assim, o modo de ser rural se faz presente no campo e na cidade e passa a ser denominado ruralidade<sup>7</sup>.

Nesse sentido, partindo do problema da escassez de médicos de família em regiões rurais, a WONCA faz nove recomendações para qualificar os serviços de saúde nessas áreas:

1. Aumentar o número de estudantes de medicina recrutados de áreas rurais.
2. Exposição substancial da prática rural no currículo médico de graduação.
3. Programas de treinamento vocacional em medicina rural específicos, flexíveis, integrados e coordenados.
4. Educação continuada específica adaptada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas dos médicos de família rurais.
5. Posições acadêmicas apropriadas, desenvolvimento profissional e apoio financeiro para médicos-professores rurais para incentivar a pesquisa e educação rural.
6. Escolas médicas devem assumir a responsabilidade de formar médicos devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica geral, incluindo áreas carentes, e desempenhar um papel fundamental no fornecimento de apoio regional para os profissionais de saúde e cuidados de saúde terciários acessíveis.

7. Desenvolvimento das necessidades rurais adequadas de base e recursos culturalmente sensíveis para cuidados de saúde rural com o envolvimento da comunidade local, com a cooperação regional e apoio do governo.

8. Melhoria das condições profissionais e pessoais/familiares na prática rural para promover a retenção de médicos rurais.

9. Desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais de saúde rural, com apoio do governo central.<sup>6</sup> (p. 25)

Como se pode verificar, o sentido de tais recomendações aponta na mesma direção que a dos textos introdutórios do PPC de Cajazeiras, ou seja, para o desenvolvimento local a partir da identificação das necessidades sociais, para o enfrentamento das quais o curso teria um papel de extrema relevância. Isso é ainda mais evidente quando se toma a recomendação nº 6, mas também nas demais se percebe essa direcionalidade geral, ao apontar para aspectos que extrapolam simplesmente a graduação, como a educação continuada e de programas de desenvolvimento profissional (recomendação nº 4), como é o caso das residências médicas; da participação comunitária e da parceria com os gestores locais (recomendação nº 7), que aqui no Brasil denominaríamos de integração ensino-serviço-comunidade; e as estratégias nacionais de saúde rural (recomendação nº 9), que, no contexto brasileiro a partir de 2013, tem como principal política pública o PMMB, o qual, apesar de voltado tanto para as regiões urbanas quanto para as rurais com escassez de médicos, tem exatamente nas últimas um grande destaque.

Contudo, quanto aos aspectos voltados mais estritamente ao âmbito da graduação, seria interessante frisar que o curso os absorveu apenas parcialmente em sua organização. No que tange à formação e prática rural (recomendação nº 2), além do perfil de ruralidade que Cajazeiras ainda mantém e que molda seus serviços de saúde, é previsto o desenvolvimento do estágio supervisionado em Saúde Coletiva II em cidades ainda menores do entorno ou em Unidades Básicas de Saúde de zonas rurais propriamente ditas.

Porém, o curso não conta com nenhuma estratégia de seleção ou recrutamento de estudantes provenientes das áreas rurais, conforme recomendação nº 1. Tendo como processo seletivo em seus primeiros anos o vestibular organizado pela Comissão de Processos Vestibulares (Comprov/UFCG) e, a partir de 2011, o Exame Nacional de Ensino Médio (Enem) como critério de seleção<sup>8</sup>, somente a partir de 2015 aderiu ao Sistema de Seleção Unificada (Sisu) do Ministério da Educação<sup>9</sup>, quando a UFCG também passou a se adequar ao estabelecido pela Lei Federal nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas instituições federais de ensino (superior, técnico e médio), estabelecendo reserva de vagas para estudantes oriundos de escolas públicas, de baixa renda e de acordo com a proporção de negros, pardos e indígenas da população de cada estado<sup>10</sup>. Portanto, só muito recentemente a UFCG e, por extensão, o curso de Medicina de Cajazeiras, passou a adotar outros critérios de seleção que não apenas a meritocracia.

O fato de a UFCG ter aderido ao Sisu tardiamente explica apenas parcialmente um dos problemas que o curso tem enfrentado nos últimos anos: a evasão estudantil. Em 2011, o curso de Medicina já reduzira seus ingressos anuais de oitenta (quarenta por semestre) para trinta (entrada única), em razão dos problemas envolvendo a capacidade

de absorção da rede de saúde local. Também é a partir desse ano que a UFCG adota o Enem como critério de seleção, mas não se incorpora ao SisU. Por este, é possível disputar vagas de um curso em instituições diferentes, mas só é possível matricular-se em apenas uma, evitando que um mesmo candidato ocupe duas vagas, otimizando-as. Como a UFCG não aderiu então ao SisU, os estudantes se matriculavam no curso de Medicina de Cajazeiras, porém, na medida em que eram aprovados em outras instituições superiores nas sucessivas chamadas do sistema, abandonavam o curso, o qual, em razão de seu calendário de matrículas, acumulava vagas ociosas. É nesse contexto que as turmas ingressantes em 2011.1, 2012.1 e 2013.1 contavam em 2016 com 23, 12 e dez discentes, respectivamente.

Entretanto, mesmo após a adesão ao SisU, esses números, embora relativamente melhores, ainda mantêm índices de evasão preocupantes, já que isso reduz o impacto social do curso, como previsto em seu PPC. Assim, as turmas 2014.1, 2015.1 e 2016.1 contam, respectivamente, com 23, 14 e 28 estudantes. Portanto, as razões para tal fenômeno deveriam ser investigadas na própria dificuldade de consolidação do curso, o que mantém parcela do corpo discente nos anos seguintes ainda em busca de aprovação em outras escolas médicas; e essa é a parte que interessa aqui: a baixa capacidade de absorção de estudantes da própria região. Apenas a título de ilustração, a porcentagem do corpo discente oriundo de capitais na turma concluinte em 2016.1 em sua entrada em 2010.2 é de 69,2%, sendo que 38,4% são de Fortaleza (CE) e absolutamente nenhum é de Cajazeiras ou das cidades que compõem a Nona Região de Saúde da Paraíba.

Experiências em todo o mundo mostram que os estudantes de origem rural são muito mais propensos a se inserir na prática rural após a graduação. [...] A fim de assegurar que uma proporção adequada dos estudantes de origem rural seja recrutada em escolas de medicina, é necessário que haja mecanismos específicos incluídos no processo de seleção<sup>6</sup>. (p. 28-29)

Assim, o que se depreende é que o PPC, ainda que implicitamente, parte de elementos contemplados no debate sobre Medicina Rural, porém, talvez exatamente por não tomar esse campo do conhecimento de maneira explícita como seu pressuposto, apenas parcialmente aponta medidas congruentes com a intenção manifesta no texto em relação ao desenvolvimento social da região. Há que se considerar, por outro lado, que avanços em tal direção dependem eminentemente de definições políticas claras por parte da instituição, que vá além das declarações de boa vontade, mas se concretize em ação. Nesse sentido, o histórico da UFCG em relação às políticas afirmativas, por exemplo – quando a universidade as adota somente depois de promulgação de lei federal e apenas quase uma década após as primeiras experiências de processos seletivos com reserva de vagas (seja para parcelas mais vulneráveis economicamente, seja para grupos étnicos particulares ou para estudantes originários de escolas públicas) – parece traduzir resistências ao processo de democratização do ensino superior (aspecto inerente e inseparável das mudanças no âmbito da educação médica) e que, em última instância, vão de encontro ao potencial transformador embutido em sua proposta pedagógica.

Seguindo na análise, procede-se à investigação das correntes teóricas e campos do conhecimento expressados no Marco Teórico, apresentado em sua quarta seção. Nele são abordados oito aspectos ou pressupostos, como define o texto, a saber: a Medicina,

a Articulação Dialética Teoria-Prática, a Diversificação dos Espaços de Aprendizagem, a Pesquisa como Eixo Condutor do Ensino, o Currículo baseado no Humanismo, o Ser Humano, o Aluno como Sujeito e a Flexibilidade Curricular.

Na definição da Medicina, sumariza-se o desenvolvimento científico desta ao longo da história, destacam-se as contribuições da medicina hipocrática, passando pela Medicina Social e seus expoentes na Europa no século XIX, pelas descobertas no campo da microbiologia, pelo conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde e, finalmente, pelo reconhecimento da chamada Epidemiologia Social Latino-Americana e sua contribuição à compreensão da determinação social do processo saúde-doença.

O que fica claro no tratamento desse aspecto é a marcante influência da Epidemiologia Social Latino-Americana na compreensão do papel da Medicina, expressa inclusive na abordagem – ainda que sumarizada, mas histórica – com que o texto trabalha o tema. Partindo do materialismo histórico-dialético, o característico dessa corrente do pensamento epidemiológico é o pressuposto teórico de que é preciso analisar as condições de saúde da população tendo em conta os componentes estruturais das sociedades capitalistas: processo de trabalho, relações de produção, classe social, etc<sup>11</sup>. Ela também atravessa outras seções do PPC, como no Perfil do Egresso, na qual se afirma que o concludente seja:

[...] capaz de ações clínicas, dialógicas e sociais focadas não meramente na doença, mas de forma integral centradas na pessoa, na família, na comunidade em que o indivíduo se insere, interagindo em sua análise com a estrutura da sociedade e a determinação social do processo saúde-doença<sup>5</sup>. (p. 30)

Apesar da influência do materialismo histórico e dialético, chama a atenção a incongruência teórica em relação ao núcleo filosófico que embasa o segundo aspecto dessa seção, no caso, a “articulação dialética teoria/prática”. Isso porque, apesar de o termo apontar para a relação dialética entre essas duas dimensões, alimentando a expectativa de abordá-las sob a perspectiva do conceito de práxis, sua referência teórica é, na verdade, a Pedagogia das Competências.

Dentro da Pedagogia das Competências, o aprendizado se pauta pela construção integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes que juntas são capazes de articular dialeticamente o saber e o fazer sintetizando um novo patamar que é o saber-fazer<sup>5</sup>. (p. 23)

Essa pedagogia, todavia, baseia-se, segundo Araújo<sup>12</sup>, em pressupostos de cunho racionalista, individualista e neopragmatista, em contradição com uma concepção educacional fundada na filosofia da práxis.

O racionalismo expressa-se a partir da influência das ciências cognitivas, fundado no trio saber, saber-fazer e saber-ser. A ideia de objetivação (identificação e normalização) das competências estaria subjacente à tentativa de explicitação dos atos humanos, particularmente no trabalho, em uma sequenciação lógica, para a qual se acredita na possibilidade de controle e autocontrole de modo a gerar *performances* e eficácia. Tal perspectiva, todavia, não poderia capturar alguns elementos subjetivos que definem o comportamento competente, como a imaginação, a criatividade e a transgressão, mos-

trando-se apta, somente, a promover a conformação dos alunos aos processos nos quais viessem a se inserir.

Outra marca da Pedagogia das Competências seria a sua inspiração individualista, pois, apesar de permanecer vaga, a noção de competência é utilizada supondo-se individualização na formação, nas avaliações e nos balanços de competências. Assim, uma pedagogia individualista promove um processo formativo em que se valoriza o desenvolvimento de capacidades individuais, que sejam de caráter individual e não social. Desvaloriza-se, por conseguinte, a ideia de desenvolvimento de capacidades motoras, intelectuais e comportamentais comum a todos os indivíduos de um processo formativo.

Finalmente, a última característica atribuída seria o neopragmatismo. O pragmatismo em si, contraditoriamente, conformaria uma corrente antirracionalista, pois o método pragmático se oporia ao movimento do racionalismo ao propor uma atitude de olhar para além das “categorias” e de procurar por frutos, consequências e fatos, negando a possibilidade do conhecimento verdadeiro, objetivo. O neopragmatismo, por sua vez, aproximaria-se do discurso pós-moderno do irracionalismo ao considerar a impossibilidade de um conhecimento verdadeiro acerca da realidade, colocando em descrédito as teorias que se propõem objetivas e definindo-as apenas como narrativas. Ou seja, o pragmatismo e o neopragmatismo questionariam todo o edifício construído pelas ciências cognitivas em torno da ideia de competências objetivadas, considerando-as apenas como representações ou narrativas. Assim, a Pedagogia das Competências buscaria realizar uma combinação entre o ideário racionalista e o pragmatista. Do racionalismo, resgatar-se-iam as tentativas de objetivação das competências tendo em vista o planejamento e controle do sistema de formação. Do pragmatismo, retomar-se-iam o utilitarismo, o imediatismo, a adaptabilidade, a busca por produzir aprendizagens úteis, aplicáveis e de ajustamento do indivíduo à realidade extremamente dinâmica e móvel<sup>12</sup>.

Ressalte-se, todavia, que, apesar das críticas à Pedagogia das Competências, essa concepção pedagógica tem sido amplamente difundida e valorizada em diversos fóruns educacionais Brasil afora. O próprio Araújo<sup>12</sup> observa que ela traz também aspectos positivos, como o resgate do papel da atividade nos processos de ensino-aprendizagem e a preocupação com a vinculação desses processos com a realidade na qual estão inseridos. Ademais, no âmbito da Educação Médica e nos espaços da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), essa é uma concepção bastante presente, assim como no seio da SBMFC, como mostram documentos como o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade<sup>13</sup>. Na verdade, as próprias DCN apontam para o desenvolvimento dessas competências, em franco diálogo com essa concepção pedagógica. Logo, o PPC estaria em perfeita consonância com essa perspectiva das DCN e aqui caberia apenas destacar essa contradição entre o fundamento filosófico desse aspecto da articulação dialética teoria-prática com o da medicina.

O terceiro elemento trabalhado no marco teórico é a Diversificação dos Espaços de Aprendizagem, pela qual se compreende que “o eixo da formação, até então centrado na instituição, passa a incorporar os vários locais onde a vida e o trabalho em saúde acontecem”<sup>5</sup> (p. 24). Remetendo implicitamente ao conceito de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, prevê-se: “[...] a inserção precoce do estudante na realidade social e sanitária onde se produz o processo saúde-doença, bem como uma prática de ensino que acompanhe uma cadeia progressiva de cuidados constituída a partir dos diversos níveis de atenção [...]”<sup>5</sup> (p. 24-25).



Segundo Albuquerque et al.<sup>14</sup>, um dos entraves para a integração ensino-serviço seria as metodologias pedagógicas baseadas na transmissão de conhecimentos, enfatizando mais o ensino do que a aprendizagem, reforçando a ideia de que a universidade não teria outro papel com a sociedade a não ser o de criar, preservar ou transmitir o saber, deixando de lado a missão de atuar na produção de serviços. Por outro lado, um dos focos da mudança curricular na área da Saúde seria a formação de profissionais para conformação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário. Porém, a integração ensino-serviço pressupõe a presença de estudantes em formação e docentes em cenários onde ainda se produz atenção à saúde sob um modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no procedimento, isto é, um modelo no qual o principal compromisso é com a produção de procedimentos e apenas secundariamente com as necessidades dos usuários.

Tal desarticulação entre teoria e prática suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência, sem a qual a teoria pode tornar-se falácia, e a prática, ativismo. Quando a integração ensino-serviço acontece efetivamente, focada no usuário, dilui-se esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde<sup>14</sup>.

Assim, a Metodologia da Problematização é apontada como estratégia de integração ensino-serviço-comunidade. Associada a outros métodos baseados em problemas como estratégia de ensino-aprendizagem, é uma alternativa para introduzir modelos inovadores, pois, quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator na construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa<sup>15</sup>. Logo, pela problematização do conhecimento vulgar mediado pela teoria, é possível promover reconstruções conceituais nesse saber, apreensão e aprofundamento do conhecimento científico<sup>16</sup>.

Portanto o pressuposto da integração ensino-serviço-comunidade presente na Diversificação de Espaços de Aprendizagem caminha *pari passu* com o pressuposto do Aluno como Sujeito, um quarto elemento do marco teórico do PPC, tendo como solda a Metodologia da Problematização. Essa, por sua vez, remete aos acúmulos teóricos propiciados, entre outros, por Paulo Freire. Sendo assim:

Pautado no humanismo, a Metodologia Problematizadora reconhece o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores. Da fenomenologia, adota o postulado básico da noção de intencionalidade da consciência humana, ao afirmar que o objeto só existe para o sujeito que lhe dá significado e que a consciência do objeto se desvela progressivamente, e nunca acaba, se tornando uma exploração exaustiva do mundo. Do existencialismo, utiliza a crença de que o homem se constrói e pode ser sujeito. Quando integrado em seu contexto, reflete a respeito dele e com ele se compromete na busca de realização do trabalho de conscientização, pelo processo de tomada de consciência crítica da realidade que se desvela progressivamente. Por fim, do marxismo utiliza o conceito de práxis como uma atividade transformadora, ao tornar possível a passagem da teoria à prática consciente, entre pensamento e ação intencionalmente realizada<sup>16</sup>. (p. 210)

Podemos apontar, assim, uma segunda concepção pedagógica, cujas bases filosóficas são diversas da Pedagogia das Competências, embora contenham aproximações, como a valorização da atividade prática.

Como visto, uma das correntes filosóficas tributárias da Metodologia Problematicadora é o humanismo. Esse é um elemento reafirmado no pressuposto do Currículo Baseado no Humanismo presente no PPC. Contudo, o Humanismo é um termo polissêmico. Do ponto de vista filosófico, compreende concepções que colocam o ser humano no centro de suas preocupações e reflexões. Assim, além do Humanismo Clássico, poder-se-ia citar o Humanismo Renascentista, o Racionalista, assim como uma miríade de escolas filosóficas que deitam raízes sobre esse conceito, como a Fenomenologia e o Existencialismo. O próprio marxismo apresenta correntes que reivindicam para si a herança humanista do Iluminismo<sup>17</sup>. Porém, o que se desprende da leitura do PPC quanto a esse quesito é a influência da Bioética e, sobretudo, de uma Ética na compreensão do que seria um Currículo Baseado no Humanismo.

Essa Ética, por sua vez, remeteria ao multifacetado movimento sociocultural da pós-modernidade, do qual Boaventura de Sousa Santos e Edgar Morin estão entre os mais importantes teóricos; o primeiro estando dentro da corrente que ele mesmo cunhou de pós-modernidade de contestação<sup>18</sup>, e o segundo, a partir do chamado Pensamento Complexo ou Teoria da Complexidade. Essa influência transparece quando o PPC afirma ser no cotidiano das práticas “que podemos construir uma ética ‘que alimente o desejo de todos os homens de buscarem menos sofrimento para si e para outro, impedindo-os de separar espaços de cidadania na vida cotidiana.’”<sup>5</sup> (p. 25), reafirmando a concepção de ser humano como um conjunto de possibilidades históricas.

A influência desses autores se estende para dois outros atributos levantados no Marco Teórico do PPC: o ser humano e a pesquisa como eixo condutor do ensino, em que essa ética atravessaria e nortearia a compreensão de ambos. Dessa forma, ao se reivindicar um “novo paradigma ‘de um conhecimento prudente para uma vida decente’”; a compreensão do ser humano “na sua complexidade como um ser biológico, cultural, histórico, social e linguístico”, “não tendo ‘uma identidade fixa e estável, mas identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas’”; a constatação de que “frente à complexidade do real não há saber único, como também não há resposta única”; e a “busca da interconexão entre saberes discursivos, na articulação teoria-prática, nas melhores evidências científicas para assegurar uma prestação de serviços de qualidade”<sup>5</sup> (p. 25), enfim, perante essas afirmações, têm-se fortes evidências da influência do filósofo português, especialmente quando as relacionamos com sua proposta de Ecologia de Saberes.

Dentro dela, uma ética estaria implicada na abordagem do ser humano, das ciências, do conhecimento e da pesquisa, estimulando, assim, uma relação dialógica decorrente da vontade de conhecer para compreender, ao invés de conhecer para dominar ou para ditar um conjunto de regras e preceitos orientadores da conduta moral<sup>19</sup>, como decorreria do postulado da primazia da ciência nos marcos da modernidade. Essa perspectiva ética está em sintonia com as proposições de Edgar Morin ao sublinhar que todo conhecimento pode ser empregado para manipulação e que o pensamento complexo leva a uma ética da solidariedade e da não coerção (alimentando assim a ética), reivindicando uma ciência com consciência cujo princípio de ação não ordene, não manipule, não dirija, mas organize, comunique e estimule<sup>20</sup>.

Finalmente, o oitavo e último pressuposto do Marco Teórico do PPC é a Flexibilidade Curricular, dentro da qual o currículo é compreendido como “terreno de produção e de política cultural”, e não como um mero “veículo de algo a ser transmitido e

passivamente absorvido”, contrapondo à “rigidez da ‘grade curricular’” uma “dinâmica flexível, onde a interdisciplinaridade e a participação do aluno são fundamentais na construção de uma formação crítica”<sup>5</sup> (p. 26). Essa perspectiva vai ao encontro do que afirma Lampert<sup>21</sup> quando diz que o currículo deve ser localizado no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto, e que, portanto, ao se tratar de currículos, além das questões de procedimentos, de técnicas e de métodos, o fundamental seria incluir uma concepção crítica da realidade, guiada por abordagens sociológicas, políticas e epistemológicas.

Resta claro, portanto, que o PPC apresenta uma concepção crítica da realidade. Partindo implicitamente de pressupostos comuns à problemática da chamada Medicina Rural, subárea do conhecimento ligada à Medicina de Família e Comunidade, apresenta grande ecletismo teórico e filosófico: contempla o Materialismo Histórico e Dialético, que marca fortemente as concepções da Epidemiologia Crítica Latino-Americana (aquí fundamentando a compreensão da Medicina) e da Metodologia da Problematização (subjacente à compreensão do aluno como sujeito e à integração Ensino-Serviço-Comunidade implícita no pressuposto da diversificação dos espaços de aprendizagem); referenciando-se na Pedagogia das Competências dentro do pressuposto da articulação dialética teoria-prática; dialoga com correntes filosóficas de cunho racionalista, individualista e neopragmatista; e, finalmente, bebe de fontes do pensamento pós-moderno, mais especificamente, da Pós-Modernidade de Contestação de Boaventura de Sousa Santos e do Pensamento Complexo de Edgar Morin, que fundamentam uma compreensão ética do ser humano e da ciência, a qual, por sua vez, norteia os pressupostos de currículos baseados no humanismo e da pesquisa como eixo condutor do ensino.

Se esse ecletismo em alguns momentos traz à tona contradições relevantes entre as diferentes correntes filosóficas, por outro lado, está em perfeita sintonia com o princípio do pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas expressos no parágrafo III do Art. 206 da Constituição Federal<sup>21</sup>, bem como nas DCN de 2001 que embasam o PPC, em especial, no seu Art. 10, no qual se afirma que o currículo deverá: “[...] contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural”<sup>22</sup> (p. 4).

## Conclusão

Enquanto o paradigma flexneriano está fundado na Biomedicina, o paradigma da integralidade contemplará uma miríade de correntes filosóficas, diversas epistemologicamente, mas que comungam da crítica aos pressupostos positivistas e neopositivistas da Biomedicina. Assim, considerando a necessidade de superação do primeiro pelo segundo, pode-se afirmar que os pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do curso de Cajazeiras se aproximam substancialmente do paradigma da integralidade em sua proposta pedagógica.

Todavia, sabe-se que não bastam apenas a normatização e rearranjos institucionais para que o processo de mudança na Educação Médica ocorra, pois este, enquanto processo político, depende da capacidade de conquistar hegemonia na sociedade em torno

de seu projeto alternativo. Isso também se desprende da experiência de Cajazeiras, que, tendo no plano teórico de seu PPC uma proposta avançada, apresenta dificuldade na sua materialização.

A Observação Direta Intensiva nos espaços de gestão acadêmica revela a dificuldade de apreensão dos princípios do PPC por parte dos docentes, especialmente entre médicos especialistas focais. A baixa participação nas reuniões da unidade acadêmica, o fato de grande parte morar em outras cidades, a postura de encarar o trabalho docente como algo secundário (dados os baixos salários quando comparados aos rendimentos na assistência médica), a enorme proporção de professores com carga horária parcial (T-20) e o pouco acúmulo na preparação didático-pedagógica são alguns obstáculos que reforçam a dificuldade em concretizar o PPC.

Assim, enfrentar a tendência de ressurgimento de uma concepção pedagógica tradicional exige respostas que, longe de fazer concessões ao modelo flexneriano, aprofundem o potencial transformador do PPC. Aqui caberia apenas listar algumas propostas:

Estimular a composição de quadro docente formado majoritariamente por Médicos de Família e Comunidade e especialistas gerais (pediatras gerais, cirurgiões gerais, etc.), reservando espaço menor para especialistas focais naquilo que for demanda da rede de saúde local.

Valorizar, nos concursos públicos, os profissionais que moram ou desenvolvem suas atividades assistenciais na cidade-sede.

Estimular processos seletivos que adotem critérios de discriminação positiva de candidatos oriundos de regiões interioranas e que não se centrem na valorização dos conhecimentos das ciências naturais, mas que deem maior peso aos conhecimentos humanísticos, adequando o perfil dos novos discentes aos pressupostos das DCN.

Fomentar a capacitação gerencial e didático-pedagógica por meio de programas de pós-graduação *lato sensu*, eventos regionais, oficinas e cursos na área da Administração e no âmbito das metodologias ativas de ensino-aprendizado em parcerias com entidades científicas, como a Abem e a SBMFC.

Certamente o aprofundamento dessas propostas transborda o escopo deste artigo e coloca a necessidade de novas pesquisas, mas aponta caminhos a serem seguidos no atual processo de reforma da educação médica desencadeado pelo PMMB.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos a toda a comunidade acadêmica do curso de Medicina da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande – *campus* Cajazeiras, cujo projeto pedagógico foi objeto desta pesquisa; bem como ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Nesc/UFRN); e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf), que possibilitaram a viabilização da dissertação de mestrado que originou o presente artigo.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama: Cajazeiras, PB, Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250370&idtema=16&search=p%7Ccajazeiras%7Csintese-das-informacoes>
3. Marconi LA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2003.
4. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14a ed. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 67-80.
5. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Projeto pedagógico do curso de medicina. Cajazeiras: UFCG; 2013.
6. Working Party on Rural Practice WONCA. Política de formação para a prática rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8 Supp 1:25-34. doi: 10.5712/rbmfc8(1)730.
7. Verde VV. Território, ruralidade e desenvolvimento. Curitiba: IPARDES; 2004.
8. Universidade Federal de Campina Grande. Resolução nº 7/2010, de 20 de Julho de 2010. Regulamenta o Concurso Vestibular 2011, para ingresso nos cursos de graduação da Universidade Federal de Campina Grande, e dá outras providências [Internet]. Campina Grande: Conselho Universitário, Câmara Superior de Ensino; 2010 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: [http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res\\_16072010.pdf](http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072010.pdf)
9. Universidade Federal de Campina Grande. Resolução nº 7/2013, de 1 de Outubro de 2013. Autoriza o procedimento de adesão ao Sistema de Seleção Unificada – Sisu/MEC, para ingresso nos cursos de graduação da UFCG e dá outras providências [Internet]. Campina Grande: Conselho Universitário, Câmara Superior de Ensino; 2013 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: [http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res\\_16072013.pdf](http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072013.pdf)
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.711, de 29 de Agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 Ago 2012.
11. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rediscutindo a questão da determinação social da saúde: termo de referência para seminário do CEBES [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado 19 Jul 2016]. Disponível em: [http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso\\_11301/170549449031130159091.pdf](http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso_11301/170549449031130159091.pdf)
12. Araújo RML. As referências da pedagogia das competências. Perspectivas (Florianópolis). 2004; 22(2):497-524.



13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
14. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):356-62.
15. Vieira MNM, Pinto MPPA. Metodologia da problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área de saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015; 48(3):241-8.
16. Borille DC. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de caso. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):209-16.
17. Coutinho CN. O estruturalismo e a miséria da razão. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular; 2010.
18. Gonçalves MB. Boaventura de Sousa Santos e a “Pós-modernidade de contestação”: algumas notações marxistas. *Aurora (Marília)*. 2011; 4(2):1-17.
19. Oliveira FB, Silva AO. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(4):584-92.
20. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4):561-5.
21. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, DF: MEC; 2001.

---

Considering the reform of medical education, it is necessary to study experiences that have arisen recently. Therefore, the pedagogical project of the medicine course of Universidade Federal de Campina Grande in Cajazeiras (Paraíba, Brazil) was analyzed in order to recognize its theoretical foundations. It is a qualitative research, descriptive and exploratory, in which indirect documentation and intensive direct observation were used for data collection, and the hermeneutic-dialectical method was utilized for the analysis. Based on presuppositions related to Rural Medicine, the project is eclectic: it encompasses Historical and Dialectical Materialism through Latin American Critical Epidemiology and Problematization Methodology; having the Pedagogy of Competencies as reference, it approaches rationalist, individualist and neopragmatist schools of thought; finally, it converses with Oppositional Postmodernism and Complex Thought. Seeking to overcome the Flexnerian paradigm, the project approaches the Paradigm of Integrality, but faces difficulties to materialize, for which practical proposals are made.

**Keywords:** Medical education. Curriculum. Health education.



Considerando los procesos de reforma de la Educación Médica, es necesario estudiar experiencias surgidas recientemente. Por lo tanto, se analizó el Proyecto Pedagógico del Curso de Medicina de la Universidad Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras (Estado de Paraíba, Brasil), tratando de reconocer sus fundamentos teóricos. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, utilizando documentación indirecta y observación directa intensiva para colecta de datos y el método hermenéutico-dialéctico para su análisis. Partiendo de supuestos de la Medicina Rural, el proyecto es ecléctico: incluye el Materialismo Histórico y Dialéctico, por medio de la Epidemiología Crítica Latinoamericana y la Metodología de la Problematización; usando como referencia la Pedagogía de las Competencias, se aproxima de corrientes racionalistas, individualistas y neopragmáticas; finalmente dialoga con la Postmodernidad de Contestación y el Pensamiento Complejo. Buscando superar el Paradigma Flexneriano, se concluye que el proyecto se aproxima del Paradigma de la Integralidad, pero enfrenta dificultades para materializarse, señalándose propuestas prácticas para hacerlo viable.

**Palabras clave:** Educación médica. Currículum. Educación en Salud.

Submetido em 08/11/17.

Aprovado em 08/10/18.

### Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil

Implementation and development of a medical course in Parnaíba - Piauí state, Brazil, based on the Project More Doctors for Brazil (abstract: p. 15)

Implantación y desarrollo del Curso de Medicina Parnaíba - estado de Piauí, Brasil, a partir del Programa Más Médicos para Brasil (resumen: p. 15)

José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>(a)</sup>

<cursodemedicinaufpi@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Curso de Medicina, Universidade Federal do Piauí. Campus Ministro Reis Velloso, Avenida São Sebastião, 2819-B, Nossa Senhora de Fátima. Parnaíba, (PI), Brasil. 64202-020.

A implantação do curso de Medicina em uma cidade do Nordeste do Brasil, para expansão e descentralização dessa formação, resultado da política pública Mais Médicos para o Brasil, compreende o processo de institucionalização considerando aspectos culturais e organizacionais que facilitam ou dificultam a efetivação de práticas inovadoras. O estudo analisou o processo de implantação segundo as seguintes categorias-chaves: projeto pedagógico; integração ensino e serviço; desenvolvimento docente; e infraestrutura. Os resultados permitiram visibilidade de elementos facilitadores e barreiras que dependem do movimento entre o instituído, o instituinte e o processo de institucionalização da proposta. Considera-se que uma estratégia para maior viabilidade se encontra nos movimentos autônomos desencadeados por sujeitos comprometidos com os objetivos do curso e instituições envolvidas que operam no sentido de tornar real o que ainda se encontra no plano da legislação e das intenções.

**Palavras-chave:** Ensino em saúde. Expansão de cursos médicos. Análise institucional.



## Introdução

Em 2011, foi homologado o Decreto nº 7.508<sup>1</sup>, regulamentando a lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo conceitos organizacionais como regiões e territórios de saúde, assim como normatização das relações entre gestores para promoção do acesso universal aos serviços de saúde do sistema.

Nesse processo, foram identificados vazios assistenciais em várias regiões do país, entre estados e entre municípios, agravando a vulnerabilidade social das pessoas residentes, evidenciando que a ausência mais visível era a do profissional médico. Tal realidade é corroborada pelo estudo Demografia Médica<sup>2</sup>, apontando diferenças na relação médicos por habitantes em regiões e municípios e a concentração desses profissionais nas capitais e municípios de maior porte.

Tal situação justifica a implantação, em 2013, do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>3</sup>. Essa lei, em seu Art. 2º, explicita que, para a consecução dos seus objetivos, serão adotadas, entre outras, a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional nessas regiões.

Para tanto, o PMMB previa a criação de 11.447 novas vagas em cursos de Medicina até 2017, sendo que 6.887 deveriam ser abertas até o fim de 2014<sup>4</sup>. Na perspectiva de aumentar a razão de um médico por 1.000 habitantes, as regiões Norte e Nordeste, por apresentarem as razões mais baixas no país, tornam-se prioritárias para a implantação de novos cursos e abertura de vagas nos já existentes.

Para Oliveira et al<sup>5</sup>, diante das recomendações do PMMB:

[...] os cursos de medicina existentes – bem como aqueles originados no contexto da expansão e interiorização de novas vagas – viram-se diante da necessidade de rever seus currículos, estratégias pedagógicas e cenários de prática. O desafio se colocou em diversas instâncias, que envolveram a integração entre disciplinas e áreas dos cursos, a incorporação de métodos de ensino-aprendizagem centrados nos estudantes e a busca por uma maior integração com equipamentos sociais, serviços de saúde e comunidade em geral. (p. 1355)

Nesse sentido, a implantação de um curso de Medicina em uma cidade do Nordeste do Brasil compreende um processo de institucionalização que envolve aspectos políticos, culturais e organizacionais que facilitam ou dificultam a efetivação de práticas inovadoras na formação médica.

Sob tal enquadramento, a criação de novos cursos médicos em instituições de ensino superior (IES) em *campi* descentralizados e orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina de 2014<sup>6</sup>, na perspectiva da descentralização da formação e da fixação de profissionais na região com a intencionalidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde, é considerada uma intervenção com características inovadoras.

Ao ser implantado, o curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI) no *campus* Ministro Reis Velloso (CMRV), na cidade de Parnaíba, torna visíveis bar-

reiras e brechas (facilidades) no plano ideológico (cultura das profissões), na cultura, nos processos institucionais, nas relações entre pessoas (docentes, discentes, técnicos e comunidade) e no imaginário social.

Para compreender esse processo, o objetivo do artigo é refletir sua dinâmica por meio de três questões problematizadoras: a) Como a proposta de criação de novos cursos de Medicina encontra adesão por parte da sociedade?; b) Qual a relação entre a implantação do curso e a organização e gestão da rede de saúde do território?; e c) As universidades, em termos de estrutura, processos e gestão acadêmica, permitem/suportam tais mudanças?

Tais questões evidenciam resultados que fundamentam a contribuição do artigo: analisar as barreiras e facilidades existentes na cultura institucional estabelecida nas estruturas, nos processos, nas relações e no imaginário social, que se tornam visíveis no momento de implantação de uma política de formação e distribuição de médicos no Brasil, seguindo a lógica da equidade do acesso.

## O contexto estadual

O estado do Piauí situa-se na região Nordeste do Brasil, com uma área de 251.529,2 km<sup>2</sup>, 16,2% da área nordestina e 2,95% da nacional, sendo o terceiro estado da região. Segundo o Censo de 2010, a população residente era de 3.119.015 habitantes. Entre os seus 224 municípios, a capital apresenta 814.439 habitantes, seguida pela cidade de Parnaíba (145.705), Picos (73.417), Piripiri (61.840) e Floriano (57.707)<sup>7</sup>.

Em termos da oferta de escolas médicas existentes no estado, três são privadas e oferecem 361 vagas anualmente, sendo uma das escolas localizada na cidade de Parnaíba e duas públicas: Universidade Estadual do Piauí (Uespi), ofertando cinquenta vagas por ano, e a UFPI, com oitenta vagas anuais no *campus* Ministro Petrônio Portela, em Teresina; oitenta, a partir de 2018, no CMRV em Parnaíba e sessenta no *campus* Helvídio Nunes de Barros, na cidade de Picos<sup>8</sup>.

## O contexto regional: a região Norte do estado e os territórios de desenvolvimento

O Piauí, com base no Decreto nº 7.508/2011<sup>1</sup>, implantou os Territórios de Desenvolvimento (TD), ou seja, unidades de planejamento da ação governamental destinadas à promoção do desenvolvimento sustentável do Estado, à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida da população piauiense.

No âmbito do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde no estado do Piauí<sup>9</sup>, a expressão “Território de Desenvolvimento”, conceito análogo ao de “Região de Saúde”, é concebida como recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde.

Nessas regiões, ações e serviços devem ser organizados para atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculadas, garantindo acesso, equidade e integralidade do cuidado com a saúde local. O desenvolvimento da assistência na atenção básica e em parte da atenção de média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância

em saúde, deve ser garantido. No estado do Piauí, identificam-se 11 Regiões de Saúde que correspondem aos 11 TD.

O município de Parnaíba configura-se, no desenho de regionalização do estado do Piauí, como município-sede do TD ou Região de Saúde da Planície Litorânea, com abrangência de 5.920,6 km<sup>2</sup>, situando-se como polo e referência na oferta de um conjunto de serviços e ações de saúde para uma população de 266.163 habitantes, formada pelos municípios: Bom Princípio do Piauí (5.506 habitantes), Buriti dos Lopes (19.796 habitantes), Cajueiro da Praia (7.286 habitantes), Caraúbas do Piauí (5.595 habitantes), Caxingó (5.270 habitantes), Cocal (27.220 habitantes), Cocal dos Alves (5.525 habitantes), Ilha Grande (8.734 habitantes), Luís Correia (27.148 habitantes), Murici dos Portelas (8.024 habitantes) e Parnaíba (146.059 habitantes).

Deve-se considerar que, em virtude das condições ofertadas pelo município, Parnaíba vem se constituindo, a cada dia, em importante referência em saúde para a população oriunda de outras Regiões de Saúde do estado do Piauí, bem como de outros estados da federação, a exemplo dos estados vizinhos Ceará e Maranhão.

## O contexto do curso

O CMRV na cidade de Parnaíba foi contemplado no Plano de Expansão da UFPI em 2001, dispondo de oito blocos, divididos entre Diretoria, blocos de salas de aula, departamentos e laboratórios, funcionando nos turnos manhã, tarde e noite, ocupando uma área de 7.193 m<sup>2</sup>.

Oferece 11 cursos de graduação: Ciências Econômicas; Ciências Contábeis; Administração de Empresas; Engenharia de Pesca; Licenciatura em Pedagogia, Biologia e Matemática; Psicologia; Fisioterapia; Biomedicina; Turismo; e, a partir de 2014, o curso de Medicina.

Com base na Lei nº 13.651 de 11/04/2018<sup>10</sup>, foi criada a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPa) a partir do desmembramento da UFPI, que será integrada ao *campus* de Parnaíba, com a transferência automática dos cursos de todos os níveis e dos alunos regularmente matriculados, assim como os cargos ocupados e vagos do quadro de pessoal da UFPI alocados nesse *campus*.

O curso iniciou suas atividades em 19 de setembro de 2014, tendo como atribuição a formação humanista, crítica e reflexiva do médico generalista, com capacidade para atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e como promotor da saúde integral do ser humano.

Em termos gerais, o curso funciona em tempo integral, com carga horária de 7.650 horas/atividades, organizado em módulos sequenciais e transversais que buscam a integração de conteúdo, articulando teoria e prática nos cenários de aprendizagem nos serviços de saúde.

Conta, atualmente, com 148 alunos ativos e 54 docentes efetivos. Destes, 11 foram nomeados em novembro de 2017.

## O contexto da análise

Consideram-se como contexto de análise as condições nas quais reflexões sobre o processo de implantação do curso emergem diante da proposta apresentada pelo PMMB. Por um lado, tais cursos deveriam apresentar determinadas condições que seriam acompanhadas pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), mas, por outro lado, existe uma dinâmica local na qual se situa o pesquisador/analista, implicado com a viabilidade da proposta. Assim, tendo como objetivo monitorar a implantação e a oferta dos cursos autorizados, a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) do MEC instituiu a Comissão Especial de Avaliação de Escolas Médicas (Ceaem) para acompanhamento *in loco*, realizando avaliações durante a execução dos projetos de implantação com pelo menos uma visita presencial por semestre.

A Ceaem, fundamentada nas DCN para Medicina de 2014 e nas condições exigidas comprometendo a gestão municipal a colaborar com a implantação do curso, utiliza como roteiro para diagnóstico da situação e intervenções necessárias um documento que abrange quatro dimensões a serem observadas: recursos humanos e financeiros; infraestrutura; projeto pedagógico; e relação ensino e serviço. Cada uma dessas dimensões apresenta vários itens que devem ser observados.

Em relação aos recursos humanos e financeiros, são analisados alocação e distribuição recursos e de pessoal; plano de preenchimento de vagas docentes e técnico-administrativas por meio de concursos públicos; e a existência de outros cursos na área da Saúde para compartilhamento de equipamentos e espaços de práticas laboratoriais.

Na dimensão da infraestrutura, encontram-se as obras físicas com características adequadas, contemplando instalações administrativas, sala de professores, ambientes educacionais, laboratórios, biblioteca e infraestrutura de apoio.

Quanto ao projeto pedagógico, o documento apresenta imagens-objetivo para cada item, avaliadas em três níveis de aproximação com o desejado e enfatizando o perfil do formando; orientação pedagógica do curso; compromisso e responsabilidade social; construção coletiva do projeto pedagógico; articulação da academia com o SUS; formação médica na graduação e pós-graduação inserida na comunidade; competências e habilidades essenciais; vinculação da formação acadêmica com o SUS; projeto pedagógico centrado no aluno; integração e interdisciplinaridade; orientação para o desenvolvimento de competências; excelência na avaliação do estudante; compromisso com a gestão da qualidade; internato com foco na comunidade de duração de dois anos; utilização de recursos de tecnologia de informação; e preparação do docente para atuar como facilitador do processo ensino-aprendizagem.

A implantação do curso, observando o monitoramento dessas dimensões, possibilitou a análise do processo, dimensionando aproximações e distanciamentos da imagem objetiva desejada.

Outro elemento fundamental é o lugar do analista no contexto da análise. Na experiência relatada, o analista/pesquisador tem um olhar múltiplo, pois vivencia situações que decorrem de sua posição na estrutura burocrática e organizacional, operando questões normativas e formais; e sua movimentação na dimensão política, articulando gestão e redes de atenção como cenários de prática, e na dimensão pedagógica diante do desafio de preparar docentes para novas modalidades de ensino-aprendizagem e a responsabilidade pela implantação de currículo integrado.

## Metodologia

As perguntas problematizadoras que orientam as reflexões sobre o processo de implantação remetem à compreensão do conceito de cultura institucional.

Inicialmente, Bourdieu<sup>11</sup>, ao fazer o recorte da cultura a partir da arte literária, atribui a esta o significado estratégico de campo de poder, que define normas, regras e impõe um padrão estético que passa a orientar as produções artísticas em cada contexto histórico, assim como autores mais específicos desse campo, como Geertz<sup>12</sup>, que redimensiona o conceito de cultura como uma ciência interpretativa à procura de significados.

As universidades instituições responsáveis pela produção e difusão de conhecimentos e formação de recursos humanos são organizações que funcionam sob normas e regras (explícitas ou não), conformando uma cultura organizacional, que vai sendo ressignificada em sua própria dinâmica, produzindo efeitos em seus processos e produtos.

Para Pedrosa<sup>13</sup>, os efeitos que surgem de intervenções dessa natureza ultrapassam mudanças na estrutura e funcionamento da organização, incidindo na cultura instituída, que molda e orienta as ações existentes. Por apresentar novas referências para as práticas desenvolvidas, a intervenção suscita conflitos entre atores e organização, suficientes para questionar ordens emitidas pela hierarquia burocrática e desestabilizando o poder regulador pela incerteza do futuro, que causa incômodo e estranhamento ao poder, regras e normas instituídas.

Nessa perspectiva, para refletir sobre a experiência aqui relatada, soma-se como referência a análise institucional, que, segundo Lourau<sup>14</sup>, consta do movimento dialético entre o instituído, o instituinte e o processo de institucionalização.

Foram analisados documentos oficiais para autorização da implantação; recomendações emanadas das visitas de avaliação da Ceaem; relatórios dos seminários, reuniões e encontros; além da memória das reuniões do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso; anotações do próprio pesquisador; e resultados de pesquisas realizadas sobre o curso<sup>15</sup>.

Na implantação de propostas inovadoras é possível identificar momentos do processo que, segundo Lourau<sup>14</sup>, contemplam aspectos da universalidade, isto é, justificativa, normas, regras e condições preestabelecidas para a implantação, que dizem respeito à totalidade dos cursos implantados no Brasil; o momento da particularidade, que se relaciona aos distintos contextos que cada instituição apresenta como as condições estruturais, funcionais e de efetividade de sua missão; e o momento ou aspectos da singularidade que emanam das estratégias e movimentos locais que produzem dispositivos para o sucesso ou fracasso da implantação do que é proposto.

Neste artigo, consideram-se de maior relevância os movimentos singulares que se constituíram na especificidade do curso analisado.

A análise consistiu de duas etapas. Na primeira, após a leitura sistemática dos documentos e anotações, foram identificadas três categorias de análise, nas quais são descritos os aspectos instituídos; os aspectos instituintes emergentes do contato com a realidade organizacional e com os sistemas de gestão acadêmica existentes; e as estratégias e movimentos desencadeados na perspectiva de tornar viável no cotidiano o que estava firmado nos documentos e diretrizes orientadoras das inovações necessárias ao ensino médico.

Na segunda etapa, considerando que o processo de institucionalização representa a construção e utilização de dispositivos e estratégias necessárias para a implantação de propostas que visam promover mudanças na dinâmica institucional, foram identificados movimentos que facilitaram tal processo e barreiras encontradas.

Este trabalho integra a pesquisa sobre o desenvolvimento docente no processo de implantação do curso de Medicina em Parnaíba (PI) e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº CAAE: 46520415.7.0000.5214.

## Resultados

Na primeira etapa, foram identificadas quatro categorias de análise, por representarem os elementos centrais do processo: projeto pedagógico do curso; integração ensino e serviço; desenvolvimento docente; e infraestrutura. Para cada categoria, foram identificadas subcategorias, discriminadas no quadro 1.

**Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS		
Projeto pedagógico	O processo de construção	Relação com o cotidiano	Adequações necessárias
Integração ensino e serviço	Os serviços como cenários de prática	Educação permanente	Trabalho integrado e interprofissional
Desenvolvimento docente	Recrutamento	Formação docente	Predisposição para aprendizagem
Infraestrutura	Obras e equipamentos	Compartilhamento de espaços	

Em relação à categoria “projeto pedagógico”, as subcategorias representam dispositivos que explicitam e tornam visíveis conflitos e divergências existentes no percurso o idealizado, o possível e o experienciado, demarcando características instituídas, instituintes e movimentos desencadeados no processo de institucionalização.

Dessa forma, o projeto pedagógico que foi submetido à Comissão de Avaliação da Pró-Reitoria de Ensino e ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPI apresenta, em suas características universais, uma matriz curricular modular com módulos integrados sequenciais e transversais, com internato de dois anos, tendo 30% da carga horária incluindo atenção primária e urgência e emergência no SUS, observando todas as recomendações e inovações apontadas<sup>13</sup>. Entretanto, a particularidade do processo como exigências normativas para autorização da abertura do curso e prazos a serem cumpridos na dinâmica da organização contribuiu para que sua construção ocorresse sem a participação dos docentes e discentes que iriam vivenciar no cotidiano o processo de ensinar e aprender.

As discussões conduzidas por grupos de trabalho a respeito da implantação dos novos cursos e adaptação do curso já consolidado às recomendações da Lei do Mais Médicos e das DCN de 2014 tangenciavam questões relacionadas às inovações apontadas para a formação médica, ficando centrados na infraestrutura, número de docentes, tamanho das salas e custos de manutenção, deixando em plano secundário o processo de construção dialogada do Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

Mennin e Kaufman<sup>16</sup>, relatando a experiência inicial de mudanças na formação médica na Universidade de Novo México (EUA), descrevem que resistências às mudanças e inovações são maiores quando conduzidas por sujeitos com visão e vivência tradicionais, que se sentem ameaçados de perder o controle sobre o currículo e o modo de ensinar instituído.

Emergente do mesmo contexto, no curso de Medicina multicampi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a construção do PPC contou com uma comissão de institucionalização que promoveu audiências públicas com participação de representantes da universidade, movimentos sociais, gestores, controle social, órgãos de classe e membros da comunidade, possibilitando a construção de “um projeto pedagógico mais sensível às realidades locais e às necessidades de saúde da população”<sup>17</sup> (p. 1334).

A proposta do curso da UFPI, ao ser apresentada aos gestores dos municípios da região, evidenciou que a articulação entre instituições formadoras, sistema de atenção, gestão e participação social, base da educação permanente em saúde, não faz parte da agenda da gestão.

No seminário realizado para apresentar o curso aos gestores da região, observou-se o distanciamento da gestão sobre o processo de formação. Existe demanda pelo profissional médico, mas não existe definição do perfil do profissional adequado às necessidades locais. Essa constatação fortalece a ideia de que processos formativos ainda se mostram como temas pertencentes exclusivamente ao campo acadêmico, em que as universidades se responsabilizam pelas estratégias de formação.

Tal pensamento foi o disparador para a compreensão do papel social do curso e da universidade como protagonistas na organização da Rede de Assistência à Saúde (RAS) no território, gerando movimentos em direção aos espaços de gestão regional e municipal.

Inicialmente, a discussão interna com outros cursos da área de Saúde sofreu resistências por ser considerado o curso que poderia drenar os poucos recursos disponibilizados para as atividades em desenvolvimento.

Para superar esse distanciamento, outro movimento foi deflagrado: a discussão com um grupo constituído no *campus* sobre a implantação de uma nova instituição de ensino superior (IES) sob gestão federal, na qual o curso de Medicina poderia ser o carro-chefe para a demanda de criação de uma nova universidade.

Diante da fragilidade da discussão externa sobre o projeto pedagógico, voltou-se para reflexões sobre a apropriação do PPC pelos docentes que vinham sendo contratados. Dessa forma, identificaram-se conflitos relacionados à superação do pensar e agir de forma disciplinar para atingir a integralidade de conteúdos e práticas na composição dos módulos como componentes curriculares.

A distância entre o pensado e sua viabilidade representou o singular do momento vivenciado, ou seja, a dificuldade do trabalho integrado e o planejamento compartilhado das atividades. Diante disso, realizou-se a intervenção pedagógica, ou seja, uma pedagogia institucional, que, segundo Lourau<sup>14</sup>: “É o método que consiste em ordenar, pela análise das instituições externas, a margem de liberdade na qual o grupo-classe poderá autogovernar seu funcionamento e seu trabalho, assegurar a própria regulação pela criação de instituições internas” (p. 258).

O autor considera como instituições internas as regras internas da organização e o conjunto de técnicas institucionais, como os colegiados e conselhos, enquanto as regras

externas à organização, ao programa e à classe, instruções, circuitos paralelos de autoridade e a distribuição de pessoal na burocracia administrativa constituem instituições externas.

Nesse sentido o curso apresentava certo grau de liberdade, pois as normas externas (os documentos orientadores e as regras do MEC) favoreciam o protagonismo na condução da proposta e nas adequações do projeto pedagógico.

A intencionalidade da intervenção era promover momentos para a reconstrução das vivências e do pensamento disciplinar dos docentes no sentido de buscar as interfaces entre as disciplinas.

A intervenção foi realizada por meio de círculos de cultura, metodologia utilizada por Freire<sup>18</sup> que possibilita o resgate da vivência e conhecimentos anteriores dos participantes, conduzidos por um monitor que auxiliava na reflexão sobre a fragmentação entre conteúdos disciplinares e possibilidades de interação na forma modular.

A categoria “integração ensino e serviço” foi considerada pelos atores institucionais envolvidos a mais complexa, por mostrar, a olho nu, o distanciamento entre as formas de ensinar e o modo como as práticas são organizadas e desenvolvidas nos serviços e com as pessoas.

Em termos de universalidade, existe um forte consenso entre vários autores que os serviços de saúde devem representar os cenários de prática de ensino-aprendizagem<sup>19-21</sup>.

Apesar de o município-sede da região – Parnaíba – ter assinado termo de adesão junto com o Ministério da Educação, as redes de atenção à saúde, particularmente as de atenção primária, encontravam-se em fase de reestruturação, inclusive pela presença de médicos intercambistas provenientes do PMMB, resultando na abertura de novos possíveis cenários de prática.

No plano instituído, foi assinado o Contrato de Ação Pública para Integração Ensino e Serviço (Coapes) com a gestão municipal de Parnaíba no fim de 2016, mas a articulação com outras instituições de ensino que tinham cursos na área da Saúde e demandavam serviços como cenários de prática foi um processo lento, em virtude da cultura dos profissionais que reproduzem o comportamento corporativo e individualizado, impedindo o consenso na construção do plano de trabalho e sua inclusão como parte do contrato.

Nessa mesma direção, o curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC) desenvolveu estratégias de construção participativa do Coapes, incentivando a formulação de uma política municipal de integração ensino, serviço e comunidade<sup>22</sup>.

Refletindo sobre a preponderância de movimentos dirigidos para a institucionalização dos espaços de integração ensino e serviço, constatou-se a necessidade de desenvolver ações que rompessem a cultura tecnicista e uniprofissional incorporada nos processos de formação.

No curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no *campus* do Agreste, na cidade de Caruaru, uma das inovações consiste em uma proposta que envolve articulação entre ciência e arte no processo de formação, reforçando as dimensões sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais que se fazem presentes no cotidiano da prática profissional por meio da criação do Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão<sup>22</sup>.

Corroborando a hipótese de que nem sempre o que se encontra institucionalizado mostra-se efetivo, o novo gestor municipal, eleito em 2017, não reconheceu o Coapes



assinado, embora, após oficina realizada em Brasília, promovida pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde, a gestão municipal tenha sido mobilizada e tenham sido realizados dois encontros para a construção das demandas por parte das IES com cursos de Saúde, apresentadas à gestão para a definição do plano de contrapartidas.

Apesar desse fato, a UFPI mantém convênio-padrão com entes governamentais dos níveis estaduais e municipais para a realização de estágios curriculares e não curriculares, o que possibilita a negociação com a atual gestão municipal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante o desenvolvimento do módulo de Atenção Primária em Saúde (APS), transversal ao curso.

Ao mesmo tempo, municípios vizinhos à sede do curso mostraram disposição em participar como cenário de formação, além do fato de que a representação e participação na Comissão Intergestora Regional (CIR), particularmente na Comissão de Integração Ensino e Serviço (Cies), tem favorecido a revitalização do Coapes no âmbito regional.

Em síntese, essa situação fez aparecer uma nova configuração para as universidades e faculdades existentes, que começaram a incorporar o sentido de responsabilidade social dos cursos na construção das RAS.

No plano instituinte, o movimento ocorreu no sentido de garantir a participação do curso na construção das redes de atenção. Para tanto, o curso passou a integrar o Comitê Gestor do Hospital Regional Dirceu Arcoverde (Heda), por meio do Decreto do Governo do Estado do Piauí nº 16.964, de 30 de dezembro de 2016<sup>23</sup>, com o propósito de instituir a cogestão hospitalar em consonância com a Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Educação Permanente para o SUS e outras políticas formuladas no contexto do SUS, além de articular, pactuar, acompanhar e deliberar a implementação das ações propostas no Coapes, para atuação do Heda como campo de prática na integração ensino e serviço.

Outro movimento instituinte foi ter assento na CIR, que reúne os gestores dos 11 municípios da região onde o projeto do curso foi apresentado e discutido, tendo os gestores municipais demonstrado interesse em desenvolver parcerias para a integração ensino e serviço em seus municípios.

Ao mesmo tempo, a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (Sesapi), por meio da articulação com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), assinou termo de cooperação para o desenvolvimento do processo de planificação das redes de atenção nos 11 municípios da região, preparando particularmente a rede de atenção primária para a gestão e acompanhamento das condições crônicas, implantando em toda a região sistemas de fluxos e contrafluxos com base no acolhimento por classificação do nível de risco.

Com esse processo, foi reativado o movimento da educação permanente, sendo definida em cada município uma UBS que atua como laboratório para a formação de tutores que acompanham o processo de facilitadores por meio de oficinas formativas para a implantação desse acolhimento em todas as UBS e a consolidação da referência e contrarreferência.

Quanto à formação e ao trabalho integrado, ainda existem muitas barreiras a serem superadas. Um movimento instituinte e autônomo, iniciativa dos docentes e profissionais dos serviços, foi a realização do I Encontro de Integração Ensino e Serviço em

2016, cujo relatório aponta como problemas a serem superados: demora dos alunos na mudança de pensamento, transição da escola para a universidade, integração dos conteúdos, integração dos professores, integração dos módulos, participação de todos, pensamento em conjunto, diálogo e diversidades.

Ao mesmo tempo, foram apontadas como possibilidades e avanços: desenvolvimento da autonomia dos alunos que estão participando mais do processo e dando retorno aos docentes; humanização dos estudantes e preparo dos alunos para dialogar com os agentes comunitários de saúde (troca de saberes); novas visões aos novos profissionais médicos; mudança de crenças; maior interação ensino e serviço; reuniões para discutir as ações; criação de momentos de diálogo e integração; metodologias diferentes e ativas; interdisciplinaridade; trabalho com diferentes personalidades; tentativa de melhoria constante; atualização da abordagem médica; inovação; liberdade de criação; e maior participação na construção do processo.

A categoria desenvolvimento docente apresentava, no plano instituído, a participação obrigatória dos docentes no Seminário de Docência, ofertado pela Pró-Reitoria de Graduação (Preg) aos professores contratados, mas se limitava à capacitação para manejar adequadamente o sistema de gestão acadêmica e aproximar os professores, que, em maioria, não tiveram formação docente de conceitos e técnicas, como plano de aula, tópicos de ensino, formas de avaliação, sistema de créditos e modos de utilização de ferramentas para o ensino a distância.

No plano instituinte, o curso foi um dos vencedores do Prêmio InovaSUS 2015, patrocinado pela SGTES do MS com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), viabilizando oficina de sensibilização docente para a utilização de metodologias ativas com a participação de 100% dos docentes do curso e professores convidados de outras IES.

Outros cursos, como o da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), também vencedores do Prêmio InovaSUS 2015, apostaram na formação de equipes preceptoras como estratégia facilitadora da integração ensino e serviço<sup>22</sup>.

Em 2018, é publicado e enviado aos novos cursos o Ofício-Circular nº 2/2018/DDES/SESU-MEC, que trata da concessão de bolsa do Programa de Desenvolvimento da Preceptoría em Saúde (PRODEPS).

O objetivo desse repasse, de caráter emergencial e temporário, visa apoiar a implantação/manutenção de programas de internato durante o período de fortalecimento das relações entre as Universidades Federais, profissionais e serviços de saúde locais para a implementação de modelos sustentáveis de contratualização da sessão de espaços de prática para cursos de medicina e de saúde em geral<sup>24</sup>.

Esse edital representou o dispositivo que articulou de modo objetivo a Comissão do Internato para elaboração do plano de trabalho, no qual foram pleiteadas dez bolsas para 2018 e cinco para 2019.

Como integrante do Comitê Gestor do Heda, foi possível a aprovação das Residências em Clínica Médica e Cirúrgica em Plenária na Comissão Estadual de Residência Médica (Coreme). Houve a visita do MEC para autorização das Residências em Pediatria, Ginecologia e Medicina de Família e Comunidade em parceria com o curso de Medicina ofertado por uma IES privada.

A participação dos médicos residentes sob a supervisão dos docentes no acompanhamento dos estudantes nos cenários dos serviços tem sido uma prática que incentivou a procura de profissionais médicos para formação em docência e preceptoria, assim como os motivou para participarem dos concursos para docentes

A categoria infraestrutura inicialmente mais se mostrou fora da governabilidade da coordenação do curso, pois envolvia construção de obras físicas e equipamentos sob responsabilidade de outros setores da burocracia organizacional, além das exigências contidas nas regras da gestão de recursos públicos, tais como licitações, documentos de cessão e posse de prédios e formas de gestão das parcerias.

Porém, com orientação da Ceaem e do MEC, a planta projetada foi reformulada, tendo em vista a necessidade de salas para estudos de pequenos grupos, para ações de mentoria e área de convivência, tendo sido propiciada a visita dos arquitetos da UFPI a outra universidade para conhecimento e adequação da estrutura.

Até então o curso funcionou em um prédio doado pela Prefeitura de Parnaíba, que, com o término do prédio do curso no *campus*, o imóvel passou à cessão da Sesapi para implantação de um Centro Integrado de Especialidades Médicas (Ciem), sendo ofertadas 11 especialidades médicas que servirão de apoio ao internato médico, no qual os docentes médicos especialistas, por meio de pesquisa interventiva, atenderão à demanda e desenvolverão estudos diagnósticos sobre a situação de doenças e agravos não transmissíveis, além do cuidado integral e informações sobre as doenças emergentes, reemergentes e negligenciáveis, envolvendo instituições como a Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado do Piauí (Fapepi).

## Considerações finais

O processo de implantação de um curso médico com características inovadoras atua como dispositivo revelador das fragilidades e oportunidades que uma instituição como a universidade pode apresentar.

A cultura institucional incorporada na dinâmica da organização, em alguns momentos, mostra-se como barreira, principalmente em decorrência dos trâmites existentes para a tomada de decisões e a gestão financeira dos recursos.

Também se mostra resistente a algumas mudanças, pois evidencia interesses alheios ao campo acadêmico que interferem nas deliberações, como foi a não aceitação pelo Conselho Universitário da UFPI do argumento de inclusão regional que preconizava um bônus de 10% na classificação no Sistema de Seleção Unificada (Sisu) de jovens residentes na região em consonância com a política de cotas.

A cultura das profissões – particularmente, a cultura da profissão médica – revela a construção e a reprodução de um imaginário pautado na cultura do modelo biomédico, que se caracteriza como consumo de serviços e insumos médico-hospitalares e que captura docentes, discentes, familiares e a própria comunidade.

Apesar disso, a força do instituinte existe, muitas vezes ainda invisível, mas se encontra presente na disposição dos docentes a se tornarem aprendizes de novas formas de ensinar e nas articulações políticas entre gestão e academia, na qual é possível revelar o papel e a responsabilidade social das universidades e na institucionalização de espaços e tempos protegidos para o diálogo e reflexão, contribuindo para que seja construído

e fortalecido o compromisso do profissional formado com os serviços, fortalecendo o sentido de protagonismo de reorganização das redes de cuidado.

Por fim, essa força se consolida a partir do diálogo e da troca de experiências entre os cursos decorrentes do PMMB, fortalecendo seus movimentos autônomos e instituintes em direção à institucionalidade, de modo que propostas inovadoras de formação de profissionais médicos coerentes com as necessidades de saúde da contemporaneidade apresentem condições de viabilidade.

Ressalta-se que movimentos autônomos são ações direcionadas à consecução do curso tal como preconizado, mas protagonizados pelos sujeitos inseridos e comprometidos com a viabilidade da proposta inovadora. São movimentos que apresentam como característica a potência de transitar entre o instituído e o instituinte, conduzindo o processo de institucionalização.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

### Referências

1. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
2. Conselho Federal de Medicina. Demografia médica no Brasil [Internet]. São Paulo: CFM/CREMESP; 2013 [citado 8 Jan 2018]. v. 1. Disponível em: <http://cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
3. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos. Graduação em medicina: novos cursos, mais vagas, mais oportunidades [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 1 Ago 2018]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/cursos-de-graduacao>
5. Oliveira ALO, Melo LP, Pinto TR, Azevedo GD, Santos M. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. Interface (Botucatu). 2017; 21 Suppl 1:1355-65



6. Resolução CNE/CES nº 3/2014. DCN para Medicina 2014 que institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014.
7. Fundação CEPRO. Piauí em números [Internet]. 8a ed. Teresina; 2011 [citado 2 Feb 2018]. Disponível em: [http://www.cepro.pi.gov.br/download/201310/CEPRO13\\_aab5263f9a.pdf](http://www.cepro.pi.gov.br/download/201310/CEPRO13_aab5263f9a.pdf)
8. Escolas Médicas no Brasil [Internet]. 2018 [citado 9 Mar 2018]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/>
9. Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências Piauí, Diário Oficial da União. 22 Ago 2007 [citado 9 Feb 2018]. Disponível em: [http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87\\_22-08-2007.pdf](http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87_22-08-2007.pdf)
10. Lei 13.651, de 11 de Abril de 2018. Cria a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), por desmembramento da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e cria a Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (Ufape), por desmembramento da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Brasília; 2018 [citado 20 Abr 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13651.htm)
11. Bourdieu P. As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
12. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989.
13. Pedrosa JIS. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaços e movimentos [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1997.
14. Lourau R. Análise institucional. 2a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
15. Figueirêdo EG. Integração do currículo modular do curso de medicina da UFPI/ Campus Ministro Reis Velloso [dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2017.
16. Mennin SP, Kaufman A. The change process and medical education. Med Teach. 1989; 11(1):9-16.
17. Melo LP, Santos M, Câmara RBG, Braga LP, Oliveira ALO, Pinto TR, et al. A escola multicampi de ciências médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. Interface (Botucatu). 2017; 21 Suppl 1:1333-43.
18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
19. Ceccim RB, Fuerwerker LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.
20. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(2):337-41.
21. Koifman L, Oliveira-Saippa G. Produção de conhecimento e saúde. In Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2011. p. 111-30.



22. Ministério da Saúde (BR). InovaSUS 2015: gestão da educação na saúde. Rio de Janeiro: CEPES; 2017.
23. Decreto nº 16.964, de 30 de Dezembro de 2016. Institui Comitê Gestor do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Diário Oficial do Estado do Piauí. 30 de Dezembro de 2016. nº 243, p 12-3.
24. Ministério da Educação (BR). Ofício-Circular nº 2/2018/DDES/SESU/SESU-MEC, de 01 de Fevereiro de 2018. Referente ao repasse de recurso orçamentário para bolsa de preceptoría no acompanhamento de estudantes do curso de medicina durante o período do internato. Brasília: MEC; 2018.

---

The implementation of a medical course in a city in the Brazilian northeastern region to expand and decentralize medical education as a result of the Project More Doctors for Brazil includes the institutionalization process that takes into consideration cultural and organizational aspects that facilitate or hinder the accomplishment of innovative practices. This study analyzed the implementation process according to key categories: pedagogical project, teaching-service integration, teacher development and infrastructure. The results showed facilitating elements and barriers that depend on the movement among the proposal's instituted forces, instituting forces and the institutionalization process. A strategy for greater feasibility can be found in autonomous movements triggered by subjects who are committed to the objectives of the involved courses and institutions that work towards making legislations and intentions real.

**Keywords:** Health education. Expansion of medical courses. Institutional analysis.

---

La implantación del Curso de Medicina en una ciudad del Nordeste de Brasil, para expansión y descentralización de esta formación, resultado de la política pública Más Médicos para Brasil, incluye la institucionalización que considera aspectos culturales y organizacionales que facilitan o dificultan la efectividad de prácticas innovadoras. El estudio analizó el proceso de implantación según las categorías claves: proyecto pedagógico, integración enseñanza y servicio, desarrollo docente e infraestructura. Los resultados permitieron la visibilidad de elementos facilitadores y barreras que dependen del movimiento entre lo instituido, el instituyente y el proceso de institucionalización de la propuesta. Se considera que una estrategia para mayor viabilidad se encuentra en los movimientos autónomos desencadenados por sujetos comprometidos con los objetivos del curso e instituciones involucradas que operan en el sentido de hacer real lo que aún se encuentra en el plano de la legislación y de las intenciones.

**Palabras clave:** Enseñanza en salud. Expansión de cursos médicos. Análisis institucional.

Submetido em 19/02/18.


Aprovado em 08/10/18.

### O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade


The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine (abstract: p. 16)

El Programa Más Médicos y la reorganización de la formación de residencia médica con enfoque en Medicina de Familia y Comunidad (resumen: p. 16)


**Felipe Proença de Oliveira<sup>(a)</sup>**

<proenco@ccm.ufpb.br> 

**Cássia de Andrade Araújo<sup>(b)</sup>**

<cassia.araujo@fiocruz.br> 


**Odete Messa Torres<sup>(c)</sup>**

<odete.torres@unb.br> 

**Alexandre Medeiros de Figueiredo<sup>(d)</sup>**

<potiguar77@gmail.com> 

**Priscilla Azevedo Souza<sup>(e)</sup>**

<priscilla.souza@saude.gov.br> 

**Francisco Arsego de Oliveira<sup>(f)</sup>**

<farsego@hcpa.edu.br> 

(continua p. 13)

<sup>a, d)</sup> Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/no, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

<sup>b)</sup> Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

<sup>c)</sup> Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

<sup>e)</sup> Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

<sup>f)</sup> Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>g)</sup> Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013 para enfrentar problemáticas como a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população. Entre os seus eixos está a mudança da formação médica, incluindo a reordenação e ampliação da residência, propondo uma vaga para cada egresso dos cursos de Medicina. Neste artigo, propõe-se uma reflexão sobre quais elementos foram decisivos na formulação e implementação das mudanças na residência médica pelo PMM. Identificam-se: melhor distribuição de vagas de residência entre as regiões do país; diversificação de estratégias para universalização do acesso à residência médica; regulação das vagas de residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade; e qualificação da preceptoria. Na conclusão são apontados desafios enfrentados pelo esforço institucional necessário de manter as ações do PMM visando regular a residência e expandir ações para mais profissões.

**Palavras-chave:** Atenção básica. Educação médica. Residência médica. Programa Mais Médicos.

## Introdução

A formação de especialistas por meio de programas de residência médica tem sido considerada o padrão-ouro em todo o mundo. Por outro lado, a discussão sobre as alternativas para superar a falta de médicos e a sua má-distribuição geográfica tem se intensificado em diversos países, apontando para a necessidade de mudanças profundas que exigem planejamento a longo prazo<sup>1</sup>.

A residência médica no Brasil tem seus primeiros programas descritos na década de 1940, mas passa a ser reconhecida mediante lei de 1981<sup>2</sup>. Apesar do longo período de existência, da posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de iniciativas de mudança na formação em saúde, sempre houve uma grande dificuldade em estabelecer uma política pública que garantisse uma formação de especialistas adequada às necessidades em saúde da população<sup>3,4</sup>.

Um dos marcos de mudança nesse cenário foi o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), criado em 2009 por iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC)<sup>5</sup>, com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Desde o início, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) apresentava-se como especialidade prioritária. O programa ampliou o financiamento de bolsas pelo MS, tornando-o um dos principais mantenedores em nível nacional<sup>4</sup>. A expansão ocorreu notadamente nas regiões que possuíam menor oferta de programas de residência, sendo as regiões Nordeste e Norte as que apresentaram o maior aumento proporcional da oferta de vagas de residência<sup>6</sup>. Outro marco importante é o Decreto Presidencial nº 7.562 de 2011, que determina que instituições e os programas de residência médica (PRM) considerem a necessidade de médicos especialistas segundo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS<sup>4</sup>.

Apesar do processo de expansão proporcionado pelo Pró-Residência, ainda persistiam déficits significativos, especialmente na Medicina de Família e Comunidade. Em 2013, existiam cerca de 3.250 médicos de família, o que representava menos de 1% dos médicos do país<sup>7</sup>, sendo este número muito inferior aos 40% preconizados pela Organização Mundial de Saúde, considerando as mais de 34 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) existentes na época<sup>6</sup>. Esse déficit de médicos apresentava-se como limitador da expansão da ESF, em um contexto de valorização da Atenção Básica (AB), inclusive na perspectiva de ordenação da rede de atenção à saúde<sup>8</sup>. Além da insuficiência de especialistas, a expansão de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) promovida pelo Pró-Residência mostrava-se insuficiente, o que se agravava com altos índices de vagas não ocupadas<sup>6,9</sup>.

Nesse contexto, o PMM, criado em 2013, apresenta duas proposições no âmbito da formação de especialistas: a garantia de universalização do acesso à residência médica, de modo a alcançar a oferta de vagas de acesso direto equivalente ao número de egressos da graduação em Medicina; e a necessidade de realização de um a dois anos de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica, tornando a Medicina de Família e Comunidade (MFC) uma especialidade troncular na formação de especialistas<sup>10</sup>. Combinando essas duas estratégias, o PMM tem como meta criar 12.400 vagas para a universalização da residência, prioritariamente em MFC<sup>2</sup>.



A combinação de políticas federais de gestão do trabalho, da educação na saúde e de expansão da Atenção Básica com diversas iniciativas, principalmente no âmbito municipal, vem propiciando um momento ímpar para a RMFC<sup>2,4,11</sup>. A efetivação dessas estratégias, principalmente no seu âmbito regulatório, pode equiparar o Brasil a outros países em que a proporção de vagas de RMFC corresponde a mais de 30% das vagas de residência no país<sup>12-14</sup>, ao mesmo tempo que possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da Atenção Básica<sup>4</sup>.

O que se propõe aqui é fazer uma reflexão sobre quais elementos foram decisivos na formulação e implementação das mudanças na residência médica pelo PMM.

## Metodologia

Neste artigo, são analisadas as proposições declaradas oficialmente como objetivos do eixo formação médica, no âmbito da residência médica, do PMM<sup>4,10,15,16</sup> buscando-se responder a questionamentos como: quais as principais proposições do PMM no âmbito da residência médica? O PMM conseguiu efetivar uma ampliação da residência médica maior do que nos períodos anteriores, com o objetivo da universalização? Quais estratégias foram utilizadas para viabilizar a ampliação dos PRM? Como o programa buscou priorizar a RMFC? As mudanças são sustentáveis ou possibilitam a retomada dessa estratégia no futuro?

Para tanto, foi realizada uma análise documental retrospectiva com base nas normativas disponíveis (leis, decretos, portarias e resoluções), bem como relatórios técnicos de oficinas e momentos de formulação e execução do PMM. Um elemento importante para a análise foi o Relatório da Oficina de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade<sup>17</sup>, documento elaborado pelo MS em evento realizado em julho de 2015.

Configura-se, portanto, como um estudo documental no qual, além da análise de normativas, realizou-se uma revisão não sistemática nas bases Pubmed e SciELO com os termos “Programa Mais Médicos”, “Mais Médicos” e “Residência” a partir de 2013, ano de criação do PMM. Nessa busca foram encontrados 17 artigos, sendo selecionados seis que estavam mais diretamente relacionados ao PMM. Percebeu-se a pouca disponibilidade de referências sobre o tema, sendo que o material encontrado falava sobre experiência de programas de residência (principalmente de iniciativa municipal) e problematizava as ações de regulação de médicos especialistas no Brasil.

A partir desses documentos, busca-se identificar evidências de mudanças produzidas em indicadores que poderiam descrever o programa utilizando referenciais e diretrizes metodológicas do campo de estudos da análise de políticas<sup>18,19</sup>, bem como elementos que foram importantes para compreender a elaboração e as repercussões do PMM na residência médica.

Foi realizada análise das bases de dados do Departamento de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), da Secretaria de Educação Superior (Sesu) do MEC, incluindo o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica (SisC-NRM), e do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, incluindo o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências). Os dados referentes às bolsas financiadas pelo Pró-Residência pelo MS possuem atualização até 2015. Os demais, que incluem o número total de vagas

autorizadas pela Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM) por estado e a ocupação de vagas de RMFC, possuem atualização do início de 2016 e de 2017, respectivamente. Os dados de população tem como fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi realizada análise descritiva dos dados com produção de tabelas, gráficos e mapas em Microsoft Excel.

Com base nisso, foram criadas as seguintes categorias: construção do projeto de mudanças no âmbito da lei do Mais Médicos; a escolha da MFC como especialidade prioritária no contexto do MM; trajetória de implantação da proposta de universalização das residências médicas; expansão da residência e ocupação de vagas de RMFC; experiências já existentes e *expertise* acumulada na formação de preceptores.

## Resultados e discussão

### Construção do projeto de mudanças no âmbito da lei do Mais Médicos

O lançamento da Medida Provisória (MP) nº 621 em 2013 gerou uma série de debates sobre a formação médica. Assim, o capítulo da Formação Médica na conversão da MP para a lei do PMM foi o que mais sofreu alterações, conforme estudo realizado das emendas parlamentares<sup>20</sup>. Uma das mais significativas foi a eliminação dos trechos referentes à criação de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço na AB, com duração mínima de dois anos.

Desse modo, manteve-se a duração do curso de Medicina, mas foi disposta uma importante mudança para a formação do especialista, com inserção na MFC e uma meta de universalização da residência com oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, a ser implantada progressivamente até 2018. Esse modelo, conforme publicação do MS<sup>4</sup>, foi inspirado no percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde nos quais há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação<sup>13,14,21</sup>.

Essa perspectiva dialoga com a necessidade de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nestes<sup>8</sup>. O PMM estabeleceu, por meio de decreto presidencial previsto na Lei nº 12.871, o Cadastro Nacional de Especialistas, que tem como objetivo reunir informações relacionadas aos profissionais médicos para subsidiar o MS e o MEC na parametrização de ações de Saúde Pública e de formação em Saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

A publicação do decreto acirrou o debate com as entidades médicas, que, entre outros argumentos, sustentavam que ocorreria uma deterioração na qualidade da formação de especialistas no Brasil<sup>22</sup>. Como o decreto basicamente regulamenta um cadastro dos especialistas no país, analisa-se que é possível que o principal temor das entidades fosse o teor regulatório das disposições para a residência, já que o PMM trouxe mecanismos para vincular a formação médica com as necessidades do SUS<sup>6</sup>.

Considera-se que este segue sendo um debate fundamental para discorrer sobre o modelo de formação de especialistas necessário para o Brasil. A resistência de alguns setores, mais notadamente das entidades médicas (que compõem metade dos assentos

da CNRM), em entender a necessidade de expansão das vagas de residência, tem gerado dificuldade em atingir as metas do programa, especialmente a referente à universalização da residência e à viabilização da MFC como especialidade prioritária. Nota-se que houve uma mudança no discurso das entidades médicas, que se voltou para uma alegada perda de qualidade da residência com o PMM a partir do momento em que perderam o debate público sobre a vinda de médicos estrangeiros<sup>23</sup>.

Cabe, ainda, ressaltar que as disposições para a formação são entendidas enquanto iniciativas fundamentais para tratar da necessidade de médicos no Brasil a longo prazo<sup>4</sup>, incluindo a meta de chegar a 2,6 médicos por mil habitantes em 2026. O processo de expansão de vagas de graduação e residência do PMM tem como objetivo formar médicos para substituir as ações de provimento com médicos estrangeiros. Esse planejamento levou, inclusive, à denominação do eixo de provimento como emergencial.

Com base nesse planejamento, foi iniciada uma diminuição do número de ingressos no provimento por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) a partir de 2015, com o redirecionamento de sua supervisão para estimular a criação de vagas de RMFC<sup>24</sup>, e foi publicada a resolução nº 2 de 2015 da CNRM, na qual o egresso de RMFC passou a ter pontuação adicional de 10% para ingresso em outros programas de residência. Além disso, a Programação Anual de Saúde de 2016 estabeleceu metas mais expressivas de aumento da residência, sem incluir metas de aumento de provimento. Esperava-se, assim, contar cada vez mais com preceptores, residentes e egressos da RMFC nas ESF e menos com médicos recrutados por edital do PMM.

### **Escolha da MFC como especialidade prioritária no contexto do PMM**

Analisando o processo de definição da RMFC como especialidade prioritária, pode-se identificar no contexto alguns elementos que exerceram influência para o tema da AB se tornar uma agenda de governo. É possível remontar sua origem no modelo de atenção implantado na Inglaterra a partir de 1920, com o Relatório Dawson. Em 1978 a Organização Mundial da Saúde realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Essa conferência apontou para a organização da atenção primária enquanto condição para o alcance do maior nível de saúde da população<sup>25</sup>.

No Brasil, a AB instituiu-se a partir da implantação dos primeiros centros de saúde em 1924 e da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) na década de 1940, voltado às áreas de extração da borracha, de maior relevância econômica, ampliando-se nas décadas de 1950 e 1960 para outras regiões do país. Outros programas pontuais seguem, até que em 1988 a Constituição Federal (CF) aponta para as diretrizes que orientam a AB em seu texto constitucional<sup>26,27</sup> e, a partir de então, destaca-se a criação do Programa de Saúde da Família em 1994, constituindo-se em estratégia principal para reorganizar os sistemas municipais de saúde com ênfase na reorganização da atenção à saúde, além do enfoque nas famílias e comunidades e na integração da atenção com a promoção da saúde<sup>28</sup>.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas tivessem assegurado o direito a uma ESF. O Plano Nacional de Saúde 2012/2015 do MS apontava como estratégia fundamental

a organização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que devem ser ordenadas pela AB. Assim, a expansão e a qualificação da AB, organizada pela Estratégia de Saúde da Família, fazem parte do conjunto de prioridades apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa modalidade de atenção orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Entende-se que a necessidade de formar médicos que estejam bem preparados para atuar na AB é uma prerrogativa para a consolidação do modelo de atenção proposto para o SUS. Assim, fundamentado no artigo 200 da CF, que confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, o PMM definiu a MFC como especialidade central na formação dos especialistas do país, de modo que os médicos sejam formados em uma especialidade que os prepara para a prática do cuidado integral e humanizado, com a capacidade de compreensão do contexto pessoal, familiar e comunitário dos cidadãos. Sabe-se ainda que a presença de especialistas e de processos formativos nos serviços de AB melhora o cuidado com a população e a sua satisfação com o serviço<sup>28</sup>. Estudo recente aponta para uma maior redução de Internações por causas sensíveis à atenção primária em equipes com médicos especialistas em MFC<sup>29</sup>.

A janela de oportunidade apresentou um conjunto de condições favoráveis, como a entrada de novos temas nas agendas governamentais e de decisão, que acontece quando os fluxos de problemas, de soluções e políticos se convergem<sup>30</sup>. Destaca-se que, para essa proposta, além do momento político favorável às mudanças, da pressão e mobilização de grupos pela necessidade de médicos e fortalecimento da AB, os avanços garantidos pela ampliação da AB em indicadores de saúde, a viabilidade técnica e o orçamento, enquanto instrumento influenciador e coordenador de políticas, foram fundamentais para a viabilização do plano de governo nas fases de formulação e tomada de decisão.

### **Trajetória de implantação da proposta de universalização das residências médicas**

Considerando a necessidade de criação de um número importante de novas vagas de RMFC, foram pensadas estratégias diversificadas que foram debatidas com os gestores nas três esferas do SUS e com programas de gestão municipal de experiência exitosa na gestão de programas de RMFC. Fruto do debate entre esses atores, foram propostas estratégias em três âmbitos: expansão de vagas pelas instituições de ensino superior (IES) em parceria com municípios; expansão de vagas de RMFC pelos gestores municipais, estaduais e escolas de Saúde Pública; e criação de vagas no Programa Nacional de RMFC<sup>17</sup>.

A expansão de vagas pelas IES (criadas antes e após o PMM) junto com os municípios era tida como estratégia prioritária e abrangia diversos estímulos, como: financiamento de bolsas para as instituições; mudanças nos critérios de avaliação das instituições para induzir a criação de vagas de residência para todos egressos, com pelo menos 70% de RMFC; obrigatoriedade de criação de vagas de RMFC para os novos cursos de Medicina privados selecionados por edital; e portaria de incentivo financeiro de estrutura e custeio para as IES que criarem ou ampliarem vagas de residência.

A expansão de vagas de RMFC pelos gestores municipais, estaduais e escolas de Saúde Pública tinha diversos incentivos, tais como bolsa do residente paga pelo MS, financiamento da ESF criada com residente, formação de gestores de programas de residência, formação de preceptores de programas de residência (com concessão de bolsa) e mecanismos de fixação do profissional ao término da residência.

Já a criação de vagas no Programa Nacional de RMFC (que foi desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição em parceria com o MS) partia da definição de municípios onde a vaga do PMM se transformaria em programa de residência, com o supervisor desempenhando apoio em educação a distância ao preceptor local, que desenvolve atividades presencialmente. Esse programa exigiu a criação de uma normativa nacional específica, representando uma estratégia inédita, respaldada pela CNRM, ao possibilitar o desenvolvimento da residência em outros estados além dos que sediavam a RMFC como apoio da gestão local.

Destaca-se nesse cenário o lançamento de edital do Pró-Residência específico para PRMFC e a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores (PNFP) para os PRMFC como medidas para subsidiar essas três estratégias<sup>2</sup>.

Outro marco para a RMFC é a Resolução nº 1 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que regulamenta os requisitos mínimos para os programas de RMFC. Ela foi debatida e formulada pela Câmara Técnica de Atenção Básica, espaço específico para pensar a formação na AB criado na CNRM em 2014 e constituído por diversas representações de instituições de ensino, trabalhadores e gestores do SUS. Essa resolução estabeleceu quais competências são essenciais para a formação na MFC e dispôs sobre parâmetros que consideravam a realidade da AB no Brasil e a necessidade de expansão da RMFC.

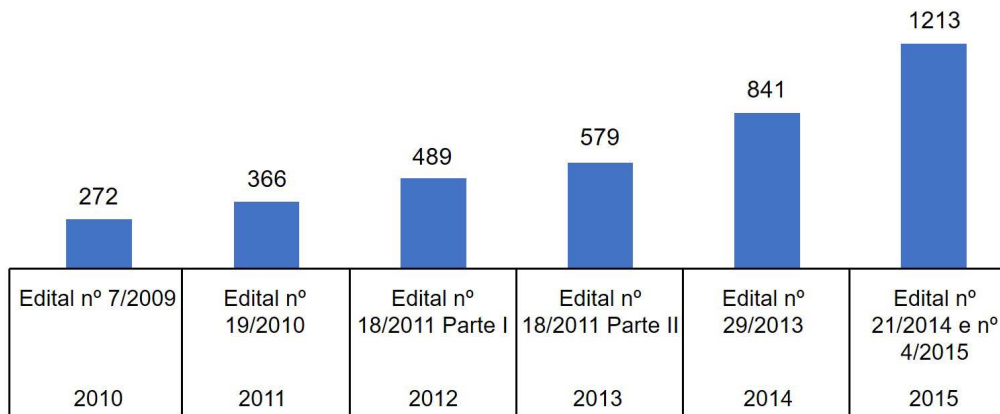
Apesar dos esforços de universalização das vagas, avalia-se que a CNRM não avançou no formato de regulamentação dos programas de residência médica para os quais a RMFC seria pré-requisito de ingresso, nem determinou qual o tempo necessário para ingressar em outras especialidades<sup>5</sup>. Tal lacuna regulatória limita avanços na formação de especialistas médicos em todas as áreas, orientados pela AB, para atuação nas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS<sup>31</sup>.

## **Expansão da residência e ocupação de vagas de RMFC**

No início de 2013, ano de criação do PMM, já ocorreram modificações no Pró-Residência como o incentivo à expansão de vagas por meio do pagamento de bolsas para vagas pré-existentes de residência médica financiadas por outras fontes pagadoras, situação na qual, a cada duas novas vagas criadas pela instituição, uma vaga já existente passava a ser financiada pelo MS<sup>4</sup>. Outra iniciativa foi a Portaria nº 1.248/2013<sup>32</sup>, que definiu incentivos para custeio, reforma e ampliação de serviços das Redes de Atenção à Saúde dos PRMFC, contemplando 22 instituições públicas estaduais, municipais e distrital, bem como hospitais privados sem fins lucrativos e 13 instituições federais vinculadas ao MEC.

O processo de expansão do financiamento de bolsas de RMFC pelo Pró-Residência foi intensificado após a criação do PMM. A figura 1 demonstra que, entre 2010 e 2015, houve a criação de 1.213 bolsas financiadas na especialidade, sendo 634 vagas (52,3%) apenas nos últimos dois anos. O maior número de vagas criadas foi em 2015, sendo

produto da publicação dos resultados de dois editais de concessão de bolsas pelo MS, um deles exclusivo aos programas interessados na abertura de vagas de RMFC.



**Figura 1.** Cumulativo de bolsas de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade financiadas pelo Pró-Residência/MS, 2010-2015, Brasil.

Fonte: DEPREPS, 2015.

Com esses esforços, o MS passou a ter papel ainda mais decisivo no financiamento da residência médica e viabilizou a criação de vagas em especialidades e em regiões que antes careciam dessa oferta de formação.

Analisando na tabela 1 as vagas autorizadas por estado, no período de 2013 a 2015, é possível verificar que as regiões Nordeste e Norte, que apresentam déficits históricos de vagas, obtiveram um bom percentual de crescimento da relação vaga de residência por cem mil habitantes após a criação do PMM. As regiões Sul e Sudeste, polos de formação de especialistas para o país<sup>6</sup>, obtiveram um aumento de 34% e 26%, respectivamente. O Centro-Oeste, apesar de ter tido um aumento inferior às demais regiões, expandiu em 15% suas vagas nesse período. Estados com baixa relação vagas de residência por habitante – como Tocantins (103%), Rondônia (93%), Espírito Santo (86%), Piauí (80%), Sergipe (65%), Maranhão (64%) e Paraíba (63%) – apresentaram crescimento superior a 50% nessa relação, conforme destacado na figura 2. Tais dados demonstram que as medidas adotadas no período para indução da formação de especialistas no Brasil têm atingido regiões prioritárias.

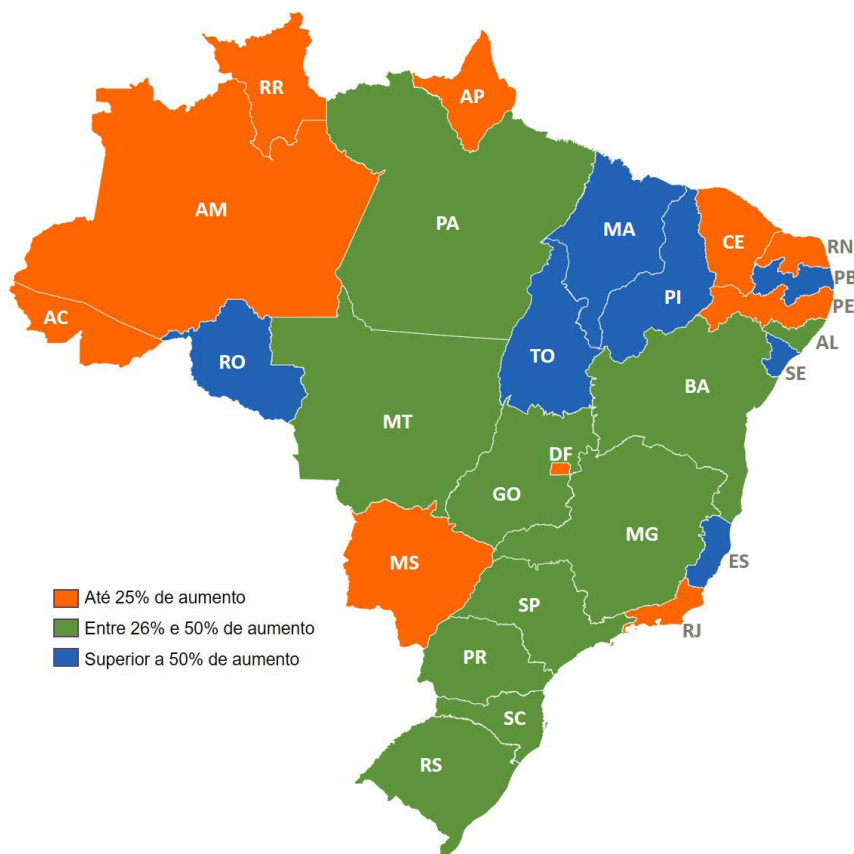
Dados disponíveis no SisCNRM até o primeiro semestre de 2016 demonstram que, a partir da implantação do PMM, as ações de fomento à residência induziram a abertura de um total de 6,7 mil vagas autorizadas pela CNRM, representando uma taxa anual de abertura de mais de 2.200 vagas ao ano. Uma quantidade importante, mas que não atinge a meta estabelecida pela Lei<sup>10</sup>. Salienta-se que o planejamento para a expansão de vagas de residência previa um aumento progressivo da taxa de crescimento anual, até atingir a criação de 12.400 vagas em 2018, considerando que, para uma expansão com qualidade, era necessário nos primeiros anos formar preceptores, fortalecer parcerias com a rede de serviços e envolver gestores do SUS, fazendo assim com que o ritmo de crescimento esperado fosse superior nos anos subsequentes.

**Tabela 1.** Vagas de residência e relação vaga de residência por 100.000 habitantes, por unidade da federação e macrorregião do Brasil, 2013 e 2015.

Região/UF	Vagas de residência		Relação vaga de residência por 100.000 habitantes	
	2013	2015	2013	2015
Acre	47	52	6,05	6,47
Amazonas	188	221	4,94	5,61
Amapá	34	37	4,63	4,83
Pará	221	300	2,76	3,66
Rondônia	36	71	2,08	4,02
Roraima	42	46	8,61	9,10
Tocantins	37	77	2,50	5,08
<b>Norte</b>	<b>605</b>	<b>804</b>	<b>3,56</b>	<b>4,59</b>
Alagoas	106	141	3,21	4,22
Bahia	587	839	3,90	5,52
Ceará	551	613	6,28	6,88
Maranhão	87	145	1,28	2,10
Paraíba	140	231	3,58	5,82
Pernambuco	637	801	6,92	8,57
Piauí	63	114	1,98	3,56
Rio Grande do Norte	156	194	4,62	5,64
Sergipe	83	140	3,78	6,24
<b>Nordeste</b>	<b>2410</b>	<b>3218</b>	<b>4,32</b>	<b>5,69</b>
Distrito Federal	551	598	19,75	20,52
Goiás	293	380	4,55	5,75
Mato Grosso do Sul	187	217	7,23	8,18
Mato Grosso	111	153	3,49	4,69
<b>Centro-Oeste</b>	<b>1142</b>	<b>1348</b>	<b>7,62</b>	<b>8,73</b>
Espírito Santo	160	304	4,17	7,74
Minas Gerais	1625	2224	7,89	10,66
Rio de Janeiro	2106	2379	12,87	14,37
São Paulo	5340	6945	12,23	15,64
<b>Sudeste</b>	<b>9231</b>	<b>11852</b>	<b>10,93</b>	<b>13,82</b>
Paraná	887	1215	8,07	10,88
Rio Grande do Sul	1233	1619	11,04	14,39
Santa Catarina	411	605	6,20	8,87
<b>Sul</b>	<b>2531</b>	<b>3439</b>	<b>8,79</b>	<b>11,77</b>
<b>Total</b>	<b>15919</b>	<b>20661</b>	<b>7,92</b>	<b>10,10</b>

Fonte: DDES e DEPREPS, 2015.

Considera-se ainda que, com essas ações, torna-se possível vislumbrar a universalização de vagas de residência médica para os egressos da graduação. Com a universalização das vagas, a Lei<sup>10</sup> normatiza que todos os médicos que ingressam na residência cursarão pelo menos um ano de RMFC, mantendo-se uma possibilidade com pequeno quantitativo de vagas para se inserir em outras nove especialidades de acesso direto – Genética Médica; Medicina do Trabalho; Medicina do Tráfego; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia e Radiologia.



**Figura 2.** Percentual de crescimento da relação vagas de residência por 100.000 habitantes entre 2013 e 2015.

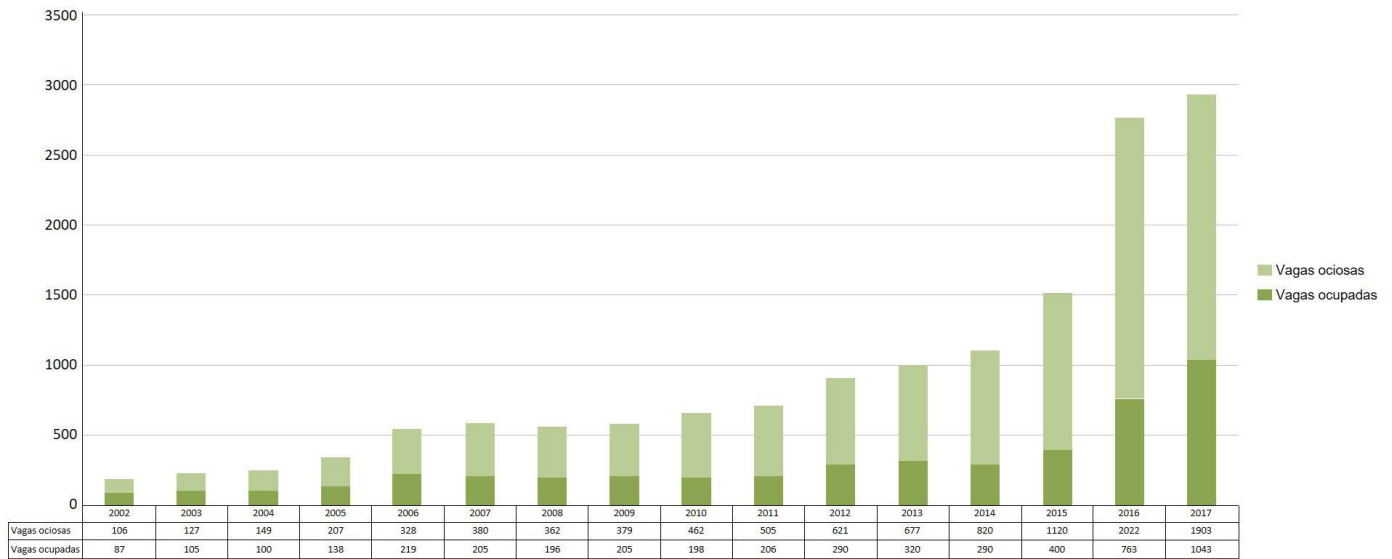
Fonte: DDES e DEPREPS, 2015.

No que se refere à ocupação de vagas em RMFC, conforme Figura 3, o número de residentes no ano de 2017 era 11 vezes maior do que em 2002, mas ainda muito abaixo da necessidade de especialistas em MFC no país. Além do desafio da expansão de vagas de RMFC, havia ainda uma preocupação quanto à ocupação dessas vagas pelos egressos de Medicina. A taxa média de ocupação durante o período foi de 34,6% e apresentava uma tendência de queda, chegando a 26,1% em 2014. Entende-se que a ociosidade é motivada por diversos fatores, entre eles a própria necessidade de mudança curricular dos cursos de Medicina que ainda tem pouca vivência na AB. Mesmo assim, a ociosidade não é entendida como um motivo para limitar a expansão, considerando a possibilidade de preenchimento das vagas em curto espaço de tempo à medida que forem implantadas as medidas regulatórias e ocorra a expansão da graduação, conforme parece ocorrer a partir de 2017 com um aumento na taxa de ocupação aos patamares habituais e a existência de 1.043 residentes, número 36,7% maior do que 2016.

Um estudo interno realizado em 2014 pelo DEPREPS com vinte programas de RMFC apontou alguns fatores que poderiam influenciar a ocupação das vagas da especialidade no Brasil, sendo eles: a complementação da bolsa federal por parte dos estados e municípios; a vinculação com instituição formadora; a estruturação da rede de serviços de saúde; a oferta de incentivos educacionais pela instituição aos residentes,



a exemplo de cursos de formação e mestrado; a atratividade do município; a disponibilidade de preceptores de MFC; e a articulação com a residência multiprofissional. A escolha dos programas estudados teve como base o estudo realizado por Storti<sup>2</sup>. No entanto, a temática ainda demanda novos estudos que aprofundem a análise desses e de outros fatores de atratividade e ocupação das vagas de RMFC, sobretudo, da expectativa dos que ainda cursam a graduação em Medicina.



**Figura 3.** Vagas totais e vagas ocupadas de PRMFC no Brasil, 2002 a 2017.

Fonte: SisCNRM, 2017.

### Experiências já existentes e a *expertise* acumulada na formação de preceptores

A formação de preceptores é prioridade na agenda das residências em Saúde desde 2003, por meio de pactuação entre o MS e o MEC. As inovações relacionadas à mudança na formação e no trabalho em saúde, a partir da criação da SGTES, impulsionam iniciativas como o desenvolvimento da RMFC.

A formação de preceptores passa a ser uma demanda estratégica para o desenvolvimento das metas do PMM. Corrobora-se, portanto, com a ideia que cabe à área da formação um lugar central e finalístico junto com as políticas de saúde<sup>33</sup>.

Em resposta às necessidade do SUS, erige-se o compromisso de formar profissionais capazes de identificar problemas e construir soluções conjuntas com os indivíduos e comunidades, trabalhando em equipes multiprofissionais, de forma interprofissional, formulando saberes interdisciplinarmente, a partir de práticas integrais e humanizadas. Esse é o perfil desejável ao residente, o que demanda a atuação de preceptores e docentes qualificados. Muito mais do que técnicos, quer se formar cidadãos conscientes de seus potenciais sociais e sujeitos críticos capazes de identificar problemas, com capacidade de enfrentamento para a busca de soluções<sup>34</sup>.

Muitos são os desafios que envolvem o ensino-aprendizagem na formação em preceptoria no SUS. A construção do perfil do preceptor e a experimentação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem – que desafiam e instigam a participação do residente e envolvem os trabalhadores das equipes de saúde, mobilizando saberes e fazeres – concedem o diferencial necessário para o exercício da prática profissional desejada pelo SUS e que vem sendo apontada nas principais tendências de mudanças na formação em Saúde<sup>33</sup>.

O PNFP faz parte do escopo de estratégias voltadas a essa mudança. Criado em 2015, propõe o aumento do número de profissionais capacitados para apoiar a formação da RMFC e teve como meta a formação de mais de dez mil preceptores até 2018, de forma a atingir um quantitativo de 14,2 mil profissionais formados, considerando o que foi acumulado anteriormente. Durante o processo formativo, o residente tem a possibilidade de aderir à especialização em preceptoria, realizada de forma concomitante à residência, qualificando-os nas dimensões pedagógicas e permitindo, após a conclusão, atuar como preceptor.

O principal objetivo do PNFP é garantir a oferta de médicos preceptores aos PR-MFC, com formação específica em preceptoria, em quantidade e qualidade suficientes para garantir a expansão da MFC no Brasil. O plano se propõe a qualificar a formação médica no Brasil, garantindo maior experiência prática; capacitar o médico-residente como multiplicador no aprimoramento da AB; fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, integrando os médicos à formação e aperfeiçoamento ensino-serviço; ampliar a compreensão médica das políticas públicas de saúde do Brasil e sobre os mecanismos de funcionamento do SUS; incentivar a prática de pesquisas no campo da AB; e desenvolver a educação médica integrando ensino, serviço e comunidade, produzindo e sistematizando conhecimento<sup>2</sup>.

A implementação do PNFP propõe beneficiar os municípios, os programas de residência, os profissionais da rede de AB e, principalmente, os usuários do SUS. A troca de conhecimentos, a ampliação da formação em RMFC e a inserção do médico-residente-especializando em preceptoria médica na AB dos municípios que aderirem ao PNFP fortalecem a rede de atenção e promoção da saúde em benefício da população<sup>2</sup>.

A aposta da formação em serviço, nas modalidades RMFC e especialização em preceptoria, são inovações contemporâneas ao fortalecimento imediato do SUS e imprimem mudanças na formação em saúde que, em curto e médio prazo, impactarão na formação médica e na MFC no Brasil.

Para a realização de mudanças na formação em Saúde em prol da educação em serviço, fazem-se necessárias transformações das organizações dos serviços, que se abrem para acolher a RMFC, e dos processos de formação, no apoio e organização pedagógica da formação de médicos-residentes e preceptores, perpassando as práticas multiprofissionais. Saúde e Educação são setores complementares, implicados e integrados, que refletem-se na prática. Quando esses campos não se integram, demonstram as fragilidades dos aparelhos formadores e dos órgãos responsáveis pelos serviços de saúde, desconectando o objeto da formação e da atenção em saúde que tem o foco no usuário<sup>34</sup>.

A formação de preceptores à RMFC possui então lócus privilegiado nas políticas de saúde e assim deve ser compreendida por governantes, trabalhadores, formadores e sociedade em geral. O campo da educação na Saúde deve assegurar real diálogo entre os setores da Saúde e Educação, potencializando, dentro da gestão da Saúde, o debate da formação e, dentro da gestão da Educação, a garantia do debate da Saúde<sup>35</sup>.

## Conclusão

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM induziu a ampliação das vagas de residência médica em regiões vulneráveis do país e em especialidades prioritárias. Além disso, desencadeou ações estruturantes como o PNFP e o Cadastro Nacional de Especialistas.


Apesar desses resultados, permanecem desafios para a expansão e ocupação de vagas em áreas estratégicas para o SUS como a AB. Caso a expansão da residência não aconteça a contento, com o seguimento das ações estruturantes do PMM, é possível que não se consiga prover médicos qualificados na Atenção Básica, mantendo a necessidade de médicos estrangeiros na periferia de grandes cidades e em áreas remotas. O processo de expansão, durante o período estudado, não foi suficiente para reverter completamente as desigualdades regionais na oferta de vagas de residência, demandando ainda atenção.

Além disso, o eixo de formação do PMM apresenta inovações regulatórias importantes para o setor Saúde e que podem ser expandidos para outras profissões. Os dispositivos estabelecidos visam um melhor dimensionamento e planejamento da força de trabalho, possibilitando assim uma formação vinculada às necessidades em saúde e um equilíbrio entre oferta e demanda por profissionais.

O Brasil precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar a sua formação para poder responder às razões que exigiram a criação do PMM e para que o país possa avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito a uma saúde de qualidade por meio de um sistema público, gratuito, universal, integral, equânime e com participação popular.

### Autores (continuação)

**Maria Martins Alessio<sup>(9)</sup>**

<maria.alessio@saude.df.gov.br> 

### Contribuições dos autores

Felipe Proença de Oliveira, Cássia de Andrade Araújo, Odete Messa Torres, Alexandre Medeiros Figueiredo e Priscilla Azevedo Souza participaram da concepção e delineamento do trabalho e da redação do manuscrito. Francisco Arsego de Oliveira e Maria Martins Alessio participaram da discussão dos resultados e da revisão crítica do conteúdo. Todos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-7. doi: 10.1056/NEJMra1111610.



2. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1301-14.
3. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(1):136-46.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Petta HL. Descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1):72-9.
6. Alessio MM. Análise da implantação do programa mais médicos. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
7. Scheffer MC. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015. v. 1.
8. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JTR. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
9. Alessio MM, De Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
11. Trindade TG, Batista SR. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2667-9.
12. Norman AH. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(30):1-2.
13. López-Valcárel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020 [Internet]. Las Palmas; 2011 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health workforce policies in OECD countries [Internet]. Paris: OECD; 2016 [3 Out 2018]. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries\\_9789264239517-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en). doi: <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
15. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103-12.
16. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
17. Ministério da Saúde (BR). Oficina de residências em medicina geral de família e comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Viana AL. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, editor. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1997. p. 204.



19. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: Rico EM, editor. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 256.
20. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMÁV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:60-73.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2013: OECD indicators* [Internet]. Paris: OECD; 2013 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
22. Associação Médica Brasileira. Sobre o Decreto 8497/2015 [Internet]. São Paulo: AMB; 2015 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/sobre-o-decreto-84972015/>
23. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1103-14. doi: 10.1590/1807-57622016.0363.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. Edital nº 10, de 26 de Abril de 2016. Edital de Seleção de Instituições Supervisoras para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 26 Abr 2016.
25. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
26. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
27. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-53. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.
28. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9):1772-84.
29. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017; 7(12):e015322.
30. Oliveira APC, Poz MRD, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(2):1-16.
31. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1217-28. doi: 10.1590/1807-57622016.0607.
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Jun 2013.
33. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.



34. Torres OM. “Memórias inventadas”: o portfólio como ferramenta de ensino-aprendizagem. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; 2017.
35. Torres OM. O “Teatro Mágico” das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública [tese]. São Paulo: UNIFESP; 2015.

---

The More Doctors Program (PMM) was created in 2013 to address problems such as the insufficient number and unequal distribution of doctors, and their inadequate education profile to fulfill the population needs. Among other axes, it proposes changes in medical education, including the rearrangement and expansion of residency, suggesting one seat for every medical course graduate. This study reflects upon the elements that were essential to propose and implement changes in medical residency through PMM. The following advances were identified: better distribution of residency seats across Brazil; diversification of universalization strategies; regulations for residency seats focused on Family and Community Medicine; and preceptorship qualification. The conclusion section presents the challenges faced by the required institutional effort to maintain PMM's actions in order to regulate residency and expand actions to other professions.

**Keywords:** Primary care. Medical education. Medical residency. More Doctors Program.

---

El Programa Más Médicos, creado en 2013, buscaba enfrentar problemáticas como la insuficiencia y mala distribución de médicos y el inadecuado perfil de formación para las necesidades poblacionales en Brasil. Sus ejes buscan cambios en la formación médica, reorganización y ampliación de residencias, y proponer una plaza para cada egresado del curso de medicina. Este artículo analiza documentación, bases de datos oficiales y revisa la literatura buscando evaluar propuestas y objetivos alcanzados por el programa en las residencias. Se identificaron avances importantes en: la distribución de plazas de residencia en las regiones del país, la interiorización de la formación, la regulación de las plazas de residencia médica con enfoque en medicina de familia y comunidad y la cualificación de la preceptoría. La conclusión señala los desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

**Palabras clave:** Atención básica. Educación médica. Residencia médica. Programa Más Médicos.

Submetido em 09/02/18.  
Aprovado em 01/10/18.

### Percepções dos médicos sobre a educação a distância e a contribuição da especialização em Saúde da Família

Doctors' perceptions on distance education and contribution of Family Health specialization (abstract: p. 15)

Percepciones de los médicos sobre la educación a distancia y la contribución de la especialización en Salud de la Familia (resumen: p. 15)


**Diego Menger Cezar<sup>(a)</sup>**

<diegomcezar@gmail.com> 


**Adriana Aparecida Paz<sup>(b)</sup>**

<adrianap.ufcspa@gmail.com> 


**Márcia Rosa da Costa<sup>(c)</sup>**

<marciarc.ufcspa@gmail.com> 

**Maria Eugênia Bresolin Pinto<sup>(d)</sup>**

<meugeniap2@gmail.com> 

**Cleidilene Ramos Magalhães<sup>(e)</sup>**

<cleidilene.ufcspa@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Pós-Graduando do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (mestrando), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico. Porto Alegre, RS, Brasil. 90050-170.

<sup>(b, c, d, e)</sup> UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil.

Este artigo situa-se no contexto do Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil. Buscou conhecer a percepção sobre a educação a distância (EAD) e as contribuições no cotidiano das práticas de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Por meio de abordagem qualitativa e do uso da metodologia de grupos focais, contou com a participação de médicos do PMM, alunos do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Os resultados indicam que, embora a EAD ainda seja uma novidade para a maioria dos profissionais participantes do PMM, isso não foi um fator impeditivo para a identificação das potencialidades nessa modalidade de ensino, contribuindo para a formação e para a qualificação das práticas cotidianas dos profissionais, tanto em relação a sua atuação clínica individual quanto na condução do trabalho em equipe.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Educação a distância. Educação permanente em saúde.

## Introdução

No Brasil, ao longo das últimas três décadas, tem-se buscado o avanço da universalização e a melhoria da condição do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o desenvolvimento de iniciativas pactuadas na área da Saúde e da Educação. Logo, não é possível pensar no avanço da saúde sem pensar na integração com a educação, tanto no que se refere às práticas educativas para a população quanto à Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais desta área.

Saúde é direito universal garantido na Constituição Federal do Brasil de 1988. Desde então, busca-se garantir esse direito com a proposição e manutenção de tecnologias e práticas do SUS, que, assim como outros sistemas de saúde de diversos países, tem dificuldades na sua operacionalização, devido a problemas com escassez e má distribuição de profissionais de saúde no seu território. Situações como o déficit de médicos, principalmente, na Atenção Primária em Saúde (APS), são recorrentes e agravadas por um perfil de formação que muitas vezes não atende às necessidades de saúde da população. Essa condição dificulta o desenvolvimento das ações preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção fundamental para expansão e consolidação da Atenção Básica<sup>1,2</sup>.

Muitas iniciativas têm sido desenvolvidas ao longo dos últimos anos, buscando a efetivação do SUS como um sistema de saúde bem-sucedido, resolutivo e de fácil acesso. Entre as diversas políticas e programas existentes, a Política Nacional de Atenção Básica<sup>3</sup> merece destaque e direciona a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da Atenção Básica. Tal política considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como equivalentes.

Historicamente, o provimento e a distribuição de médicos no território brasileiro não acompanharam o crescimento e a necessidade da população. O Brasil é um país de dimensões continentais, com realidades distintas, motivo pelo qual se aumenta a dificuldade de fixação de profissionais médicos em diversas regiões, especialmente nas localidades que estão distantes dos grandes centros populacionais. Isso posto, evidencia-se a necessidade de se pensar em estratégias, por meio de políticas públicas e programas, que tenham objetivo de induzir a formação e a distribuição de profissionais que possam proporcionar um nível de saúde elevado, de acordo com os preceitos contidos na legislação do SUS.

Seguindo a premissa da necessidade de reduzir a carência de médicos na APS e a desigualdade da distribuição dos profissionais nas regiões do país, o Ministério da Saúde (MS), em 2013, instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa apresentou uma previsão de duração de três anos, com possibilidade de prorrogação, constituído de três dimensões de atuação: melhoria da estrutura física da rede de Atenção Básica em saúde; reformas educacionais das escolas de Medicina e residência médica; e o provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS<sup>4</sup>.

Nessa perspectiva, uma das dimensões do programa comporta, também, a formação de médicos na área de Atenção Básica, mediante integração ensino-serviço. Há, inclusive, formação por meio de intercâmbio internacional e qualificação por meio da EPS, bem como cursos de pós-graduação na modalidade *stricto sensu* em Atenção Básica e Saúde da Família.

De fato, o MS também tem investido esforços para proporcionar ofertas educativas por meio da modalidade da EAD. Como estratégia nacional, apresentou-se a criação



de uma rede nacional de cooperação: a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Instituída em 18 de junho de 2008, é formada por instituições públicas de ensino, que oferecem cursos de curta duração e de especialização *lato sensu*, utilizando como uma das suas principais ferramentas a modalidade de EAD<sup>5</sup>.

Portanto, este estudo objetivou conhecer a percepção sobre a EAD dos participantes de um curso de especialização em Saúde da Família, oferecido no âmbito da UNA-SUS, e identificar em que medida isso reverbera em mudanças no cotidiano das práticas profissionais de médicos participantes do PMM no estado do Rio Grande do Sul.

## Contextualização

Com o propósito de qualificar a estrutura e os recursos humanos para o SUS, assim como de prover profissionais para a APS, que em seu processo histórico sofre com o déficit de profissionais, o PMM surge com o objetivo de assegurar a presença de médicos nas equipes de saúde da APS, essencialmente em localidades distantes de centros populacionais, tendo a participação de médicos de diversas nacionalidades<sup>4</sup>.

Além do incremento em estrutura e do provimento de profissionais, uma das finalidades do PMM é o aperfeiçoamento dos médicos na APS mediante a oferta de curso de especialização por instituições públicas de educação superior, com a proposta de desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Os participantes do referido programa são considerados bolsistas, sendo matriculados em uma instituição de ensino superior vinculada à UNA-SUS, para ter acesso aos cursos de aperfeiçoamento e especialização *lato sensu*. No fim de dezembro de 2015, o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde apontou que, do total de 11.404 médicos do PMM, 10.115 (88,70%) concluíram ou estavam cursando a especialização<sup>6</sup>.

A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) é integrante da rede UNA-SUS e ofertou um conjunto de recursos educacionais aos participantes do PMM, como o curso de especialização, de caráter obrigatório e requisito para permanência no programa. O curso, com carga horária de 360 horas, é organizado em dois eixos, com a abordagem de temas pertinentes à organização do SUS e da APS. É acessado por meio de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), no qual estão disponíveis recursos audiovisuais, materiais de apoio e referenciais teóricos atualizados. Seu produto final consiste em um portfólio reflexivo organizado em cinco capítulos, com temas indicados previamente, no qual o aluno é convocado a relatar sua experiência ou prática de acordo com os conteúdos trabalhados durante a trajetória do curso.

Dentre as orientações do PMM, destaca-se a EPS, em que os profissionais devem organizar a carga horária semanal das atividades profissionais, com oito horas para dedicação aos estudos teóricos, e ser submetidos às avaliações posteriormente. O Eixo Formação do PMM é uma etapa importante na busca por mudanças no perfil profissional para a qualificação de recursos humanos no SUS. O objetivo da formação complementar, então, é proporcionar conhecimentos essenciais e necessários à atuação no contexto da APS brasileira. Dessa forma, a modalidade de EAD foi a estratégia definida, pois possibilita alcançar a formação e a qualificação desses profissionais em todo o território brasileiro<sup>7</sup>.

O cotidiano da atuação dos profissionais da saúde é dinâmico, o que exige gerenciamento de seu tempo para buscar e manter a qualificação profissional e acadêmica à luz da EPS. Todavia, não existe mais a necessidade de frequentar presencialmente a sala de aula regular, o que poderia ser um fator desfavorável quando se tem uma rotina intensa de trabalho. Assim, novos métodos de ensino-aprendizagem surgem para discutir esse paradigma em relação ao modelo educacional formal e tradicional, como a prática da modalidade EAD.

A modalidade de EAD permite atingir um grande número de pessoas distribuídas em diversas localidades. A partir daí, proporciona ao profissional a aquisição do conhecimento, permitindo que demonstre capacidade crítico-reflexiva, habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções<sup>8</sup>. Possibilita, também, que sejam utilizados novos conteúdos, práticas pedagógicas e recursos didáticos que estimulem e facilitem a produção de conhecimento a partir da autoaprendizagem. Aliado a isso, nota-se o aumento da disponibilidade de recursos educacionais de livre acesso, efetivando a democratização dos processos de EPS para os profissionais e contribuindo para estabelecer espaços de discussão e socialização sobre os conceitos abordados nesses processos.

Considerando as possibilidades da EAD e das tecnologias de comunicação e informação, pode-se trabalhar o desenvolvimento profissional e humano, por meio do uso de mídias variadas, bem como tecer discussões significativas sobre temas necessários no cotidiano da APS. Logo, um dos elementos essenciais nessa modalidade é a comunicação, que é potencializada, dados os avanços tecnológicos que têm facilitado o acesso ao diálogo, conteúdo e informações em tempo real, em seu próprio local de atuação. Essa interatividade fomenta e fortalece o processo de ensino-aprendizagem virtual, na medida em que oportuniza a discussão dos conteúdos por meio dos recursos educacionais em multimídia que podem ser compartilhados, como dispositivos audiovisuais, videoaulas e conteúdos interativos<sup>9</sup>.

Para Dahmer<sup>5</sup>, a EAD representa uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais em países em desenvolvimento e de grande extensão como o Brasil, haja vista a facilidade de alcançar profissionais em regiões com menores recursos financeiros e distantes dos grandes centros urbanos. Essa modalidade acaba se tornando um meio que possibilita superar as carências da formação permanente dos profissionais da Saúde inseridos na APS, influenciando na reconfiguração das práticas profissionais. Nessa perspectiva, a EAD tem sido utilizada como possibilidade de educação, contribuindo para a redução da carência de formação na APS, propiciando o acesso ao ensino nas regiões afastadas dos grandes centros urbanos, onde está inserida grande parte dos profissionais participantes do PMM.

## Metodologia

A metodologia deste estudo baseou-se nos princípios da pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, com a participação de médicos integrantes do PMM que são alunos do curso de Especialização em Saúde da Família da UFCSPA/UNA-SUS. Os dados foram gerados durante o mês de agosto de 2017, quando ocorreu a apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos alunos de uma turma do estado do Rio Grande do Sul. Os critérios para participação no estudo foram: ser

aluno do curso de Especialização em Saúde da Família; residir e atuar no PMM no estado do Rio Grande do Sul; e assinar os termos de Autorização para Publicação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A obtenção de dados deu-se por meio da técnica de grupo focal, pela possibilidade de, na discussão em grupo com os participantes da pesquisa, conhecer diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Ademais, obteve-se uma riqueza de dados, por meio da discussão entre os demais participantes e da possibilidade dialógica no compartilhamento de informações, possibilitando ao grupo ir além das respostas de um instrumento fechado<sup>10</sup>.

Foram convidados, por e-mail e presencialmente, 48 alunos ativos e aptos para a apresentação do TCC, quantidade referente ao total de alunos de uma turma pertencente ao estado do Rio Grande do Sul. Desse número, 19 alunos tiveram a disponibilidade de participação. O convite por e-mail se deu pela possibilidade de envio da proposta do estudo previamente. Além disso, esse meio de comunicação é utilizado com frequência nos processos de EAD. O motivo de recusa de participação se deu pela indisponibilidade de tempo após a apresentação de TCC, visto que muitos profissionais deveriam retornar aos seus municípios de origem com o transporte disponibilizado pelas prefeituras.

As questões que foram introduzidas para a discussão nos grupos foram as seguintes: Quais são as facilidades e dificuldades que a modalidade EAD apresenta? Quais são as contribuições da EAD na prática profissional? Para o cumprimento ao anonimato, garantido aos sujeitos do estudo, foram-lhes atribuídos códigos "S", seguidos da numeração corresponde à ordem de registro da participação. Os encontros ocorreram na UFCSPA, com a divisão dos participantes em quatro grupos. Ocorreram ao todo quatro encontros, ou seja, um encontro com cada grupo, com a duração de uma hora e trinta minutos em cada sessão, sob a coordenação do pesquisador, e contaram com a participação de uma observadora e um assistente para auxílio no registro do áudio/vídeo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, sob o parecer nº 2.073.438. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os depoimentos obtidos foram gravados, transcritos e editados. A análise foi realizada com base no método da análise de conteúdo temática, visto que esta atende aos pressupostos da investigação qualitativa, possibilitando identificar e analisar temas a respeito de determinado assunto<sup>11</sup>. Desse modo, os resultados foram organizados segundo os seguintes temas: vantagens e facilidades da EAD, dificuldades da EAD e percepções e contribuições do curso de especialização na prática profissional.

## Resultados e discussão

Do total de participantes (n=19), nove (47,36%) eram de nacionalidade cubana, oito (42,12%) de nacionalidade brasileira, um (5,26%) de nacionalidade peruana e um (5,26%) de nacionalidade boliviana. Quanto ao país de formação na graduação em Medicina, 13 (68,42%) formaram-se em Cuba, quatro (21,06%) no Brasil, um (5,26%) na Argentina e um (5,26%) na Bolívia.

A figura 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo o município de atuação dos profissionais no Rio Grande do Sul.



**Figura 1** – Distribuição dos profissionais participantes segundo município de atuação. UNA-SUS – UFCSPA, 2017.

Do total de participantes ( $n=19$ ), 12 (63,15%) não possuíam nenhuma experiência na modalidade de EAD anteriormente. Referente ao acesso à internet, 13 (68,42%) possuíam disponibilidade de acesso no local de trabalho, e todos os 19 (100%) participantes tinham acesso à internet em seu domicílio.

### Vantagens e facilidades da Educação a Distância

Os diálogos nas sessões de grupo focal trouxeram, como primeiro ponto de destaque sobre a EAD, certo medo e desconhecimento da modalidade de ensino. A maioria dos profissionais estava em sua primeira experiência com a EAD e em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA):

Em Cuba eu não tive essa experiência. (S5)

No início foi muito difícil! A gente tinha alguns conhecimentos de informática, mas nunca teve a oportunidade de fazer um curso a distância, foi a primeira vez, por isso deu um pouco de trabalho, mas depois a gente foi perguntando e as coisas foram se ajeitando e deu tudo certo. (S9)

Esses relatos, na sua maioria, são atribuídos às características dos participantes da pesquisa, que refletem o perfil dos profissionais do PMM. Mais da metade dos participantes da pesquisa são médicos da cooperação entre Brasil e Cuba. Oliveira<sup>2</sup> apresenta que, entre todos os médicos contratados pelo PMM, 11.150 são oriundos da coopera-

ção, representando cerca de 80% do total dos participantes do PMM. Em alguns municípios, os cooperados representam 100% dos médicos que atuam na APS, enquanto em outras localidades equivalem apenas a 5% ou menos<sup>6</sup>. Em certas unidades de saúde, trabalham, conjuntamente, médicos brasileiros e de outras nacionalidades, o que potencializa e auxilia em momentos de trocas de informação, dúvidas e dificuldades no que tange às situações cotidianas e relacionadas à EAD. De fato, essa modalidade de ensino amplia as possibilidades de compartilhamentos e discussões dos conteúdos com a equipe no ambiente de trabalho.

Um dos aspectos elencados pelos profissionais foi a possibilidade de estudar em qualquer lugar. Isso tem relação com o perfil dos participantes do PMM, que, na sua maioria, são profissionais que migram para as cidades nas quais foram designados para atuar, porém, acabam por se movimentar em períodos de férias e recesso. Assim, podem continuar acessando o curso e realizando as atividades de formação em qualquer destino, também sem precisar de deslocamento para a instituição que promove o curso. Aliado a isso, o fato de ter o conteúdo disponível a qualquer momento faz com que os alunos tenham a possibilidade de organizar seu tempo e de construir o próprio plano de estudos, incentivado a proatividade do aluno:

Uma coisa favorável é que onde você está você consegue acessar o material, eu mesmo entrei de licença maternidade e optei por continuar o curso e consegui dar continuidade e o tempo que sobra tu consegue se organizar, acessar e realizar as tarefas. (S8)

Eu estou em uma cidade, viajo no final de semana para outra, então esta é uma vantagem de um curso de especialização a distância, e que você faz o *download* dos arquivos, e pela internet consegue continuar avançando. (S11)

O fato de estar afastado do local de atuação ou domicílio não se mostrou um fator impeditivo para que os alunos realizassem suas atividades ou se mantivessem em contato com os tutores e colegas. O uso de fóruns para troca de experiências propicia estar conectado com os colegas, dialogando em discussões propostas pelos tutores, de acordo com o conteúdo programático do curso. Rangel<sup>9</sup> destaca a interatividade presente nesses processos, com a possibilidade de os sujeitos participarem ativamente, compartilhando reações, experiências e discutindo conceitos e situações-problema.

Os alunos destacaram a variedade de recursos educacionais que podem ser utilizados na modalidade de EAD como um fator positivo. O curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela UFCSPA/UNA-SUS está organizado em dois eixos temáticos. No primeiro, são abordados conteúdos do campo de Saúde Coletiva; no segundo eixo, são trabalhados conteúdos voltados à prática clínica. Os conteúdos possibilitam estabelecer relações das experiências profissionais e da atuação no território. O projeto pedagógico do curso organizou seus eixos de conhecimento a partir de um trabalho de pesquisa e desenvolvimento multiprofissional, o que resultou em um conteúdo esteticamente agradável, buscando manter a atenção e estimular os alunos a se envolverem com os conteúdos, fundamentais à sua prática. Isso se reflete na fala dos participantes da pesquisa, ao citarem a qualidade e diversidade dos recursos educacionais<sup>4</sup>: "O curso

tem bastante material didático, o que mostra qualidade, os vídeos, as aulas, eu achei muito bom porque mostraram a realidade que nós vivemos" (S3).

O material pedagógico do curso busca utilizar o maior número de recursos educacionais, possibilitando que o processo de ensino-aprendizagem seja efetivo e atraente para os profissionais. Para tanto, é necessária a integração de diferentes áreas do conhecimento, resultando em uma construção conjunta, levando em consideração o conhecimento das áreas pedagógicas, de Design e da área da Saúde<sup>12</sup>. Isso resulta em um material que estimula os profissionais, e, como o relato a seguir, cria a possibilidade de utilização e compartilhamento com o resto da equipe de ESF:

De uma forma bem direta, até as tabelas apresentadas eu imprimia e mantinha na unidade. (S15)

Realmente o material eu aproveitava com a equipe, foi bastante útil. (S19)

Esses relatos demonstram que os objetos educacionais do curso também foram utilizados em processos de EPS, não apenas pelos profissionais médicos participantes do PMM, mas também por toda a equipe, especialmente os conteúdos que compõem o Eixo 1 – Campo de Saúde Coletiva. Isso se deve ao fato de que o material é direcionado a todos os profissionais de saúde que constituem a equipe na APS, visto que o conteúdo é de uso das áreas de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Mesmo com o desconhecimento da modalidade de EAD, houve o entendimento de que o processo educativo pode ser realizado em diversos momentos e o de que o compartilhamento dos materiais e recursos pode ser uma ferramenta para os processos de EPS.

A EAD apresenta diversas potencialidades, como sua utilização e incorporação aos processos de formação e de qualificação dos profissionais de saúde, principalmente em um país de grande extensão como o Brasil. Contudo, ainda existem obstáculos a serem superados, dentre os quais se destaca o desconhecimento dessa modalidade de ensino, já que 63,15% dos participantes desta pesquisa afirmaram estar em sua primeira experiência em EAD: "Então, foi uma experiência nova para nós. A gente tinha alguns conhecimentos da informática, essas coisas, mas nunca tivemos essa oportunidade de fazer um curso a distância em Cuba" (S3).

Para auxiliar na adaptação, o curso inicia com a oferta de um módulo de Introdução à EAD, em que o aluno é instrumentalizado e ambientado ao uso das ferramentas do AVA. Esse módulo tem como objetivo auxiliar o aluno nos primeiros momentos do curso, apresentando as ferramentas de comunicação e interação e colocando-o em contato com o tutor, personagem importante no processo de ensino-aprendizagem na modalidade EAD.

Nesse sentido, o papel da EAD é facilitar o acesso do aluno à informação, tornando-o mais proativo na formação acadêmica e profissional. No curso, cada aluno é um agente de sua própria formação e deve criar, dentro de certos limites, seu próprio perfil de aprendizado:

Tem a questão da proatividade, você tem que se dedicar um pouco mais. (S8)

Eu acho que educação a distância é boa. Mas depende também do estilo do aluno. (S9)

Um aspecto citado pelos alunos é que a experiência em um curso na modalidade de EAD possibilita uma maior reflexão do aluno em detrimento do ensino presencial, em que se pode recair em uma educação “bancária”, ou seja, o professor entrega e deposita o conteúdo sobre os alunos. Essa reflexão aponta para uma competência necessária ao processo de aprendizagem. Segundo Behar<sup>13</sup>, isso se deve à possibilidade de momentos de abstração, reflexão e análise crítica das situações, atividades e modos de agir no processo de ensino-aprendizagem<sup>12</sup>.

Acho muito interessante que a gente acaba refletindo muito mais do que no ensino presencial, em que o conhecimento acaba sendo um pouco absorvido, e nos permite fazer algumas reflexões sobre os conteúdos apresentados. (S10)

Desse modo, as facilidades da modalidade EAD se mostram motivadoras para os alunos, incentivando o diálogo, a troca de experiências e a utilização da plataforma em qualquer momento, possibilitando um melhor aproveitamento do tempo disponível, além do compartilhamento dos materiais e recursos educativos com os demais profissionais de saúde.

### **Dificuldades da Educação a Distância**

A dependência de uma boa conexão com a internet é um fator desfavorável, que comprometeu o acesso de alguns profissionais durante a realização do curso. Apesar de 100% dos participantes possuírem acesso, alguns profissionais trabalham em áreas mais distantes do centro das cidades, em zonas rurais, o que muitas vezes impossibilita o acesso ao curso no que se refere à qualidade de conexão para acompanhar os recursos como vídeos e animações.

Os profissionais participantes do PMM têm disponíveis oito horas semanais exclusivas para a realização das atividades de formação, consideradas como EPS. Porém, essa carga horária muitas vezes não foi suficiente para a realização de todas as atividades programadas para aquela semana, devido à qualidade da conexão. A participação em fóruns também exigiu frequência diária do aluno no AVA, para que tivesse um melhor acompanhamento das discussões do grupo de alunos e tutor.

Temos oito horas na semana para o curso, porém, eu tinha que entrar diariamente, pois começava as atividades e não terminava. (S2)

Outro ponto destacado pelos participantes é referente aos encontros presenciais durante a especialização. O curso prevê, em seu cronograma, um mínimo de três encontros presenciais, para provas e para apresentação do TCC. Muitos profissionais ressaltaram que, estando em municípios distantes da capital e da universidade, seria difícil incluir mais encontros presenciais para manter o acompanhamento da especialização. Outros acreditam que mais encontros presenciais poderiam auxiliar durante o curso, para a resolução de atividades e de dúvidas, principalmente em relação à dificuldade de se acompanhar um curso na modalidade EAD:

Eu acho que talvez o tempo foi muito largo entre os encontros no decorrer da especialização. (S7)

Foi bom, por exemplo, muitos de nós que moramos a longa distância do polo presencial, imagina ter que vir de certo tempo aqui para fazer o curso. (S10)

No entanto, mesmo com o número reduzido de encontros presenciais, o uso de ferramentas que buscam a aproximação dos alunos com o curso também são destaques positivos nas falas dos participantes. O fórum permite uma aproximação de profissionais atuantes em territórios e realidades totalmente distintas, possibilitando a discussão de casos, problemas e situações. Os trechos a seguir exemplificam a potencialidade dos fóruns na proposição de ideias e soluções para situações-problema do cotidiano da Atenção Primária:

Conforme eu posto algo no fórum, por exemplo, escrevo uma situação de minha unidade de saúde e eu tenho oportunidade de compartilhar e discutir isso com meus colegas de outras cidades. (S5)

Durante as sessões de grupo focal, os alunos abordaram alguns aspectos da relação tutor-aluno. A dificuldade de comunicação foi destacada como ponto desfavorável nessa relação, visto que a resposta do tutor não tem a exigência de ser realizada em tempo real. Essa percepção pode estar relacionada, ainda, com o modelo de ensino tradicional, em que o aluno imediatamente questiona o professor em sala de aula e obtém a resposta.

A EAD apresenta a possibilidade de estabelecer o diálogo assíncrono e síncrono. A fim de atender ao imediatismo da necessidade de resposta, há a disponibilidade do recurso de *chats*, aumentando a interação síncrona tutor-aluno. Logo, entre as funções principais do tutor, salienta-se a orientação do aluno, para que este possa ser gestor de seu próprio conhecimento. Contudo, o tutor auxilia na mediação dos conteúdos apresentados e no desenvolvimento de atividades avaliativas, como elaboração de textos reflexivos, projetos e atividades formativas, como meio de moderar e incentivar a participação em fóruns, *quizes* e textos colaborativos.

Toda comunicação tutor-aluno foi realizada pelo AVA, por meio de *chats*, mensagens diretas entre ambos e postagem em fóruns. Esses processos de interação ficam registrados e podem ser monitorados. Ainda assim, alguns alunos demonstram que o contato presencial pode ser mais efetivo no momento de esclarecer dúvidas ou discutir conceitos: "Eu acho que, sobretudo nós que estamos acostumados com o professor em sala de aula, com o contato direto com a pessoa facilitaria" (S18).

Contudo, alguns alunos, mesmo com a diversidade na disponibilidade de recursos de comunicação, ainda têm preferência pela interação presencial, o que poderia ajudar no processo de ensino-aprendizagem na modalidade a distância.

### **Percepções sobre a EAD e as contribuições do curso de especialização na prática profissional**

Uma das contribuições fundamentais trazidas pelos alunos foi o incentivo na melhoria do processo de trabalho e no cotidiano das práticas desenvolvidas na ESF. O



processo de mudança na prática dos profissionais não depende apenas dos sujeitos em serviço e dos processos formativos, é necessário considerar a organização e as condições de trabalho, fatores que potencializam o processo educativo, dando subsídios para a aplicação prática do conhecimento construído ao longo do processo formativo<sup>13</sup>.

Logo, essa mudança de práticas passa pela possibilidade de diálogo com demais profissionais, na busca por soluções já aplicadas em outros serviços, pela troca de saberes entre aluno e tutor, dada a experiência deste no campo da saúde e nas práticas específicas da APS no Brasil. Tais possibilidades acompanharam as reflexões dos alunos, como observados em seus relatos.

O estado do Rio Grande do Sul tem uma vasta área geográfica, constituído por 497 municípios, sendo o mais populoso da região Sul. Por conseguinte, os profissionais participantes do PMM ficam espalhados em municípios distantes entre si, com diferenças regionais, socioeconômicas e culturais, embora as situações de adoecimento populacional sejam semelhantes. A situação relatada, então, resulta na troca de informações e de experiências na potencialização da resolução de problemas que estão no cotidiano da atuação na APS, com a utilização do AVA. Isso foi confirmado pelos alunos, quando relatam que o uso dos fóruns e dos *chats* possibilitou a discussão e a resolução de problemas específicos em seu território, mostrando que, mesmo estando distante geograficamente, a realidade apresentou semelhanças:

Havia colegas em situações semelhantes, mas que estavam lá tentando fazer algo melhor [...]. A questão mesmo do uso dos fóruns, né, a gente vendo que um coloca, o que o outro escreve, você vê novas propostas e consegue identificar o que dá para implantar na tua unidade. (S17)

O curso de especialização em Saúde da Família não foi a única oferta educativa disponível para os profissionais participantes do PMM, pois existem diversas opções de plataformas e portais, com cursos de curta duração tutorados ou autoinstrucionais para profissionais da saúde. O portal da UNA-SUS oferta regularmente diversos cursos, com conteúdos baseados no dia a dia de trabalho dos profissionais do SUS e em suas reais necessidades. Alguns profissionais se motivaram a buscar conhecimentos em cursos de acordo com a necessidade da população do seu território ou de temas emergentes de prevenção de doenças, de tratamento, de manutenção e de promoção da saúde.

Recebi por e-mail os cursos que estavam sendo ofertados, e consegui fazer um total de dez cursos, com temas como nutrição na APS, dengue, entre outros... o que foi fenomenal para poder trabalhar a Educação em Saúde para a população que eu atendo. (S5)

De acordo com o perfil dos alunos, sendo em sua maioria profissionais estrangeiros ou brasileiros formados em outros países, houve a necessidade de se trabalhar os aspectos referentes ao histórico e à organização do SUS, de maneira detalhada, durante todo o primeiro eixo de formação. Já no segundo eixo, são abordados os aspectos da clínica de Medicina de Família, apresentando o conteúdo essencial para auxiliar os profissionais no manejo de agravos que não são prevalentes ou que estão erradicados em seus países de origem.

Como estrangeiros e estando atuando em um país com um sistema de saúde totalmente diferente, aprendemos sobre doenças que nós só conhecíamos na literatura, doenças que foram erradicadas lá (em nosso país) e que ainda aqui temos. (S12)

A regionalização dos conteúdos também foi um ponto destacado. Dada a necessidade de formação em larga escala, o curso é ofertado a seis unidades federativas, além do Rio Grande do Sul. Sendo assim, os conteúdos do Eixo 2 – Casos Clínicos são direcionados conforme as especificidades regionais e locais, considerando os agravos de saúde mais prevalentes em determinada região de atuação do profissional da área da saúde, bem como as características socioculturais da população atendida, o que propicia chances de se atingir uma aprendizagem mais significativa<sup>4</sup>. O fato de os conteúdos abordarem aspectos relacionados ao contexto local dos profissionais permitiu a troca de experiências, seja em momentos informais ou nas ferramentas de interação disponíveis no AVA: "Também troquei ideias com os profissionais que moram em outras partes do Brasil e o material ofertado é muito diferente, os conteúdos não são os mesmos do curso" (S5).

Como o perfil de participantes do PMM é formado em sua maioria por profissionais estrangeiros, houve a necessidade de se abordar os conteúdos de uma maneira que introduzisse a discussão sobre o campo da APS, mas que se direcionasse ao contexto brasileiro, com os protocolos instituídos pelo MS, além de referências atualizadas sobre a situação de saúde e os agravos predominantes. Sobre isso, os profissionais destacam as diferenças de conduta e manejo de agravos, de acordo com sua experiência prévia: "Aprendemos muito sobre as condutas e tratamentos aqui no Brasil, que diferem bastante em algumas coisas do que já conhecíamos" (S7).

Vale salientar, ainda, que o uso das ferramentas de gestão e planejamento possibilitou aos alunos uma imersão na complexidade do SUS, a partir da realidade do território vivido na ESF:

O curso ajudou bastante na estruturação das práticas desenvolvidas na ESF, de como organizar a equipe e a agenda com a demanda espontânea, com os grupos, que o curso traz muito isso também. (S15)

Em vários momentos ele instiga a pensar e a levar algumas situações pra dentro da unidade, a fazer questionamentos, né, tentar ver com outros olhos algumas situações, levei muitas coisas do curso pra dentro da unidade e nós acabamos mudando muito ao longo desse ano a forma de trabalhar e mudando pra melhor. (S14)

Assinala-se que um dos objetivos do curso é a EPS dos profissionais da saúde, não só os que estão cursando, mas também de toda a equipe, dada a possibilidade de compartilhamento dos recursos e utilização dos temas nos momentos de educação em serviço.

## Conclusões

Este estudo buscou conhecer a percepção dos profissionais do PMM sobre a EAD, assim como sobre contribuições do curso no cotidiano das práticas profissionais, no decorrer do processo de formação em Saúde da Família. A modalidade de EAD se apresenta como uma ferramenta fundamental para a consolidação da EPS e para qualificação dos profissionais que atuam na APS, seja pela distribuição destes em locais distantes dos grandes centros de formação ou pela possibilidade de organização da agenda de estudo no seu cotidiano. Além da troca de experiências relacionadas aos processos de trabalho com os demais alunos, a modalidade EAD também permite o compartilhamento de materiais com a equipe de saúde.

Embora a EAD ainda seja uma novidade para a maioria dos profissionais participantes do PMM, conforme relatos, não foi um fator impeditivo para a identificação das potencialidades nessa modalidade de ensino. Todavia, as dificuldades são inerentes aos processos formativos, principalmente quando se torna necessária a adaptação a uma nova metodologia de ensino. Como uma grande vantagem da modalidade EAD, foi citada a possibilidade de acessar o material do curso em qualquer local, aproveitando também momentos de EPS com a equipe, potencializando-se assim a qualificação da APS, por meio de compartilhamento de conteúdo atualizado, dinâmico e interativo.

No que se refere a dificuldades, citou-se a comunicação com os tutores, visto que muitos profissionais ainda têm uma percepção sobre a necessidade da presencialidade do ensino, em que ocorre o contato com o professor em tempo real. Na EAD, a organização de tempo e das tarefas a serem realizadas é necessária, considerando que o aluno envia sua dúvida para o tutor e recebe o *feedback* pelo AVA.

Destaca-se a possibilidade de repensar os modos de potencializar a EPS no contexto das concepções e práticas dos profissionais de saúde, bem como ratifica o uso da modalidade EAD como ferramenta potente e democratizante do acesso à qualificação do profissional e da sua atuação nos serviços de saúde, ao acolher profissionais de diferentes regiões geográficas; e oportunizar a formação em serviço, a adequação dos recursos didáticos à realidade local do profissional e a interlocução com outras realidades diversas. Não se coloca em questão a modalidade de ensino utilizada em si, mas seu potencial para atender uma política de formação como o PMM e seus desdobramentos imediatos na realidade social atendida pelos profissionais de saúde em formação.

### Contribuições dos autores

Diego Menger Cezar, participou da concepção da ideia; redação do manuscrito; discussão dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Creidilene Ramos Magalhães e Márcia Rosa da Costa, participaram da concepção da ideia, discussão dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Adriana Aparecida Paz e Maria Eugênia Bresolin Pinto, participaram da discussão dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do trabalho.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Thumé E, Wachs LS, Soares MU, Cubas MR, Fassa MEG, Tomasi E, et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2807-14.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(5):623-34.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
5. Dahmer A, Portella FF, Tubelo RA, Mattos LB, Gomes MQ, Costa MR, et al. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):449-63.
6. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2925-33.
7. Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema único de saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2655-63.
8. Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(4):1099-107.
9. Rangel-S ML, Barbosa AO, Riccio NCR, Souza JS. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):545-56.
10. Flick U. O desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101.
12. Carvalho RA, Struchiner M. Conhecimentos e expertises de universidades tradicionais para o desenvolvimento de cursos a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):991-1003.
13. Behar PA, Silva KKA. Mapeamento de competências: um foco no aluno da educação a distância. *Renote*. 2012; 10(3):14.



This article is contextualized in the Brazilian More Doctors Program (PMM). It was aimed at understanding the perception of distance education and its contributions to health practices in the Brazilian state of Rio Grande do Sul. Through a qualitative approach and using a focus groups methodology, this study was conducted with the participation of PMM doctors and family health specialization course students of Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. The results show that, although distance education is still a new topic for most of PMM professionals, it did not hinder the identification of potentialities in this teaching modality. It contributed to the education and qualification of these professionals' daily practice, both in terms of their individual clinical performance and of teamwork.

**Keywords:** Primary healthcare. Distance education. Permanent health education.

Este artículo se sitúa en el contexto del Programa Más Médicos (PMM) para Brasil. Se buscó conocer la percepción sobre la Educación a Distancia (EAD) y las contribuciones en las prácticas de salud en el estado de Rio Grande do Sul. A través de un abordaje cualitativo y del uso de la metodología de grupos focales, contó con la participación de médicos del PMM, alumnos del curso de especialización en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre. Los resultados muestran que la EAD es una novedad para la mayoría de los profesionales del PMM, pero eso no fue un factor impeditivo para la identificación de las potencialidades en esta modalidad de enseñanza, contribuyendo a la formación y la calificación de las prácticas individuales y colectivas de los profesionales.

**Palabras-clave:** Atención primaria de la salud. Educación a distancia. Educación permanente en salud.


Submetido em 07/02/18.  
Aprovado em 24/09/18.

### Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos

Elderly care: performance of interventions carried out by More Doctors  
Program professionals (abstract: p. 15)

Atención a las personas mayores: desempeño de intervenciones realizadas por  
profesionales del Más Médicos (resumen: p. 16)

**Maria Elizabeth Gastal Fassa<sup>(a)</sup>**

<elizabethfassa@gmail.com> 

**Elaine Tomasi<sup>(b)</sup>**

<tomasiet@gmail.com> 

**Ana Claudia Gastal Fassa<sup>(c)</sup>**

<anaclaudiafassa@gmail.com> 


**Elaine Thumé<sup>(d)</sup>**

<elainethume@gmail.com> 

**Louriele Wachs<sup>(e)</sup>**

<louriele@gmail.com> 

**Leonardo Pozza dos Santos<sup>(f)</sup>**

<pozzadossantos.leo@gmail.com> 

(continua p. 13)

<sup>(a, e, g, h)</sup> Pós-Graduandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (doutorandos). Rua Gomes Carneiro, 1, centro. Pelotas, RS, Brasil. 96010-610.

<sup>(b, c)</sup> Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, RS, Brasil.

<sup>(d, i)</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPEL. Pelotas, RS, Brasil.

<sup>(f)</sup> Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pampa. Bagé, RS, Brasil.

Com objetivo de avaliar a cobertura e a qualidade do cuidado a pessoas idosas, realizou-se estudo transversal das 204 intervenções de alunos da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), vinculados ou não ao Mais Médicos. Calculou-se a diferença de cobertura entre o terceiro e o primeiro mês de intervenção e o percentual atingido no fim do terceiro mês para indicadores de qualidade. Encontrou-se aumento médio da cobertura de 35,7 pontos percentuais (pp) (32,9; 38,6), sendo de 26,1 pp (22,3; 30,0) e 42,1 pp (38,6; 45,7), conduzida por profissionais não pertencentes ao Mais Médicos ou pertencentes a tal programa, respectivamente. Avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia e avaliação de necessidade de tratamento odontológico apresentaram melhor desempenho em intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. Intervenções foram efetivas independente de provimento e nacionalidade, obtendo resultados significativamente melhores aquelas conduzidas por profissionais do Mais Médicos, especialmente cubanos.

**Palavras-chave:** Educação médica. Saúde do idoso. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

## Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na Constituição Federal de 1988, tem como objetivo formular e implementar a Política Nacional de Saúde, destinada a promover condições de vida saudável; a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população; e a assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços para garantir atenção integral à saúde<sup>1,2</sup>.

Compreendendo que este novo contexto de atendimento à saúde da população implicaria na necessidade de mudanças na formação para que fosse articulada com o conceito de saúde e princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), os constituintes atribuíram ao SUS a responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos na área da Saúde<sup>1</sup>.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)<sup>3</sup> e em 2004, pela portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como fim específico a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS<sup>4</sup>. Demonstrava com essas iniciativas a intenção de usar a educação e sua articulação com a regulação do trabalho para reorientar a formação da Atenção Básica, potencializando a integração ensino-SUS<sup>5</sup>.

No âmbito do SUS, desde 2006, a Estratégia de Saúde da Família foi adotada como modelo preferencial para organização da APS, identificando demandas e necessidades tanto individuais quanto coletivas, proporcionando um cuidado integral a todos os usuários<sup>6,7</sup>.

A contínua expansão da atenção básica, em termos geográficos e de amplificação de seus focos, evidenciou a escassez de profissionais para atender a esse compromisso social e político<sup>8</sup>. Como política de provimento de profissionais médicos, o governo brasileiro instituiu, em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)<sup>9</sup> e, em 2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)<sup>10</sup>, doravante simplificado para a expressão Mais Médicos.

Em 2011, com a finalidade de oferta de educação permanente para profissionais do SUS, havia sido criada a Rede UNA-SUS<sup>11</sup>, encarregada, a partir de 2013, de ofertar cursos de especialização em Saúde da Família aos participantes do Provab e do Mais Médicos.

O aumento da expectativa de vida, decorrente da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, é responsável pelo crescimento da proporção de pessoas idosas no Brasil<sup>12,13</sup>. Em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>14</sup> estabeleceu ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável e determinou que, no âmbito da atenção básica, a equipe deveria desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação, responsabilizando-se pela atenção integral ao usuário idoso, registrando pessoas idosas do território, praticando acolhimento e realizando avaliação multidimensional<sup>15,16</sup>.

O objetivo deste artigo foi comparar mudanças na cobertura e alcance de metas de qualidade do cuidado a pessoas idosas entre intervenções conduzidas por profissionais-estudantes vinculados ou não ao Mais Médicos, no âmbito do curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL.

## Métodos

### Delineamento

Trata-se de um estudo transversal que analisou todas as 204 intervenções com foco na Saúde da Pessoa Idosa realizadas pelos profissionais-estudantes nas unidades de saúde em que trabalhavam.

### Contexto

O curso da UFPEL tinha como núcleo a implantação de uma intervenção em uma ação programática típica de atenção básica no serviço em que o profissional-estudante estava alocado<sup>17</sup>. Ele definia, em acordo com a equipe e baseado em análise situacional, o foco para sua intervenção, procurando atender à demanda concreta do serviço de saúde.

Para cada profissional-estudante, o curso teve a duração de um ano, no decorrer do qual aquele 1) desenvolveu a análise situacional da Unidade Básica de Saúde em que trabalhava; 2) elaborou o projeto de intervenção; 3) realizou uma intervenção com duração de três meses; 4) avaliou a intervenção; e 5) elaborou relatórios acadêmicos, para os gestores e para a comunidade. O Trabalho de Conclusão de Curso foi constituído pelo conjunto de documentos da intervenção, incluindo apresentação de planilhas e gráficos de resultados e suas análises.

De julho de 2011 a julho de 2016, o curso certificou 2.173 profissionais de oito turmas, sendo 1.050 médicos do Mais Médicos, 555 médicos e enfermeiros do Proav e 568 médicos, enfermeiros e dentistas ingressantes por demanda espontânea. As intervenções abordavam seis ações programáticas: Pré-Natal e Puerpério; Saúde da Criança; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; Câncer de Colo de Útero e de Mama; Saúde da Pessoa Idosa; e Saúde Bucal.

### Participantes

Para o presente artigo, foram analisadas as intervenções com foco em Saúde da Pessoa Idosa realizadas por 204 profissionais-estudantes.

### Variáveis

O primeiro desfecho foi a diferença entre a cobertura alcançada no fim do terceiro mês e a alcançada no fim do primeiro mês de intervenção, expressa em pontos percentuais. Por exemplo, se havia mil pessoas idosas residentes na área de abrangência da unidade de saúde, no primeiro mês foram incluídas na intervenção duzentas pessoas idosas (20%) e no terceiro mês foram atingidas seiscentas pessoas idosas (60%), a diferença foi expressa como um aumento de quarenta pontos percentuais na cobertura da intervenção.

Adicionalmente, quatro outros desfechos relacionados à qualidade da atenção foram aqui tratados como indicadores dessa qualidade; a saber, proporções de pessoas idosas com: 1) avaliação multidimensional rápida; 2) exame clínico em dia; 3) avaliação



da necessidade de tratamento odontológico; e 4) recebimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Optou-se por esse tratamento por sua construção e potencial utilização no monitoramento e avaliação das ações. As estimativas foram obtidas por meio da divisão do número de pessoas idosas que recebeu determinada ação dividida pelo total de pessoas idosas incluídas na intervenção e multiplicada por cem. Considerou-se para este cálculo os níveis alcançados ao final do terceiro mês da intervenção em relação às metas pactuadas pelos profissionais em seus projetos em 100% e estão expressos em porcentagem. Os indicadores de qualidade foram selecionados a partir das recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde<sup>15</sup> e das “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral”<sup>16</sup>.

A principal variável de exposição foi o vínculo do profissional-estudante ao Mais Médicos (sim/não). As demais variáveis foram do profissional-estudante: formação (enfermeiro/médico), sexo (masculino/feminino) e nacionalidade (brasileira/cubana/outra); da unidade de saúde: localização (urbana/rural ou mista); população da equipe (até quatro mil habitantes/mais de quatro mil habitantes), número de equipes (uma/duas ou mais) e população-alvo da intervenção (até duzentas/201 a quinhentas/mais de quinhentas); e do município: porte populacional em quartis (até 12.301/12.302 a 31.524/31.525 a 121.972/121.973 e mais).

### Processamento e análise dos dados

As informações foram extraídas das planilhas de coleta de dados utilizadas pelos estudantes para registro das intervenções (modelos disponíveis em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva/> – Plataforma Kurt Kloetzel – Plataforma Educacional de Saúde da Família) e dos volumes finais dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Os dados referentes a cada intervenção foram reunidos em uma planilha Excel® e transferidos para o pacote estatístico Stata 12.0. Foram calculadas as médias dos desfechos de acordo com as variáveis de exposição. Para todas as medidas, diferença de cobertura (expressa em pontos percentuais – pp) e alcance das metas de qualidade (expressas em porcentagem), foram obtidos os respectivos intervalos de confiança de 95%. As diferenças entre as médias foram testadas por meio do Teste *t* (exposições dicotômicas), com nível de significância de 5%. Todas as análises foram estratificadas para o vínculo ao Mais Médicos e as diferenças foram consideradas significativas quando não houve sobreposição dos limites dos intervalos de confiança, corroboradas pelos resultados do Teste *t*.

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Contribuições de um processo de formação continuada de médicos e enfermeiros no desempenho das Unidades Básicas de Saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, com parecer nº 1.555.311. Foi obtida autorização expressa dos profissionais-estudantes para o uso dos dados.

## Resultados

Foi examinada a totalidade das intervenções realizadas com pessoas idosas ( $n=204$ ). A maioria dos profissionais-estudantes era médico (82%) e do sexo feminino (63%). Em relação à nacionalidade, 49% eram cubanos, 47% eram brasileiros e 4% eram profissionais oriundos dos seguintes países: Argentina, Belize, Colômbia, Nigéria, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. As intervenções ocorreram em unidades de saúde com predomínio da Estratégia Saúde da Família (95%), localizadas em áreas urbanas (72%), com população adscrita de até quatro mil habitantes (74%) e com uma única equipe de saúde (74%). A população-alvo da intervenção variou de 39 a 3.323 pessoas idosas, sendo 59% entre 201 e quinhentas pessoas idosas. A distribuição do porte do município em quartis revelou que metade das intervenções ocorreram em municípios de até 31.524 habitantes (tabela 1). Mais da metade dos profissionais-estudantes (60%) eram inscritos no Programa Mais Médicos.

### Diferença de cobertura

O aumento médio de cobertura da ação programática Saúde da Pessoa Idosa foi de 35,7 pontos percentuais, sendo significativamente superior ( $t=5,874$ ;  $p<0,001$ ) entre intervenções conduzidas por participantes do Programa Mais Médicos: 42,1 pp (IC 95% – 38,6; 45,7) do que por não participantes: 26,1 pp (IC 95% – 22,3; 30,0) (tabela 1).

Comparadas às intervenções conduzidas por brasileiros participantes do estudo, aquelas conduzidas por cubanos apresentaram maior diferença nas coberturas ( $t=7,223$ ;  $p<0,001$ ) – 26,0 pp (22,4; 29,7) e 45,5 pp (41,8; 49,1), respectivamente. Intervenções conduzidas em populações de até quatro mil pessoas registraram maior aumento de cobertura: 39,1 pp (IC 95% – 35,8; 42,5) do que as conduzidas em populações com mais de quatro mil habitantes – 27,2 pp (IC 95% – 22,3; 32,2) ( $t=3,747$ ;  $p<0,001$ ). Quanto maior o porte populacional, menor a ampliação da cobertura, com grande diferença entre os municípios de menor porte – 41,7 pp (IC 95% – 35,7; 47,6) quando comparados aos de maior porte – 29,1 pp (IC 95% – 23,6; 34,6) ( $t=3,131$ ;  $p<0,01$ ) (tabela 1).

Destacam-se maiores aumentos de cobertura em intervenções conduzidas pelos profissionais-estudantes do Mais Médicos quando comparados àqueles não inseridos no programa. O padrão favorável ao Mais Médicos foi ainda observado entre profissionais-estudantes do sexo feminino, entre as intervenções que ocorreram tanto em áreas urbana, quanto rural ou mista, em equipes com até quatro mil pessoas sob sua responsabilidade, em unidades de saúde com apenas uma equipe, em todos os tamanhos da população-alvo da intervenção e nos municípios de até 31.524 habitantes (tabela 1).

De modo geral, o aumento de cobertura de intervenções conduzidas por médicos foi significativamente maior do que o de intervenções de enfermeiros. Ao comparar enfermeiros com médicos não vinculados ao Mais Médicos, a diferença deixa de ser significativa (tabela 1).

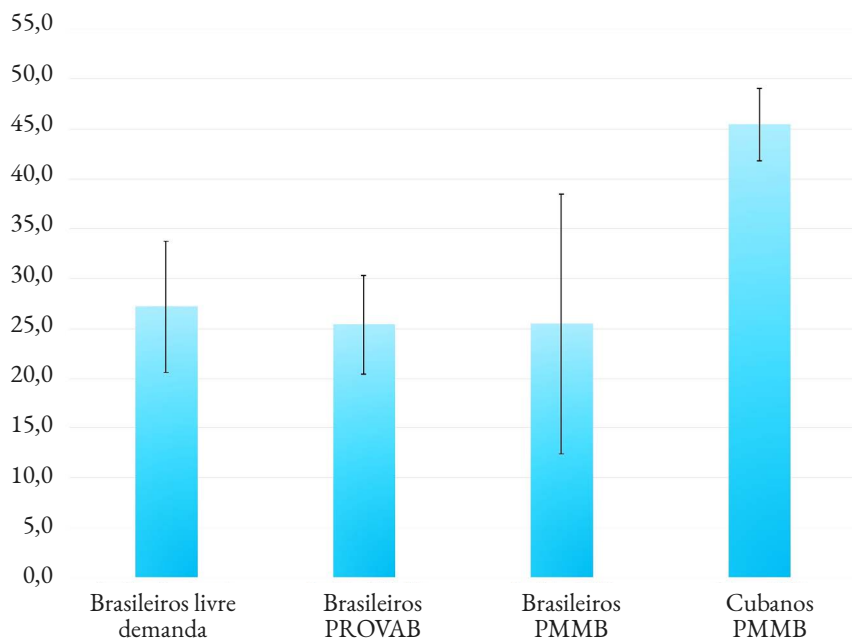
**Tabela 1** – Distribuição dos profissionais-estudantes e aumento da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com características individuais; das unidades de saúde e dos municípios; e vínculo ao Mais Médicos. UNA-SUS/UFPEL, 2016.

		n	%	Não MM n=82 Pontos percentuais (IC95%)	MM n=122 Pontos percentuais (IC 95%)	Total n=204 Pontos percentuais (IC 95%)
<b>Profissional-estudante</b>	Formação					
	Enfermeiro	36	17,7	23,3 (17,8; 28,7)	NSA	23,2 (17,8; 28,7)
	Médico	168	82,3	28,4 (22,8; 33,9)	42,1 (38,6; 45,7)	38,4 (35,2; 41,5)
	Sexo					
	Masculino	75	36,8	30,4 (21,7; 39,2)	44,0 (38,3; 49,7)	40,6 (35,7; 45,5)
	Feminino	129	63,2	24,8 (20,4; 29,2)	40,5 (35,9; 45,2)	32,8 (29,4; 36,3)
	Nacionalidade					
	Brasileira	95	46,6	26,1 (22,3; 30,0)	25,5 (12,4; 38,5)	26,0 (22,4; 29,7)
	Cubana	100	49,0	NSA	45,5 (41,8; 49,1)	45,5 (41,8; 49,1)
Outra	9	4,4	NSA	29,3 (15,0; 43,6)	29,3 (15,0; 43,6)	
<b>Unidade de saúde</b>	Localização					
	Urbana	143	71,5	26,2 (21,3; 31,0)	38,3 (34,1; 42,5)	33,8 (30,5; 37,1)
	Rural/Mista	57	28,5	27,3 (20,0; 34,7)	53,8 (48,3; 59,3)	41,7 (36,1; 47,3)
	População da equipe					
	Até 4.000	149	73,8	27,1 (22,4; 31,8)	46,6 (42,8; 50,4)	39,1 (35,8; 42,5)
	Mais de 4.000	53	26,2	24,7 (17,3; 32,0)	29,3 (22,3; 36,3)	27,2 (22,3; 32,2)
	Número de equipes					
	Uma	148	73,6	26,2 (21,8; 30,6)	43,7 (39,6; 47,8)	37,0 (33,7; 40,3)
	Duas ou mais	53	26,4	27,8 (19,2; 36,3)	38,6 (31,0; 46,1)	33,9 (28,2; 39,6)
<b>Município</b>	População-alvo da intervenção					
	Até 200	41	20,1	28,4 (15,8; 40,9)	53,8 (48,3; 59,3)	45,7 (39,3; 52,1)
	201 a 500	121	59,3	27,9 (23,1; 32,8)	43,2 (38,5; 47,8)	36,2 (32,7; 39,8)
	Mais de 500	42	20,6	16,9 (11,2; 22,2)	28,1 (25,0; 35,7)	24,4 (18,9; 29,9)
	Porte (habitantes em quartis)					
	Até 12.301	51	25	28,3 (19,7; 36,9)	51,8 (45,5; 58,1)	41,7 (35,7; 47,6)
	12.302 a 31.524	52	25,5	27,8 (14,5; 31,0)	44,6 (38,7; 50,6)	37,1 (31,6; 42,5)
	31.525 a 121.972	50	24,5	30,4 (19,6; 41,1)	37,3 (30,0; 44,6)	35,0 (29,1; 40,9)
	Mais de 121.973	51	25	23,7 (17,8; 29,7)	34,3 (25,2; 43,3)	29,1 (23,6; 34,6)
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	<b>26,1 (22,3; 30,0)</b>	<b>42,1 (38,6; 45,7)</b>	<b>35,7 (32,9; 38,6)</b>	

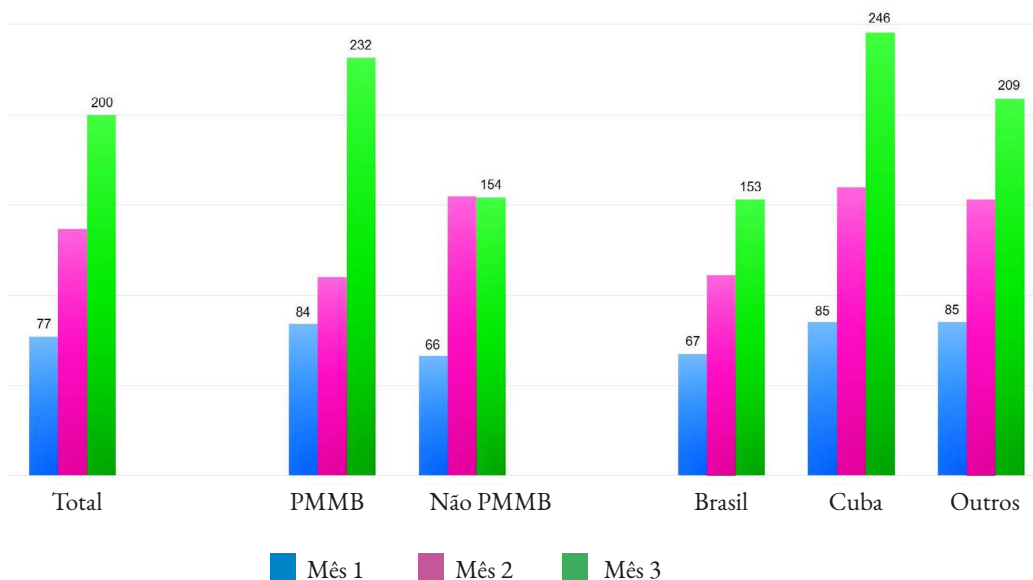
IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

Para os brasileiros participantes do estudo, o fato de pertencer ao Mais Médicos não implicou em diferença significativa no aumento da cobertura da intervenção. Os cubanos alcançaram incrementos médios de cobertura significativamente maiores do que os brasileiros participantes do estudo vinculados ao Mais Médicos ou ao Provac ou que frequentavam o curso por livre demanda (figura 1). O mesmo padrão foi observado considerando-se os números absolutos de pessoas idosas beneficiadas pelas intervenções (figura 2).



**Figura 1.** Aumento da média de cobertura em pontos percentuais das ações de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento do profissional-estudante. UNA-SUS, UFPEL, 2016.



**Figura 2.** Número absoluto de beneficiados pelas intervenções de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento do profissional-estudante. UNA-SUS, UFPEL, 2016.

## Indicadores de qualidade

### Avaliação multidimensional rápida (AMR)

No fim dos três meses de intervenção, a média de realização da AMR nos serviços foi de 90,8%, significativamente maior entre os vinculados aos Mais Médicos – 95,5% (93,0; 97,9) – do que entre os não vinculados – 83,1% (76,9; 89,2) ( $t=4,309$ ;  $p<0,001$ ). Esta diferença pró-Mais Médicos também se manifestou entre os profissionais-estudantes do sexo feminino, entre unidades urbanas, com população da equipe de até quatro mil habitantes e com uma única equipe (tabela 2).

### Exame clínico em dia

Este indicador alcançou média de 94,5% e foi maior (96,4%) em intervenções conduzidas por profissionais-estudantes do Mais Médicos (IC 95% – 94,6; 98,3) em comparação àquelas conduzidas por profissionais não participantes do programa (90,5%) (IC 95% – 86,2; 94,9) ( $t=2,479$ ;  $p<0,05$ ). Essa diferença também foi registrada quando as intervenções foram conduzidas por mulheres e naquelas em que a população da equipe era de até quatro mil habitantes (tabela 2).

**Tabela 2** – Alcance das metas de qualidade em porcentagem em AMR e exame clínico de acordo com vínculo ao Mais Médicos e características individuais das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPEL, 2016.

		Avaliação Multidimensional Rápida (%)			Exame clínico em dia (%)		
		Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
Profissional-estudante	Formação						
	Enfermeiro	79,3 (68,7; 89,9)	NSA	79,3 (68,7; 89,9)	88,7 (79,4; 98,1)	NSA	88,7 (79,4; 98,1)
	Médico	85,8 (78,3; 93,4)	95,5 (93,0; 97,9)	93,0 (90,3; 95,7)	91,4 (86,3; 96,4)	96,4 (94,6; 98,3)	95,1 (93,2; 97,0)
	Sexo						
	Masculino	84,4 (69,2; 99,5)	94,8 (91,0; 98,6)	92,2 (87,7; 96,8)	94,6 (88,3; 100,9)	95,6 (92,6; 98,6)	95,4 (92,7; 98,1)
	Feminino	82,7 (75,9; 89,5)	96,1 (92,9; 99,4)	89,9 (86,2; 93,7)	89,1 (83,5; 94,7)	97,1 (94,8; 99,4)	93,9 (91,2; 96,6)
	Nacionalidade						
	Brasileira	83,1 (76,9; 89,2)	85,0 (68,7; 101,3)	83,4 (77,7; 89,0)	90,5 (86,2; 94,9)	93,4 (82,3; 100,5)	91,0 (87,0; 95,0)
Cubana	--	96,6 (94,4; 98,8)	96,6 (94,4; 98,8)	--	96,9 (95,2; 98,7)	96,9 (95,2; 98,7)	
Outra	--	98,2 (95,8; 100,6)	98,2 (95,8; 100,6)	--	95,3 (87,5; 100,3)	95,3 (87,5; 100,3)	
Unidade de saúde	Localização						
	Urbana	78,7 (70,1; 87,3)	95,7 (92,9; 98,6)	89,7 (86,0; 93,5)	89,0 (83,0; 95,0)	96,3 (94,0; 98,7)	94,0 (91,6; 96,6)
	Rural/Mista	91,6 (85,4; 97,8)	96,2 (92,0; 100,2)	94,1 (90,6; 97,7)	93,4 (87,3; 99,6)	97,1 (94,5; 99,8)	95,7 (92,8; 98,5)
	População da equipe						
	Até 4.000	81,9 (74,4; 89,4)	96,1 (93,6; 98,6)	91,0 (87,7; 94,3)	89,7 (83,8; 95,7)	97,6 (96,3; 98,9)	95,1 (93,1 ; 97,3)
	Mais de 4.000	85,8 (74,4; 97,3)	95,6 (90,3; 101,0)	91,4 (85,7; 97,1)	92,1 (86,0; 98,2)	95,0 (89,8; 100,1)	93,8 (90,0 ; 97,6)
	Número de equipes						
Uma	83,4 (76,2; 90,7)	96,3 (93,8; 98,8)	91,6 (88,4; 94,8)	92,1 (87,3; 96,9)	97,4 (96,1; 98,8)	95,8 (94,0; 97,5)	
Duas ou mais	82,3 (69,8; 94,8)	95,1 (89,8; 100,3)	89,7 (83,6; 95,7)	79,9 (60,2; 99,6)	95,0 (87,9; 102,1)	90,3 (82,8; 97,9)	

continua

**Tabela 2 – continuação**

	Avaliação Multidimensional Rápida (%)			Exame clínico em dia (%)		
	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
<b>Município</b>	<b>Porte (habitantes em quartis)</b>					
Até 12.301	84,8 (73,7; 95,9)	95,4 (90,9; 100,0)	91,0 (85,7; 96,3)	87,4 (76,1; 98,7)	96,5 (93,4; 99,6)	93,1 (88,6; 97,6)
12.302 a 31.524	84,8 (69,2; 100,4)	96,9 (92,5; 101,2)	93,2 (87,7; 98,7)	94,1 (86,5; 101,8)	98,0 (96,4; 99,5)	97,1 (94,8; 99,2)
31.525 a 121.972	84,5 (73,3; 95,6)	95,3 (90,8; 99,8)	91,9 (87,3; 96,6)	92,5 (85,6; 99,3)	96,7 (93,9; 99,5)	95,6 (92,9; 98,2)
Mais de 121.973	79,5 (65,7; 93,2)	94,0 (86,7; 101,3)	87,2 (79,6; 94,7)	89,9 (81,1; 98,7)	94,1 (86,8; 101,4)	92,3 (86,9; 97,7)
<b>Total</b>	<b>83,1 (76,9; 89,2)</b>	<b>95,5 (93,0; 97,9)</b>	<b>90,8 (87,9; 93,7)</b>	<b>90,5 (86,2; 94,9)</b>	<b>96,4 (94,6; 98,3)</b>	<b>94,5 (92,5; 96,4)</b>

IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

### Avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Este indicador alcançou média de 80,5%, sendo significativamente maior nas intervenções conduzidas por profissionais-estudantes do Mais Médicos (86,5% – IC 95% – 81,7; 91,3) quando comparadas às conduzidas por outros profissionais-estudantes – 63,8% (IC 95% – 52,8; 74,8) ( $t=3,799$ ;  $p<0,001$ ). O padrão favorável ao Mais Médicos foi ainda observado nas intervenções conduzidas por mulheres, em área urbana, realizadas por equipes com população de até quatro mil habitantes e quando havia apenas uma equipe na unidade de saúde (tabela 3).

**Tabela 3 – Alcance das metas de qualidade em avaliação da necessidade de atendimento odontológico e entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com vínculo ao MM e características individuais das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPEL, 2016.**

	Avaliação da necessidade de atendimento odontológico (%)			Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (%)		
	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
<b>Egresso</b>	<b>Formação</b>					
Enfermeiro	56,9 (37,1; 76,6)	NSA	56,9 (37,1; 76,6)	72,5 (62,0; 83,0)	NSA	72,5 (62,0; 83,0)
Médico	68,8 (55,3; 82,3)	86,5 (81,7; 91,3)	83,4 (78,8; 88,1)	76,5 (65,9; 87,1)	84,5 (79,5; 89,5)	82,3 (77,7; 86,9)
	<b>Sexo</b>					
Masculino	73,2 (50,0; 96,3)	79,6 (71,1; 88,1)	78,5 (70,6; 86,3)	76,5 (58,2; 94,8)	85,9 (78,4; 93,3)	83,5 (76,4; 90,6)
Feminino	60,2 (47,2; 73,2)	92,4 (87,5; 97,3)	82,0 (75,9; 88,1)	74,2 (66,1; 82,4)	83,3 (76,4; 90,2)	78,8 (73,5; 84,2)
	<b>Nacionalidade</b>					
Brasileira	63,8 (52,8; 74,8)	82,1 (62,3; 101,9)	68,1 (58,5; 77,6)	74,7 (67,4; 82,1)	83,2 (64,5; 101,9)	75,9 (69,1; 82,7)
Cubana	--	87,8 (83,0; 92,7)	87,8 (83,0; 92,7)	--	83,7 (78,1; 89,4)	83,7 (78,1; 89,4)
Outra	--	77,5 (45,1; 109,9)	77,5 (45,1; 109,9)	--	95,1 (86,9; 103,3)	95,1 (86,9; 103,3)

continua

**Tabela 3** – continuação

		Avaliação da necessidade de atendimento odontológico (%)			Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (%)		
		Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)	Não MM (IC95%)	MM (IC95%)	Total (IC95%)
Unidade de saúde	Localização						
	Urbana	64,9 (51,0; 78,9)	86,9 (81,0; 92,8)	81,8 (76,0; 87,5)	74,2 (65,4; 82,9)	83,6 (77,6; 89,6)	80,1 (75,1; 85,1)
	Rural/Mista	58,0 (36,0; 105,3)	86,2 (81,1; 99,3)	77,8 (68,5; 87,2)	74,4 (58,8; 90,0)	87,4 (77,9; 97,0)	81,5 (72,8; 90,2)
	População da equipe						
	Até 4.000	63,7 (50,8; 76,7)	89,4 (85,0; 93,9)	82,9 (77,9; 87,9)	75,1 (66,1; 84,1)	87,8 (82,6; 92,9)	82,9 (78,2; 87,6)
Mais de 4.000	60,8 (34,6; 87,0)	80,1 (66,7; 93,5)	74,8 (63,0; 86,6)	72,8 (58,5; 87,1)	77,2 (65,4; 89,0)	75,2 (66,4; 84,1)	
Município	Número de equipes						
	Uma	60,0 (45,9; 74,2)	87,2 (81,9; 92,5)	81,0 (75,4; 86,5)	79,1 (71,1; 87,1)	89,4 (84,9; 94,0)	85,4 (81,2; 89,7)
	Duas ou mais	54,1 (19,2; 89,0)	87,6 (74,3; 100,9)	78,9 (65,6; 92,3)	61,7 (44,8; 78,6)	72,5 (59,4; 85,6)	67,8 (57,7; 78,0)
	Porte (habitantes em quartis)						
	Até 12.301	67,6 (48,4; 86,8)	88,5 (81,0; 95,9)	81,4 (73,1; 89,6)	68,0 (50,1; 86,0)	88,4 (79,7; 97,0)	79,6 (70,3; 88,9)
12.302 a 31.524	66,1 (37,3; 94,9)	86,3 (77,4; 95,1)	82,1 (73,1; 91,0)	76,9 (61,5; 92,3)	87,4 (79,3; 95,4)	83,7 (76,4; 91,1)	
31.525 a 121.972	42,1 (0,69; 83,5)	89,3 (79,7; 99,0)	81,9 (70,9; 92,8)	76,7 (58,3; 95,1)	81,4 (70,1; 92,7)	79,8 (70,4; 89,2)	
Mais de 121.973	67,9 (46,7; 89,1)	80,9 (66,8; 95,0)	76,6 (65,2; 87,9)	77,8 (66,3; 89,3)	80,3 (66,7; 93,8)	79,0 (70,4; 87,6)	
Total	63,8 (52,8; 74,8)	86,5 (81,7; 91,3)	80,5 (75,8; 85,3)	74,7 (67,4; 82,1)	84,5 (79,5; 89,5)	80,6 (76,3; 84,8)	

IC = Intervalo de confiança de 95%.

NSA = Não se aplica. Não havia enfermeiros vinculados ao MM e não havia estrangeiros não vinculados ao MM.

## Recebimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Considerando todas as intervenções, este indicador atingiu em média 80,6% da meta e não apresentou diferenças significativas de acordo com a participação no programa, sendo 84,5% (IC 95% – 79,5; 89,5) entre os vinculados ao Mais Médicos e 74,7% (IC 95% – 67,4; 82,1) ( $t=2,270$ ;  $p>0,05$ ) nas intervenções conduzidas por outros profissionais. Independentemente do vínculo com o Programa Mais Médicos, aquelas intervenções realizadas em unidades com mais de uma equipe de saúde chegaram a apenas 67,8% da meta (IC 95% – 57,7; 78,0) contra 85,4 (IC 95% – 81,2; 89,7) ( $t=3,201$ ;  $p<0,01$ ) daquelas em que havia uma única equipe (tabela 3).

## Discussão

Observou-se melhor desempenho das intervenções conduzidas por profissionais-estudantes vinculados ao Mais Médicos. Esse efeito foi consistente tanto para o aumento da cobertura quanto para a melhoria nos indicadores de qualidade. A única exceção foi o indicador relativo à entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que não mostrou diferença significativa entre os grupos. A distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa está a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde<sup>18</sup>; talvez a dependência de tais fatores externos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) explique a falta de diferença significativa entre os grupos.

A melhor evolução dos indicadores de cobertura e qualidade nas intervenções lideradas por profissionais-estudantes participantes do Mais Médicos pode estar relacionada ao tipo de vínculo e ao perfil profissional que os diferencia dos profissionais-estudantes não vinculados ao programa.

Os profissionais-estudantes que participaram do curso por livre demanda não contavam com apoio para buscar seu aperfeiçoamento, não tinham tempo, dentro do horário de trabalho, destinado ao estudo, nem estímulo financeiro. Em contraste, os profissionais-estudantes do Mais Médicos tinham contrato com bolsa de três anos, que previa o curso como requisito e oito horas semanais para dedicar ao estudo. O Mais Médicos captou predominantemente médicos estrangeiros, em sua grande maioria cubanos, com experiência prévia em Atenção Primária à Saúde, o que também pode ter contribuído para os resultados<sup>8,19</sup>.

Os melhores resultados na evolução dos indicadores de cobertura e qualidade por parte dos médicos em comparação aos enfermeiros foi decorrente do melhor desempenho dos profissionais vinculados ao Mais Médicos. Portanto, o desempenho de médicos não participantes do programa e enfermeiros foi similar. Caso a organização do processo de trabalho proporcionasse aos enfermeiros o exercício integral do escopo de suas práticas, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>7</sup>, o desempenho de suas intervenções poderia ter sido melhor, talvez semelhante ao dos participantes do Mais Médicos<sup>20</sup>.

Os profissionais-estudantes médicos vinculados ao Provac estavam em uma iniciativa de transição entre o término de sua graduação e o ingresso na residência e talvez por isso minimizassem sua dedicação às intervenções em que estavam envolvidos. Já os participantes do Mais Médicos, além de mais experiência e formação em APS, tinham o programa e as unidades de saúde como foco central de suas atividades profissionais<sup>19</sup>.

Entre as limitações do estudo, é importante considerar que a ampliação da cobertura pode ter sido subestimada porque não foi possível estabelecer uma linha de base antes da intervenção por carência de registros adequados para avaliar as ações programáticas. Assim, o curto período de intervenção – três meses – que é um corte acadêmico de um processo real em que os profissionais-estudantes já realizavam outras atividades do curso nas UBS, pode ter limitado a apreciação do efeito da intervenção. No entanto, essa circunstância foi igual para toda a amostra e não impediu a expressão de diferenças entre as intervenções comparadas, destacando-se a magnitude do efeito das intervenções nas coberturas do programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

O número de usuários alcançados ganha relevância ao considerar que as unidades de saúde em que as intervenções foram realizadas situam-se em áreas de grande vulnerabilidade social, promovendo maior equidade em saúde para esse grupo populacional<sup>21-25</sup>. No total, as 204 intervenções tiveram população-alvo de 86.245 pessoas idosas em 155 municípios brasileiros. A soma de pessoas idosas que cada intervenção alcançou foi de 15.715 no fim do primeiro mês e de 40.972 no fim do terceiro mês, ou seja, um incremento de 2,6 vezes.

Em relação aos indicadores de qualidade, a avaliação multidimensional rápida procura verificar a capacidade funcional e cognitiva. A capacidade funcional refere-se às condições que a pessoa idosa tem de desenvolver atividades requeridas pelo ambiente em que vive e a capacidade cognitiva refere-se a suas condições de lidar com as informações que a realidade lhe proporciona – registrar, armazenar e dar significado adequado aos dados. Esses aspectos determinam a autonomia e a independência de que a pessoa idosa efetivamente desfruta<sup>26</sup>.



De acordo com Sirena e Moriguchi<sup>27</sup>, a atenção às pessoas idosas objetiva promover sua saúde e prevenir doenças e, para isso, um cuidadoso exame clínico deve ser realizado rotineiramente, incluindo rastreamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, verificação de sinais vitais e dados antropométricos e fornecimento de orientações para hábitos saudáveis de vida. Para portadores de hipertensão ou diabetes, é importante incluir estratificação de risco cardiovascular e exame dos pés.

Muitas equipes de Estratégia de Saúde da Família ainda não contam com profissional odontólogo. No entanto, há aspectos da saúde bucal que estão no escopo da competência de outros profissionais de saúde que podem perceber problemas na higiene bucal, identificar cáries, necessidade de prótese, lesões na mucosa, tumores e, quando for o caso, fazer o encaminhamento para o dentista em uma unidade central ou em um centro de especialidades odontológicas<sup>28-30</sup>.

A edição de 2014 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>18</sup> permite o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa pelo prazo de cinco anos em relação às condições de saúde e rede social e familiar; e fornece orientações para o autocuidado e aos profissionais de saúde para realização da AMR e organização do processo de trabalho. Esse indicador favorece o controle social, pois oportuniza que o usuário conheça como deve ser seu atendimento.

Os resultados dos indicadores de qualidade não detectaram diferenças significativas de acordo com o porte dos municípios, sugerindo que as intervenções promoveram a equidade em contextos sociais contrastantes<sup>21-25</sup>. Além disso, considera-se que, por meio das ações avaliadas, o curso fortaleceu a integração ensino-serviço<sup>28</sup>.

Por outro lado, os médicos cubanos apresentaram melhor desempenho em três dos quatro indicadores de qualidade. A nacionalidade dos profissionais-estudantes sempre se manteve associada à maior diferença na cobertura das intervenções, independentemente de outros fatores. Dado o perfil da amostra, no qual há forte colinearidade entre nacionalidade cubana e vínculo ao Mais Médicos, pode-se afirmar que os resultados vantajosos observados nas intervenções do PMMB são decorrentes das características dos profissionais cubanos em relação à formação médica, experiência e especialização em APS. A maior presença de médicos cubanos em municípios de menor porte reforça sua contribuição para a equidade das intervenções em relação ao contexto social<sup>21-25,30</sup>.

Estudos, no âmbito da APS, que medem alcance de metas de qualidade e incremento na cobertura mediante processo de intervenção na realidade dos serviços ainda são escassos em nosso meio e evidências de melhores resultados obtidos por participantes do Mais Médicos junto com o programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa são inéditas. Acreditamos que este artigo possa subsidiar políticas públicas na área da formação de profissionais para APS, especialmente aquelas que enfatizam integração ensino-serviço, notadamente em relação à Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.


## Conclusões

As intervenções melhoraram o desempenho das ações de saúde no cuidado a pessoas idosas, em todos os cenários testados, independentemente do tipo de provimento e da nacionalidade dos profissionais. As intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos, com destaque para os médicos cubanos, tiveram resultados significativamente


melhores, tanto em relação ao aumento de cobertura quanto em relação à melhoria de indicadores de qualidade das ações.

### Autores (continuação)


**Pamela Volz<sup>(g)</sup>**

<pammi.volz@gmail.com> 

**Leandro Rodrigues<sup>(h)</sup>**

<leandrofeio@hotmail.com> 

**Luiz Augusto Facchini<sup>(i)</sup>**

<luizfacchini@gmail.com> 

### Contribuições dos autores

Maria Elizabeth Gastal Fassa, Elaine Tomasi e Luiz Augusto Facchini participaram da concepção e delineamento do trabalho; redação e revisão final do manuscrito; revisão de literatura; e análise e interpretação dos dados. Louriele Wachs e Leonardo Pozza Santos participaram da coleta e processamento dos dados. Anacláudia Gastal Fassa e Elaine Thumé participaram da análise e interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. Pâmela Volz e Leandro Rodrigues colaboraram na revisão da literatura e nas versões preliminares do manuscrito. Todos os autores listados participaram da discussão dos resultados e revisaram e aprovaram a versão final a ser publicada.

### Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil – *Código de Financiamento 001*.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Ministério da Fazenda – TC73 2013.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Magnago C, Pierantoni CR, França T, Vieira SP, Miranda RG, Nascimento DN. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. Cienc Saude Colet. 2017; 22(5):1521-30.



4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
5. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. Rev Baiana Saude Publica. 2008; 32 Suppl 1:98-114.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
9. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011. Institui o Programa De Valorização Do Profissional Da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 1 Set 2011.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
11. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Institucional [Internet]. 2018 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional>
12. Miranda GD, Mendes AG, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016; 19(3):507-19.
13. Agência IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões [Internet]. 2017 [citado 8 Maio 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 Out 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. Projeto pedagógico: especialização em saúde da família - EaD. Pelotas: UFPEL; 2013.
18. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Santos JB, Maciel RH, Lessa MG, Maia, AL. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. Saude Soc. 2016; 25(4):1003-16.
20. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):169-77.



21. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(3):669-81.
22. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. Insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(1):161-74.
23. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, Silva SM, Fassa AG, Garcia LP, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the brazilian family health strategy. In: Reich MR, Takemi K. *Governing health systems: for nations and communities around the world*. Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
24. Geib LC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(1):123-33.
25. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):548-54.
26. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 22a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 151-75.
27. Sirena SA, Morigushi EH. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 576-85.
28. Martins AB, Davila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária à saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(8):3403-16.
29. Barbosa KN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontol Clin Cient*. 2011; 10(3):227-31.
30. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Van Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2739-48.

---

In order to assess coverage and quality of elderly care, a cross-sectional study of 204 interventions of Family Health Specialization students of UFPel was conducted, both connected and not connected to the More Doctors Program (PMM). The coverage difference between the third and first months of intervention and the percentage at the end of the third month were calculated in order to obtain quality indicators. An average increase in coverage of 35.7 percentage points (pp) (32.9, 38.6) was found: 42.1 pp (38.6, 45.7) and 26.1 pp (22.3, 30) were, respectively, related and not related to PMM. Brief Multidimensional Assessment (AMR), up-to-date clinical examination and assessment of the need for dental treatment showed better results in interventions conducted by PMM professionals. The interventions were effective regardless of supply and nationality, obtaining significantly better results those conducted by PMM professionals, especially Cubans.

**Keywords:** Medical education. Elderly health. Primary healthcare. Family Health Strategy.



Con el objetivo de evaluar la cobertura y la calidad del cuidado a las personas mayores, se realizó un estudio transversal de las 204 intervenciones de alumnos de la Especialización en Salud de la Familia de UFPel, vinculados o no al Más Médicos. Se calculó la diferencia de cobertura entre el 3<sup>er</sup> y el 1<sup>er</sup> mes de intervención y el porcentaje alcanzado al final del 3<sup>er</sup> mes para indicadores de calidad. Se encontró un aumento medio de la cobertura de 35,7 puntos porcentuales (pp) (32,9; 38,6), siendo de 26,1 pp (22,3; 30,0) y de 42,1 pp (38,6; 45,7) realizadas por no Más Médicos o Más Médicos, respectivamente. Evaluación multidimensional rápida, examen clínico al día y necesidad de tratamiento odontológico presentaron un mejor desempeño en intervenciones realizadas por profesionales del Más Médicos. Las intervenciones fueron efectivas, independientemente de la provisión y nacionalidad, obteniendo resultados significativamente mejores las realizadas por profesionales del Más Médicos, especialmente los de nacionalidad cubana.

**Palabras clave:** Educación médica. Salud del anciano. Atención primaria de la salud. Estrategia de salud de la familia.


Submetido em 02/03/18.  
Aprovado em 08/10/18.

### Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação


Federal management of the More Doctors Program: the role of the Ministry of Education (abstract: p. 11)

Gestión federal del Programa Más Médicos: el papel del Ministerio de la Educación (resumen: p. 11)


**Erika Rodrigues de Almeida**<sup>(a)</sup>

<erika.almeida@saude.gov.br> 

**Harineide Madeira Macedo**<sup>(b)</sup>

<hmmacedo@unb.br> 

**José Carlos da Silva**<sup>(c)</sup>

<carlossilvan2003@yahoo.com.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar. Brasília, DF, Brasil. 70058-900.

<sup>(b)</sup> Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

<sup>(c)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Educação (doutorado), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) possui três eixos de atuação e é fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente. Considerando a abrangência do programa, que vai do provimento emergencial de médicos até a ampliação do número de vagas em cursos de graduação e residência em Medicina, sua gestão é interministerial, na qual o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) compartilham responsabilidades para seu pleno funcionamento. O presente trabalho relata a construção da experiência de gestão do PMM por parte do MEC, que inclui a estruturação de uma nova diretoria e de novos modos de fazer gestão nesse ministério. Também aponta as principais dificuldades e facilidades durante todo o processo, além de sinalizar importantes reflexões sobre as perspectivas e desafios para a continuidade e sustentabilidade do programa.

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos. Gestão. Educação. Saúde. Atenção primária à saúde.

## Introdução

O PMM foi criado em 2013 pela Lei nº 12.871<sup>1</sup>, de 22 de outubro, fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente em Saúde (EPS), com o objetivo de atender a população brasileira nos serviços de Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e extensão. O programa abrange três eixos de atuação: I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Considerando a abrangência do programa, que vai do provimento emergencial de médicos em áreas de escassez e/ou dificuldade de fixação desses profissionais até a ampliação do número de vagas em cursos de graduação e residência em Medicina, sua gestão é interministerial, na qual o MS e o MEC compartilham responsabilidades para seu pleno funcionamento.

Na perspectiva de atender às finalidades relacionadas ao eixo educacional e alinhando-se às legislações do programa, instituiu-se nova configuração gerencial, no âmbito do MEC, alterando-se a estrutura organizacional da Secretaria de Educação Superior (SESu) por meio do Decreto nº 8.066/2013, que criou a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) com duas coordenações: Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS) e Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES).

A SESu é a unidade do MEC responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Superior no Brasil. A manutenção, a supervisão e o desenvolvimento das instituições públicas federais de ensino superior (Ifes) e a supervisão das instituições privadas de educação superior, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), também são de responsabilidade da SESu.

À DDES foram atribuídas as seguintes competências: I – avaliar o desempenho gerencial dos programas de educação em saúde; II – supervisionar a capacitação de profissionais do PMM e dos demais programas na área de saúde no âmbito da educação superior; III – monitorar a implantação dos cursos na área de saúde; IV – coordenar a implantação, o monitoramento e a avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no âmbito do PMM do Governo Federal, em conjunto com o Ministério da Saúde; V – propor critérios para a implantação de políticas educacionais e estratégicas, com vistas à implementação de programas de residência em saúde; VI – desenvolver programas e projetos especiais de fomento ao ensino, visando ao treinamento em programas de residência em saúde; VII – coordenar as atividades da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); VIII – conceder e monitorar as bolsas de estudo para programas de residência em saúde nas Ifes; IX – propor diretrizes curriculares nacionais para a formação em residências em saúde; X – coordenar a elaboração e implantação do sistema nacional de avaliação de programas de residência em saúde; XI – estabelecer critérios e

acompanhar o cumprimento pelas instituições nas quais serão realizados os programas de residência em saúde, além da sistemática de credenciamento e acreditação periódica dos programas; XII – estabelecer as normas gerais de funcionamento dos programas de residências em saúde, conforme as necessidades sociais e os princípios e diretrizes do SUS; e XIII – certificar os hospitais de ensino, em conjunto com o MS.

Essas alterações no âmbito do MEC estão inseridas no contexto dos investimentos em políticas sociais que o país passou a desenvolver a partir da segunda metade da década de 2000<sup>2</sup>. O PMM, ao apresentar ações que levam ao fortalecimento do SUS, também se enquadra como uma política de redução das desigualdades sociais no Brasil, uma vez que universaliza o acesso à saúde de populações de áreas remotas e de periferias das grandes cidades. Daí a importância de se ter um olhar do ponto de vista da gestão de políticas públicas em nível federal, independente das conjunturas.

Considerando a importância do registro histórico do processo de construção da gestão ou implementação do PMM e a relevância da partilha de experiências por meio do relato das lições aprendidas e análise institucional, este trabalho apresenta um breve relato da gestão federal do PMM por parte do MEC. O objetivo é reconstituir a história da DDES desde a sua criação em 2013 até a sua evolução em 2016, quando ocorreu a ruptura democrática por meio de golpe parlamentar ocorrido no Brasil, destacando as potencialidades e fragilidades do processo de gestão do PMM por parte do MEC neste período.

Convém destacar que este trabalho apresenta a sistematização de relatos de agentes que participaram da formulação do programa e de sua gestão no âmbito do MEC durante o período supramencionado. Assim, os sujeitos autores deste trabalho possuem trajetória na gestão federal do PMM no MEC, tanto na direção da DDES quanto na coordenação e equipe técnica da CGEGES, e conseqüente implicação com a política em questão e com os movimentos desencadeados pelo MEC ao longo da implementação e gestão do programa.

O conteúdo aqui apresentado foi construído com base nas seguintes fontes: relatos das vivências dos sujeitos e documentos produzidos durante a gestão do programa no MEC, como relatórios anuais de gestão, documentos normativos e técnicos, atas e outros registros de reuniões. A fim de facilitar a organização dos relatos dos sujeitos, algumas perguntas norteadoras foram utilizadas, a saber: a) Como se deu o processo de criação da DDES e da CGEGES?; b) Quais as negociações e os agentes envolvidos no processo de criação da DDES e da CGEGES?; c) Como se organizou a DDES? Qual foi a estrutura construída?; d) Como a criação da DDES se relaciona com o PMM?; e) Como se deu a implantação do PMM no âmbito do MEC?; f) Quais as dificuldades e facilidades vivenciadas durante a implantação e ao longo da gestão do PMM no MEC entre 2013 e 2016?; g) Quais as mudanças, ganhos e perdas que podem ser atribuídos ao processo de *impeachment* (ou golpe parlamentar) ocorrido em 2016?; h) Quais as perspectivas e/ou expectativas relacionadas à sustentabilidade do PMM após as mudanças políticas ocorridas a partir de 2016?

Todo o material utilizado como fonte de informação para a produção deste artigo foi sistematizado e analisado utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>3</sup>, respeitando-se as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Dessa forma, buscou-se compreender as informações repassadas pelos sujeitos, entendendo o sentido da comunicação e inter-



pretando-as de forma a buscar outras significações, com vistas a produzir os relatos dos fatos históricos ocorridos no período em análise. Os resultados encontrados são apresentados em sessões, considerando a cronologia em que se deram e as temáticas enfocadas.

## **A emergência da DDES na gênese do PMM e sua interface com a Atenção Básica**

A Atenção Primária à Saúde (APS) (ou AB), no Brasil, é entendida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A APS brasileira possui na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação<sup>4</sup>.

Desde sua criação, primeiramente como Programa Saúde da Família, em 1994, diversos têm sido os desafios enfrentados para o alcance de expressivo grau de resolução e para que as políticas tenham impacto sobre a organização dos serviços e a melhoria do estado de saúde da população brasileira<sup>5</sup>. Destacam-se o subfinanciamento das ações<sup>6</sup>, a dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde – sobretudo médicos –<sup>7-10</sup>, a insuficiente qualificação dos trabalhadores para o exercício na Saúde Pública<sup>10,11</sup>, a concorrência de orçamento com a média e alta complexidade<sup>12,13</sup>, o baixo capital simbólico para a população<sup>13</sup>, dentre outros.

Na tentativa de superar a escassez de médicos no Brasil, bem como de reduzir as iniquidades na distribuição desses profissionais entre as regiões e localidades<sup>14</sup>, em 2013 o Governo Federal criou o PMM, estruturado com três eixos de atuação: I – investimento na melhoria da infraestrutura das redes de atenção à saúde; II – ampliação da oferta de cursos e vagas em Medicina, incluindo reforma curricular na graduação e residência médica; e III – a implantação do PMMB, caracterizado pelo provimento emergencial de médicos na APS, em áreas prioritárias para o SUS.

De acordo com o marco legal instituído para o programa, os eixos II e III possuem caráter formativo e, por essa razão, demandaram o envolvimento do MEC para viabilizá-los adequadamente. Assim, no mesmo ano de 2013, foi instituída nova estrutura organizacional, por meio do Decreto nº 8.066/2013, responsável pela gestão dos aspectos educacionais do programa: a DDES.

Essa diretoria, criada no âmbito da SESu, foi estruturada em articulação com outras já existentes no MEC, como a CGRS e a Secretaria de Regulação do Ensino Superior (Seres). A CGRS, criada no MEC juntamente com a Coordenação Geral de Hospitais Universitários (CGHU) em 2007, dentro da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde (DHR), que foi instituída por meio do Decreto nº 6320, de 20 de dezembro de 2007, era responsável pela gestão dos programas de residência médica, multiprofissional e uniprofissional, bem como pela coordenação dos trabalhos das Comissões Nacionais de Residência Médica (CNRM) e Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Na época em que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada, em 2011, esta absorveu a CGHU e a CGRS ganhou *status* de di-

retoria, ligada diretamente ao gabinete da SESu. Assim, na criação da DDES, a CGRS foi novamente reposicionada dentro do MEC, passando a se reportar hierarquicamente à nova diretoria, conjuntamente com a CGEGES, e absorvendo novas atribuições, definidas a partir da criação do PMM. As metas relacionadas à expansão de programas e vagas de residência médica ficaram sob a responsabilidade da CGRS, enquanto as ações relacionadas à expansão de vagas e cursos de graduação em Medicina, bem como as ações relacionadas ao ciclo formativo do PMMB, como os Módulos de Acolhimento e Avaliação e a supervisão acadêmica aos médicos, ficaram sob a gestão da CGEGES.

Vale destacar que a concepção do PMM, bem como sua gestão e operacionalização, ocorreram sob forte articulação e parceria entre MS e MEC. No âmbito do MS, a articulação com a SESu era realizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), especialmente por meio do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

### **A equipe de gestão do PMM no MEC: novos perfis e novas estruturas**

No contexto da reestruturação do MEC e com o surgimento da DDES, a gestão foi assumida por um profissional com experiência no SUS e na educação superior, que permaneceu na função de dezembro de 2013 a março de 2016. A descrição desse perfil nos leva a destacar que, neste relato dos fatos históricos, está se partindo da premissa de que as dificuldades ou insucessos na implementação das mudanças no MEC não tinham origem no desenho da política pública, mas na consideração de que o momento de sua implementação exige um campo específico de análise<sup>15</sup>.

Ao integrar o MEC, além de dirigir as ações sob a competência da CGRS, cuja equipe já estava organizada, foi estruturada a equipe de gestão central na CGEGES, subdividida em duas frentes: uma voltada à gestão do processo de expansão das escolas públicas de Medicina no Brasil, em consonância com a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas<sup>16</sup>, e outra com a responsabilidade de gerenciar as ações de supervisão no âmbito do PMMB. A coordenação da CGEGES ficou na responsabilidade de um gestor de carreira do MEC, com formação na área da Saúde.

A equipe técnica estruturada na CGEGES possuía, em sua maioria, formação superior na área da Saúde (Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Enfermagem, etc.) e da Educação (Pedagogia), além de experiência na gestão e/ou assistência em Saúde e experiência em gestão da Educação e da Educação em Saúde. Essa equipe foi responsável, nos primeiros meses de estruturação da CGEGES, pela construção de importante arcabouço normativo do MEC para a gestão do PMM; pela articulação com outras instituições parceiras, como a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), EBSEERH e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e pela definição e organização de fluxos processuais e organizacionais da nova coordenação.

Vale registrar que o Programa, inicialmente pensado para cobrir a Atenção Básica brasileira com o provimento de quatro mil médicos, foi expandido substancialmente, chegando a prover com mais de 18 mil médicos cerca de quatro mil municípios do Brasil (aproximadamente 73% da totalidade de municípios brasileiros) até dezembro de 2016. Esse aumento gerou a necessidade de ampliação da equipe de gestão do MEC, que foi operacionalizada por meio da estratégia de apoio institucional descentralizado.

Apoio institucional é uma ferramenta de gestão, utilizada usualmente pelo MS, mas não pelo MEC, para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos. Além disso, ele pode ser incorporado pelos coletivos organizados sem a necessidade de um agente externo<sup>17</sup>.

Em março de 2014, foi iniciada a estruturação de uma equipe de apoiadores estaduais do MEC para o PMMB, que tinham a responsabilidade central de mediar a relação entre as instituições que realizam a supervisão e tutoria aos médicos participantes e a gestão federal do PMMB. Esses apoiadores, cuja quantidade ampliou-se de quatro para quarenta pessoas em um intervalo de seis meses, possuíam formação e experiência na área da Saúde e tiveram seu processo de trabalho organizado fortemente à luz do referencial da Educação Popular e da Educação Permanente em Saúde. Essa experiência é relatada por Almeida et al.<sup>18</sup>.

Além da relação com o MS e com instituições que atuavam na tutoria e supervisão aos médicos do PMMB, a CGEGES ainda construiu articulações institucionais com a EBSEH, que apoiava a coordenação nos processos de pagamento de bolsas a tutores, supervisores e avaliadores da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (Camem); com a UNA-SUS, que desenvolveu sistema eletrônico de acompanhamento e monitoramento das ações de supervisão (webportfólio), no qual eram inseridos os relatórios comprobatórios da supervisão aos médicos do programa; e com a Fiocruz, especialmente a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), que apoiou o MEC nos processos logísticos de deslocamento de tutores e supervisores às Unidades de Saúde da Família onde os médicos do programa estavam atuando.

Com a ampliação do programa e a necessidade de garantir o processo de supervisão à totalidade de médicos, em atendimento à regulamentação vigente, também foi construída importante articulação institucional com o Ministério da Defesa, que apoiou o MEC na logística de deslocamento de supervisores e tutores do Grupo Especial de Supervisão<sup>19</sup>, responsável pela supervisão em área indígena e em regiões com dificuldade de acesso nos estados do Pará, Amazonas, Roraima e Acre. Tal articulação foi fundamental para a viabilidade de supervisão nessas regiões e foi importante para estreitar laços institucionais entre dois ministérios historicamente distantes.

Considerando que o PMM foi o carro-chefe do governo de Dilma Rousseff no campo da Saúde Pública, estruturou-se relevante articulação com a Casa Civil da Presidência da República, sobretudo com a Subchefia de Avaliação e Monitoramento, a qual era responsável pelo monitoramento das ações do programa e acompanhamento das metas estipuladas.

Todo esse processo foi fundamental para posicionar o MEC em um lugar de destaque na gestão do PMM e, inclusive, para redirecionar sua estrutura organizacional e funcional, de modo que ele fosse capaz de contribuir efetivamente para o alcance dos objetivos do programa. Porém, a reestruturação do MEC e a consolidação do PMM não ocorreu sem a participação popular. O controle social sempre foi um grande desafio no programa. Primeiro, porque o controle social tem um caráter mais forte no setor da Saúde. Segundo, o debate da educação médica nunca teve uma articulação com os conselhos de Saúde. No entanto, a equipe do PMM sempre buscou se articular com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com os conselhos estaduais e municipais para

diálogos e escutas de análises e sugestões para melhoria do programa, além das entidades representantes do movimento estudantil na área médica (especialmente a Denem). Isso também se dava com o Conselho Nacional de Educação, devido ao seu caráter consultivo, para implementar as políticas públicas de educação.

Vale destacar, ainda, que todo esse processo foi consideravelmente importante para reaproximar os Ministérios da Saúde e da Educação. Embora criados “irmãos”, em 1930, a cisão do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1953, trouxe consigo expressivo grau de disputa entre as pastas, que perdura até os dias atuais. Seja por disputa de orçamento, seja por disputas ideológicas, ambos os ministérios têm em sua trajetória momentos de fraternidade e de ruptura. No âmbito do PMM, as principais disputas se deram em torno da gestão acadêmica dos Módulos de Acolhimento e Avaliação; da gestão dos processos de abertura de novas escolas médicas; da expansão das vagas e de programas de residência médica, e da gestão dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes).

Em que pesem as oscilações nessa relação interministerial, o fato de as equipes dirigentes do PMM em ambos os ministérios possuírem relações pessoais prévias e trajetórias similares no campo do trabalho e da militância no SUS, foram fundamentais para a superação dos desafios institucionais (instituídos ou instituintes) e a construção de uma relação fraterna, solidária e colaborativa, o que contribuiu substancialmente para o bom desempenho do programa.

## Desafios e perspectivas para o PMM a partir de 2016

Com a ruptura do processo democrático brasileiro, consolidada em agosto de 2016 por meio do *impeachment* (ou golpe político, parlamentar e jurídico) da presidenta Dilma Rousseff, extensa reforma do Governo Federal foi implementada. Praticamente todo o corpo dirigente e técnico de todos os ministérios foi modificado, além de reformulado todo o projeto de governo com a assunção de Michel Temer à Presidência da República.

No âmbito do PMM, tanto as equipes do MEC quanto do MS sofreram expressivas mudanças que, inclusive, provocaram modificações substanciais no próprio programa. No MEC, os ajustes na gestão da DDES após o golpe parlamentar não ocorreram de imediato, mas foram paulatinamente acontecendo com desmonte dos processos e procedimentos de caráter de gestão pública e, quatro meses após a chegada da nova direção, instaurou-se um modelo “terceirizado” da gestão e também de clientelismo. O novo modelo de gestão reverberou positivamente junto com os colaboradores com perfil técnico-burocrático e sem vinculação ideológica com o próprio programa, aliado ao fato de que muitos ansiavam por projeções de cargos na equipe. Esse formato de gestão e de condução com a gestão pública, somado à vontade de terceirizar as responsabilidades da direção, foi um encontro memorável para os interesses pessoais dos envolvidos; porém, trouxe prejuízos para o PMMB.

O desafio que essa equipe encontrou, primeiramente, foi na compreensão do programa e do projeto, e isso só ocorreu mediante pressão da Presidência da República, dos órgãos de controle e fiscalização do Governo Federal e do Ministério da Saúde, quando se apressaram em estruturar a equipe, a partir de critérios que não consideravam as competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento do PMM. Em

segundo lugar, a equipe gestora deparou-se com a finalização do termo de convênio entre o MEC/EBSERH e Fiocruz, que mantinha não só a equipe, mas todas as ações do PMM sob responsabilidade do MEC.

Com dificuldades para negociar a continuidade do PMMB, a coordenação da CGEGES propôs um arranjo temporário à Fiocruz, que durou até o mês de setembro de 2017. As dificuldades de continuidade do convênio deram-se tanto por questões de natureza financeira – o novo valor que o MEC propôs à Fiocruz não era compatível com o planejamento orçamentário anterior – quanto pela concorrência de projetos – as prioridades da nova gestão não dialogavam com as necessidades do PMM. Desse modo, segundo instituições supervisoras do PMMB, tal impasse ocasionou a paralisação da supervisão acadêmica por três meses e, enquanto as negociações não logravam êxito, deixaram parte do PMM na ilegalidade devido ao não cumprimento do que está previsto em lei, que seria manter a supervisão regular e periódica de todos os médicos participantes. Também ocorreram mudanças no perfil dos apoiadores institucionais, uma vez que houve preenchimento das vagas de natureza pouco técnica. Antes, esses atuavam em uma perspectiva do apoio institucional e atualmente têm um caráter mais burocrático.

No que diz respeito à política de expansão das escolas médicas, às ações relacionadas à reforma curricular da Medicina e às ações referentes às residências médicas, houve paralisação das agendas em curso, inclusive com interrupção do processo de abertura de novas escolas e de ampliação de vagas de graduação e de residência médica, além de intensa movimentação em torno da reversão das mudanças nas diretrizes curriculares impressas pelo PMM.

A agenda defendida pela maioria das entidades médicas, historicamente contrárias ao programa, foi retomada, sendo aberto espaço para desmonte dos avanços alcançados até então, inclusive sendo ressuscitado o modelo de formação biomédica tradicional, médico-centrada.

No âmbito da supervisão, a relação com o MS tornou a se distanciar, sendo relatados graves prejuízos nos Módulos de Acolhimento e Avaliação, além do abandono de projetos de qualificação de supervisores e tutores. Também é relatada interrupção do Grupo Especial de Supervisão – que realizou em 2017 uma única supervisão presencial dos médicos atuantes em áreas remotas e áreas indígenas –, além de dificuldades de cumprimento dos pressupostos do programa no que diz respeito à regularidade e longitudinalidade da supervisão e tutoria acadêmica.

Ante o exposto, não parecem animadoras as perspectivas de futuro para o PMMB na conjuntura atual. O não comprometimento com a causa coletiva e com a universalidade do acesso da população brasileira à assistência à saúde com qualidade, como previsto para os usuários do SUS, parece não compor a agenda de preocupações do MEC na gestão da Educação em Saúde.

Por fim, há retrocesso nos níveis e instâncias de gestão do MEC decorrentes da mudança na macrogestão. A gestão atual na DDES apresenta fortes indícios dos vícios da administração pública, tão combatidos atualmente, e que levam à desconstrução de políticas públicas em Saúde e Educação – formação médica – que afetará enormemente as futuras gerações. Mostra-se urgente a necessidade de maior envolvimento e atuação das instâncias de controle e participação social, tanto do campo da Saúde quanto do campo da Educação, bem como um maior protagonismo das instituições de ensino

envolvidas nos processos de supervisão, a fim de garantir a continuidade e sustentabilidade do programa; e, sobretudo, a consecução do direito à saúde de qualidade a toda a população.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Madeira LM. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Observatório de Análise Política em Saúde. Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados [Internet]. Salvador; 2016 [citado 27 Dez 2017]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=1>
6. Silva IB. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Bras Promoc Saude. 2017; 30(1):110-7. doi: 10.5020/18061230.2017.p110.
7. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis. 2012; 22(4):1293-311.
8. Lopes EZ, Bousquat AEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19):118-24.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
11. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude Soc. 2011; 20(4):884-99.



12. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? *Int J Health Educ.* 2016; 1(2):83-90.
13. Santos FAS, Gurgel Junior GD, Pacheco HF, Martelli PJJ. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cad Saude Colet.* 2015; 23(4):402-8.
14. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Mass LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2675-84.
15. Lima L, D'Ascenzi L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: Madeira LM, organizador. *Avaliação de políticas públicas.* Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
16. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 15, de 22 de Julho de 2013. *Diário Oficial da União.* 23 Jul 2013.
17. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:895-908.
18. Almeida ER, Germany H, Firmiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus.* 2015; 9(4):49-66.
19. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 Jul 2015.



---

The More Doctors Program (PMM) has three axes of action and is grounded on the pedagogical guidelines of Permanent Education. Considering the Program's scope, which ranges from the emergency supply of doctors to the expansion of the number of seats in undergraduate and medical residency courses, its management is interministerial, as the Ministry of Health and the Ministry of Education share responsibilities for its full operation. This article reports on the construction of the Ministry of Education's experience of managing PMM, which includes the structuring of a new Directorate and new ways of doing management in this Ministry. It also points out the main difficulties and facilities throughout the process, and reflects on the perspectives and challenges for the Program's continuity and sustainability.

**Keywords:** More Doctors Program. Management. Education. Health. Primary care.

---

El Programa Más Médicos (PMM) posee tres ejes de actuación y está fundamentado por las directrices pedagógicas de la Educación Permanente. En el marco del Programa, que va desde la provisión de emergencia de médicos hasta la ampliación del número de plazas en cursos de graduación y residencia en Medicina, su gestión es interministerial, en donde el Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Educación (MEC) comparten responsabilidades para su pleno funcionamiento. El presente trabajo relata la construcción de la experiencia de gestión del PMM por parte del MEC, que incluye la estructuración de una nueva Dirección y de nuevos modos de realizar la gestión en este Ministerio. También señala las principales dificultades y facilidades durante todo el proceso, además de mostrar importantes reflexiones sobre las perspectivas y desafíos para la continuidad y sostenibilidad del Programa.

**Palabras clave:** Programa Más Médicos. Gestión. Educación. Salud. Atención primaria de la salud.

Submetido em 15/02/18.

Aprovado em 23/09/18.



### A trajetória da implantação de um internato de Saúde Mental em uma instituição de ensino superior

Implementation of a Mental Health internship in a higher education institution (abstract: p. 12)

Implantación de un internado médico en Salud Mental en una institución de educación superior (resumen: p. 12)


**Felipe Pinheiro de Figueiredo<sup>(a)</sup>**

<ffigueiredo82@gmail.com> 


**Marcelo Picinin Bernuci<sup>(b)</sup>**

<marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br> 


**Raquel Gusmão de Oliveira<sup>(c)</sup>**

<raquel.oliveira@unicesumar.edu.br> 


**Nilce Marzolla Ideriha<sup>(d)</sup>**

<nilce.ideriha@unicesumar.edu.br> 

**Ely Mitie Massuda<sup>(e)</sup>**

<elymitie.m@gmail.com> 

**Mirian Ueda Yamaguchi<sup>(f)</sup>**

<mirianueda@gmail.com> 

<sup>(a,c,d)</sup> Departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá (Unicesumar). Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação. Maringá, PR, Brasil. 87050-900.

<sup>(b,e,f)</sup> Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti), Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde, Unicesumar. Maringá, PR, Brasil.

A aprovação do Programa Mais Médicos (PMM) desencadeou uma série de readequações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do ensino médico, como a inserção de um internato em Saúde Mental integrado ao serviço-comunidade. Frente a essa demanda, as instituições de ensino superior (IES) foram encorajadas a inovar em suas metodologias de ensino-aprendizagem, a fim de garantir uma formação profissional generalista, humanista e crítica. Assim, relatamos, neste artigo, a experiência de uma IES privada na implantação de um internato em Saúde Mental em consonância com as novas DCN. Apresentamos todas as etapas da implantação do internato, envolvendo a atuação de diversos atores desse processo, como estudantes, supervisores, preceptores e gestores. Mostramos que um estágio em Saúde Mental vinculado aos diferentes níveis de atenção à saúde promove condições de aprendizagem capazes de favorecer a descentralização do cuidado e a aplicação da abordagem comunitária/familiar.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Educação médica. Políticas públicas em saúde.

## Introdução

Com o aumento da prevalência e gravidade dos transtornos mentais na população brasileira e mundial<sup>1-3</sup>, a área de Saúde Mental passou a ter um papel primordial na formação do médico generalista, colocando novos desafios às IES. Além disso, a Lei 12.871, de 2013, que instituiu o PMM com foco na atenção básica, exigiu reestruturação das DCN do ensino médico, destacando o desmembramento da Saúde Mental da clínica médica, tornando-a área específica ajustada aos princípios do programa<sup>4</sup>.

Frente a esse cenário, as novas DCN indicam que 70% da carga horária do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Saúde Mental, bem como de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva<sup>5</sup>. Nesse sentido, a formação em Medicina inclui, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Esse contrato garante o acesso a todos os estabelecimentos de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde e estabelece atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade<sup>6</sup>.

As alterações curriculares destacam os conteúdos fundamentais para a formação médica com foco no processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, orientados pela realidade epidemiológica do espaço de atuação da IES, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde e tendo como transversalidade os determinantes do processo saúde e doença<sup>5</sup>. No entanto, as novas diretrizes não detalham como implantar a Saúde Mental no novo currículo, deixando a cargo de cada instituição de ensino defini-lo. Usualmente, essa responsabilidade é atribuída aos encarregados pelas disciplinas de Psiquiatria e de Psicologia Médica.

Com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011<sup>7</sup>, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a Saúde Mental foi integrada em todos os níveis e pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), o que amplia consideravelmente o cenário do processo de ensino-aprendizagem e exige das IES condições efetivas para que o aluno de Medicina vivencie todas as situações. Ademais, como a Raps se fundamenta nos princípios da autonomia, do respeito aos direitos humanos e do exercício da cidadania, espera-se que, na estruturação do currículo acadêmico do curso de Medicina, haja priorização de estratégias de ensino que viabilizem questões relacionadas à promoção da equidade e do reconhecimento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado, desfazendo, portanto, estigmas e preconceitos.

Assim, surgem alguns questionamentos: como articular os pontos de rede de atenção de Saúde Mental para que os alunos possam acessar todos eles? Como tornar a aprendizagem em Saúde Mental significativa e humanizada, buscando atender o perfil de médico generalista? Diante da emergência da readequação do ensino médico no país em consonância com as novas DCN, relatamos, no presente artigo, a experiência de implantação do internato de Saúde Mental em uma IES privada.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da implantação de um internato em Saúde Mental, um componente curricular exigido nas DCN do ensino médico em uma IES privada. Essa IES está situada no município de Maringá, no noroeste do estado do Paraná. Esse município apresenta planejamento e urbanização recentes, sendo a terceira maior do estado e a sétima mais populosa da região Sul do Brasil. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Maringá se configura como um dos dois únicos municípios do estado a estar entre os 50 com melhor índice de desenvolvimento humano municipal do país.

A Rede de Saúde Mental em Maringá conta com um serviço de emergência psiquiátrica pública com 26 leitos psiquiátricos em hospital geral no Hospital Municipal para referência dos municípios de Maringá e Mandaguaçu; um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção; um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); e duas Residências Terapêuticas masculinas e uma feminina. Em maio de 2015, inaugurou-se o Complexo Maringaense de Saúde Mental, alocando os serviços especializados em prédio próprio (CAPSIII, CAPSad e CAPSi).

A implantação do internato de Saúde Mental ao longo do ano de 2016, na quinta série do curso de Medicina, seguiu três etapas: 1) diagnóstico e viabilidade da rede de Saúde Mental do município; 2) planejamento e desenvolvimento do processo de ensino; e 3) avaliação da efetividade do internato na formação do estudante de Medicina. Nessa última etapa, foi feita a análise das fichas de avaliação da disciplina realizadas pelos alunos, nas quais as respostas foram transcritas e analisadas no *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq)<sup>8</sup>.

Para o processamento dos dados, utilizou-se a nuvem de palavras, as quais foram agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, o que possibilitou facilmente a sua identificação a partir de um único arquivo, que reuniu os textos originados pelas respostas das fichas de avaliação. Assim, cada ficha caracterizou um texto, e o conjunto desses textos constituiu o corpo de análise. A partir das palavras mais frequentes fornecidas nos segmentos de texto, o programa realizou análise lexical, cujo vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência<sup>9</sup> e submetido a cálculos estatísticos para posterior interpretação<sup>10</sup>.

Nosso relato de experiência segue uma narrativa das etapas da implantação do internato, envolvendo a atuação de diversos atores, como estudantes, supervisores, preceptores e gestores de saúde, bem como uma análise qualitativa das repercussões dessa atividade na formação médica. Presume-se, portanto, um modelo de readequação do ensino médico em consonância com as novas DCN e as reflexões desse processo na formação médica na ótica dos alunos.

## A trajetória

### O contexto do curso

O curso de Medicina iniciou sua primeira turma em 2012, ofertado na modalidade de bacharelado, com duração de seis anos, 186 vagas anuais, regime seriado e currículo integrado totalizando carga horária de 8.289 horas: formação básica/formação profissional (4.820 horas), Estágio Curricular Obrigatório (três mil horas) e Atividades Complementares (469 horas).

Utiliza-se de pedagogia transformadora, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, priorizando a compreensão da realidade, o exercício da reflexão e a medicina baseada em evidência, nos moldes da educação de adultos (aprendizado baseado na solução de problemas, problematização, aprendizagem baseada em times e aprendizagem em serviço). O curso adota uma avaliação diagnóstica, permitindo a correção de rumos, seguindo, assim, as DCN para o curso de Medicina<sup>5</sup>.

O curso conta com dois coordenadores, um da área médica e outro da pedagógica, que, juntos, conduzem as atividades. Como estratégia de gestão, a organização e a condução das atividades do curso foram compartilhadas com subcoordenadores para cada série. As discussões pedagógicas e administrativas, fundamentais na implantação e desenvolvimento do curso, são realizadas pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) e o colegiado do curso de Medicina.

Perante a necessidade de implantação do Internato de Saúde Mental ao longo do ano de 2016, na quinta série do curso, iniciou-se uma discussão, junto com o NDE, para a contratação de um docente para organizar e articular a condução do internato. O critério de seleção consistiu em um profissional médico atuante na área de Psiquiatria da rede de saúde do município, com formação acadêmica de doutorado e experiência docente.

A partir da seleção do docente responsável pelo internato, o grupo estabeleceu etapas de trabalho: diagnóstico e viabilidade da rede de serviços do município, definição do perfil docente para contratação, planejamento e desenvolvimento do processo de ensino.

### O diagnóstico e a viabilidade da Rede de Saúde Mental do município: integrando escola e serviço

Para a apresentação da proposta do internato, em um primeiro momento, o coordenador contactou a Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (Cecaps) do município. A Cecaps é o órgão responsável pelos procedimentos, distribuição e normas relacionadas aos estágios nos serviços vinculados à Secretaria Municipal da Saúde na atenção primária e secundária e, também, pela condução da elaboração do Coapes, que, no município, ainda está em andamento.

Uma vez obtida a autorização, foi realizado um levantamento dos serviços da rede de Saúde Mental do município, composto por Hospital Geral com leitos de internação e atendimento de urgência em Psiquiatria, CAPS-AD, CAPSi, CAPS-III e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Assim, foram feitos esforços para a aproximação do coordenador do internato com os coordenadores dos serviços, buscando discutir o papel do aluno em cada serviço, bem como indicação dos profissionais responsáveis para receber os alunos.

Aqui, vale destacar as muitas negociações e embates travados diante da inserção e da atuação do aluno no serviço. Questões como o espaço físico para acolher os alunos e a atuação em todos os pontos da rede com o objetivo de inserir os alunos nas UBS, entretanto, até o momento de implantação do internato, não foram contempladas, pois não foi possível fazer o desenho das unidades e das atividades que poderiam ser realizadas, visto que a proposta, por ser nova, necessita de maior discussão e aproximação à rede.

Em relação ao perfil docente, foi traçado que esses profissionais deveriam ter uma visão generalista e voltada à Saúde Mental, e não à doença; além disso, era necessário que eles estivessem inseridos na rede municipal. Foram contratados seis docentes médicos; dois doutores em regime de trabalho T-40; um mestre e um especialista em regime T-24; e dois especialistas em regime T-12. Com a finalidade de complementar o atendimento aos alunos em campos de estágios, foram disponibilizadas duas bolsas para médicos especialistas que atendiam na rede municipal como contratados do município.

Com o corpo docente formado, novos encontros e discussões foram realizados, agora, para o planejamento e o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

## O planejamento e o desenvolvimento do processo de ensino

A partir das discussões, foi possível traçar os seguintes objetivos para o internato em Saúde Mental: capacitar o aluno de Medicina para o atendimento de condições de sofrimento mental e comportamental, no que tange aos aspectos necessários à formação médica generalista. No fim do estágio, espera-se que o aluno:

Desenvolva competências gerenciais, compreendendo: a organização dos serviços de Saúde Mental no município de Maringá; as políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde; e a importância da rede de atendimento à saúde, interligada à rede de educação e de assistência.

Desenvolva competências de atenção individual e coletiva, atuando em diversos dispositivos de atendimento à Saúde Mental, nos diferentes níveis de complexidade e de urgência; e em reuniões multidisciplinares, modelando uma comunicação de forma clara, desempenhando habilidades de síntese e discutindo hipóteses diagnósticas e de liderança, sem detrimento do respeito aos demais membros da equipe e às suas formas de atuação;

Desenvolva habilidades gerais de anamnese, exame físico e exame do estado mental em Psiquiatria, abrangendo: utilização de recursos propedêuticos e terapêuticos de forma consciente; percepção da natureza biopsicossocial das doenças mentais (com determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais); apreensão da utilização de formulários para prescrição de medicações de uso controlado; discussão de casos clínicos avaliados durante o período de estágio, exercendo a capacidade crítica de leitura de prontuários e escrita/síntese de casos clínicos; formulação de planos terapêuticos singulares envolvendo tanto o âmbito individual quanto o coletivo; reflexão sobre o plano terapêutico psicofarmacológico

individual, entendendo o papel da medicação psicotrópica, os riscos e benefícios atribuídos a ela; utilização de princípios básicos de metodologia científica na escolha de opções terapêuticas; compreensão humanística do indivíduo que procura ajuda médica, entendendo-o como um sujeito no qual aspectos biológicos, psicológicos e sociais estão integrados; e reflexão sobre a importância de sua própria saúde física e mental para a prática da atividade médica e outros princípios éticos da prática médica, além desses citados.

Dessa forma, o internato foi organizado em grupos de 15 alunos que, por sua vez, foram subdivididos em dois grupos, alternam-se em dois ciclos nos campos de estágio (CAPS-AD, CAPSi, CAPS-III, Hospital Geral com leitos de internação e atendimento de urgência em Psiquiatria e laboratório de simulação realista) (quadro 1).

**Quadro 1.** Esquema de rotação dos grupos de internato em Saúde Mental conforme locais e dias da semana

ROTAÇÃO 1						
	Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M	7h					
A	8h		CAPS-AD		Relação médica	Psiquiatria Comunitária
N	9h		CAPS-AD		Relação médica	Psiquiatria Comunitária
H	10h		CAPS-AD		Relação médica	Psiquiatria Comunitária
	11h		CAPS-AD		Relação médica	Psiquiatria Comunitária
Ã	12h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
T	13h	Laboratório de simulação	Área humana	-		
A	14h	Laboratório de simulação	Área humana	Ambulatório de Psiquiatria		
R	15h	Laboratório de simulação	Área humana	Ambulatório de Psiquiatria	CAPSAD	
D	16h	Laboratório de Simulação	Área humana	Ambulatório de Psiquiatria	CAPS-AD	
E	17h			Ambulatório de Psiquiatria	CAPS-AD	
	18h			Reunião Clínica	CAPS-AD	
ROTAÇÃO 2						
	Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M	7:00					
A	8:00	Relação médica	Enfermaria Hospital Geral	CAPSi		Psiquiatria Comunitária
N	9:00	Relação médica	Enfermaria Hospital Geral	CAPSi		Psiquiatria Comunitária
H	10:00	Relação médica	Enfermaria Hospital Geral	CAPSi		Psiquiatria Comunitária
	11:00	Relação médica	Enfermaria Hospital Geral	CAPSi		Psiquiatria Comunitária
Ã	12:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
	13:00					
T	14:00		Laboratório de Simulação	Ambulatório de Psiquiatria	Área humana	Emergência Hospital Municipal
A	15:00		Laboratório de Simulação	Ambulatório de Psiquiatria	Área humana	Emergência Hospital Municipal
R	16:00		Laboratório de Simulação	Ambulatório de Psiquiatria	Área humana	Emergência Hospital Municipal
D	17:00		Laboratório de Simulação	Ambulatório de Psiquiatria	Área humana	Emergência Hospital Municipal
E	18:00					Emergência Hospital Municipal

Como estratégia de ensino, os alunos realizam atendimentos clínicos individuais, em dupla e em grupo, a pacientes internados, em acompanhamento semi-intensivo e ambulatorial, incluindo atendimento a familiares e a atores do laboratório de simulação. Além dos atendimentos, também efetuam estudos de casos clínicos em grupo e observação de ambientes de espera.

No estágio de Psiquiatria Comunitária, realizam contatos de referência, contrarreferência e atividades de matriciamento para outros serviços da rede de saúde, de assistência e de educação. No CAPSi e na Enfermaria do Hospital Geral, presenciam modelos de reuniões multidisciplinares. Semanalmente, ocorre reunião clínica com seminários ministrados pelos próprios alunos a respeito de temas específicos em Saúde Mental.

Há, ainda, três estágios longitudinais ao longo das sete semanas de estágio: no primeiro, denominado Relação médica, discutem-se aspectos relacionados à transferência, à contratransferência, relacionados à vinculação médico-paciente e às técnicas básicas de psicoterapia de apoio e de intervenção psicoterápicas breves. O segundo, designado Laboratório de simulação, acontece no laboratório de simulação realística, com atores em situações de agitação psicomotora, abstinência alcoólica, criança abusada, ideação suicida e ataques de pânico.

O terceiro – Área Humana – é um espaço reservado aos alunos para o desenvolvimento de suas habilidades artísticas. Ao longo das sete semanas, tem-se um horário destinado para esse propósito, o qual é apresentado aos supervisores no final do estágio. Além disso, os alunos são estimulados a fazer uma narrativa de vida a fim de que reflitam sobre os motivos para estarem onde estão e serem quem são. Tais atividades não são obrigatórias, compondo um bônus na nota final para aqueles que se disponibilizarem a fazê-las, mas conta com a participação ativa dos alunos.

As atividades são supervisionadas diretamente por médicos psiquiatras contratados pela IES. Em alguns campos, como no CAPS-AD, no CAPSi, na Emergência Psiquiátrica e na Enfermaria de Psiquiatria, o próprio médico assistente do serviço recebe os alunos.

O processo avaliativo do internato é composto por duas etapas: uma formativa e outra cognitiva. A formativa se subdivide em avaliação atitudinal e avaliação prática de habilidade clínica, que são realizadas em consultórios de habilidades da IES. Ambas equivalem a 40% da nota, sendo que a primeira é feita ao longo do estágio e a segunda analisa a prática dessa habilidade. A avaliação cognitiva, por sua vez, é composta por questões de múltipla escolha, correspondendo a 20% da nota final. As questões abordam temas de Psiquiatria inseridos em casos e situações encontradas nas cinco grandes áreas: Pediatria, Saúde Coletiva, Ginecologia-Obstetrícia, Cirurgia e Clínica Médica.

## Reflexões acerca do internato de Saúde Mental

A proposta de implantação do internato nos diferentes serviços de saúde foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município, mediante um contrato e a contrapartida da IES; dessa forma, a população e o serviço são beneficiados, pois proporciona um aumento significativo no número de atendimentos em toda a Rede de Saúde Mental, bem como a educação permanente dos profissionais.

Para alguns serviços, a IES contratou preceptor, gerando, no total, cerca de duzentas consultas especializadas por mês ao município, impactando positivamente na redução da fila de atendimentos especializados e responsabilizando-se por uma das cinco regiões de referência em Saúde Mental pertencentes ao município de Maringá.

Em outros serviços, os alunos acompanham os médicos da própria rede de saúde, auxiliando nas consultas e acompanhando as condutas e evoluções. Observa-se que, nessas experiências, há um ganho para o usuário, para o serviço e para o próprio servidor, tendo em vista a tomada de decisões mais refletidas e embasadas em evidências.

No entanto, vale ressaltar que as discussões para a implantação nas UBS ainda estão em andamento e representam um grande desafio, visto que requerem um planejamento mais detalhado das prioridades, com objetivos e estratégias definidos e estabelecidos, participação de todos os atores envolvidos, discriminação de tarefas e responsabilidades de cada profissional, bem como o treinamento dos profissionais e suporte contínuo de especialistas, além de equipamentos especializados de referência e medicamentos<sup>11</sup>.

Não se trata apenas de uma organização administrativa e curricular, mas também de um esforço coletivo escola-serviço em reconhecer a importância da articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária e, juntos, promoverem discussões entre docentes, alunos, profissionais e comunidade acerca da importância dessa articulação, visto que tal estratégia tem potencial de reduzir substancialmente a carga de doenças produzidas pelos transtornos mentais<sup>12</sup>.

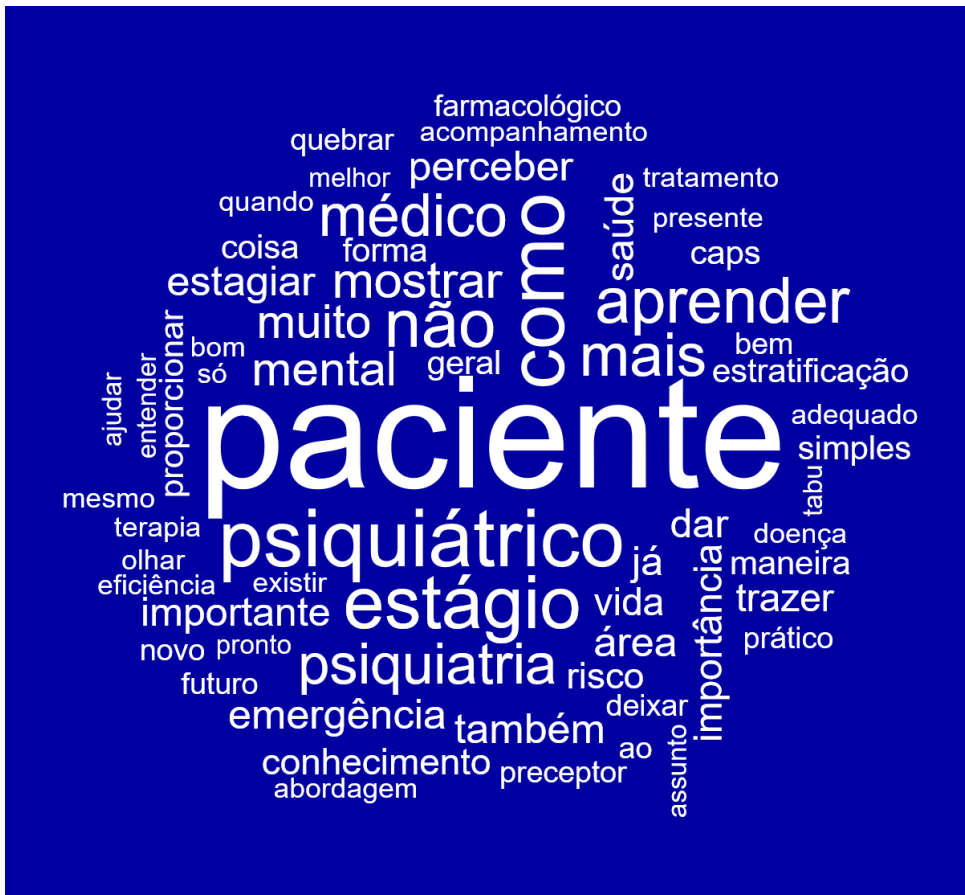
No fim do internato de Saúde Mental, os acadêmicos avaliaram as fortalezas e as fragilidades do processo, e percebeu-se que a abertura dessa frente de estágio permitiu vivenciar situações novas, admitindo o exercício da capacidade de acolhimento e troca de experiências com os usuários, bem como a reflexão quanto à qualidade de sua própria Saúde Mental, buscando meios para melhorá-la.

Nas avaliações dos alunos, também foi possível perceber que houve uma diminuição expressiva do “estigma à doença mental e à pessoa em sofrimento mental”, na medida em que muitos puderam refletir sobre a humanização do cuidado, além da possibilidade de questionar, cuidar e encaminhar para o serviço especializado, buscando métodos mais naturais, com a centralidade das atividades na pessoa e não em procedimentos, identificado na análise da nuvem de palavras (figura 1).

A centralidade no “paciente” (figura 1) aponta que o aprendizado do aluno se torna mais significativo na medida em que diminui o preconceito contra as pessoas que têm transtornos mentais, e percebe-se a boa aceitação dos usuários com a presença dos acadêmicos.

Discussões acerca do estigma dos transtornos mentais e a humanização do cuidado em Saúde Mental no Brasil não são recentes. O combate a práticas opressoras que infringem os direitos humanos tem sido estimulado desde a reforma psiquiátrica brasileira na década de 1970<sup>13</sup>. A mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional e centralizador, tem sido pautada na Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS<sup>14</sup>, e fortalecida pela Rede de Atenção Psicossocial.





**Figura 1.** Nuvem de palavras resultado das avaliações dos alunos do curso de Medicina acerca do internato em Saúde Mental.

É nesse novo cenário que as DCN do curso de Medicina se inserem, inspirando o método de ensino clínico centrado na pessoa e na sua experiência com a doença, de forma integral, participativa e realista, incorporando a busca da promoção da saúde<sup>15</sup>. Nesse perfil de cuidado, reconhecem-se os contextos de vida e os sentimentos envolvidos, o que garante abertura para que o indivíduo com transtornos mentais se encontre em suas possibilidades<sup>16</sup>. Sendo assim, acredita-se que a formação de médicos para o desenvolvimento de cuidados de Saúde Mental na atenção primária deve ter como enfoque a relação médico-paciente, as técnicas e práticas do trabalho em equipe e o desenvolvimento da capacidade para ouvir e se comunicar<sup>17,18</sup>.

Contudo, em alguns serviços, apesar das negociações e aproximações realizadas, percebeu-se certa resistência da equipe em relação aos alunos, o que pode ser atribuído à não familiarização da presença de estudantes nesses ambientes. Esse fato requer ações integrativas que possibilitem troca de experiências e saberes acerca da Saúde Mental, bem como os desafios, avanços e perspectivas futuras no contexto do serviço e do ensino.

De qualquer forma, a experiência da implantação do internato em Saúde Mental relatada no presente artigo se apresenta positiva na medida em que mostrou a possibilidade da manutenção de uma boa relação entre a academia e o serviço, demonstrada na abertura para o diálogo e na possibilidade da atuação dos alunos nos diferentes pontos da rede de atenção à Saúde Mental. A não inserção dos alunos nas

unidades básicas de saúde para atuação em Saúde Mental se deve ao fato de esse novo campo requerer ações integradas e planejadas a médio e longo prazo, envolvendo inúmeros atores, interesses e estratégias para que ocorra a efetiva adaptação e integração.

## Considerações finais

O relato dessa experiência nos propicia, em caráter mais amplo, a percepção de como as DCN puderam ser desencadeadoras de mudanças para além da formação do acadêmico de Medicina. Nesse campo da formação médica, constatou-se o papel dessas mudanças na aquisição de habilidades em diferentes áreas de competência da prática médica. Particularmente, no que tange à Atenção à Saúde, além de outros aspectos abordados nas DCN, a inserção de um estágio específico em Saúde Mental permitiu o avanço na comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade e garantindo a compreensão e a segurança do paciente.

Além desses efeitos na formação, a execução do disposto nas DCN permitiu o aprofundamento da parceria ensino-serviço, com consequentes impactos na rede de saúde e na qualidade do atendimento ao usuário. As competências apontadas pelas DCN levam à necessidade da utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, como foi aqui descrito em um exemplo prático vivencial, possibilitando ao aluno, assim, conhecer e agir como protagonista em situações variadas da prática médica, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. Como efeito mais amplo, as DCN direcionam a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. De forma geral, podemos concluir que a estruturação de um internato em Saúde Mental, vinculado a diferentes pontos da rede de atenção em saúde, propicia condições de ensino-aprendizagem capazes de privilegiar a descentralização do cuidado e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo centralizador.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Agradecimentos

Ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) pela concessão de bolsas de auxílio-pesquisa.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100):1211-59.
3. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(1):191-204. doi: 10.1590/1980-5497201700050016.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
5. Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de Junho de 2014. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.
6. Ministério da Educação (BR). Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Educação; 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Ratinaud P. IRAMUTEQ: interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Un logiciel libre construit avec des logiciels libres [Internet]. 2009 [citado 2 Out 2018]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>
9. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud Pesqui Psicol*. 2006; 6(2):72-88.
10. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-18.
11. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013; 10(5): e1001448. doi: 10.1371/journal.pmed.1001448.
12. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr*. 2014; 27(4):308-14.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2010.



15. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
16. Fidelis AC. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). *Trab Educ Saude*. 2018; 16(2):561-82. doi: 10.1590/1981-7746-sol00126.
17. Pereira AA, Costa AN, Megale RF. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(2):269-79.
18. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro CGFC. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(12):4685-94.

---

The approval of the More Doctors Program has triggered a number of readjustments of the National Curricular Guidelines (DCNs) for Medical Education, like the creation of a mental health internship integrated into the health service and community. Due to this demand, the higher education institutions have been encouraged to innovate in their teaching-learning methodologies in order to guarantee a generalist, humanistic and critical professional education. We report the experience of a private higher education institution in the implementation of a mental health internship in consonance with the new DCNs. We present all the steps of the implementation, reporting the participation of students, supervisors, preceptors and managers. We show that a mental health internship linked to different levels of healthcare promotes learning conditions capable of favoring the decentralization of care and application of the community/family approach.

**Keywords:** Mental health. Medical education. Public health policy.

---

La aprobación del Programa Más Médicos ha provocado una serie de ajustes a las Directrices Curriculares Brasileñas (DCB) como la inserción de un internado médico en Salud Mental integrado al servicio-comunidad. Frente a esta demanda, se alentó a las Instituciones de Educación Superior (IES) a innovar en sus metodologías de enseñanza-aprendizaje para garantizar una formación profesional generalista, humanista y crítica. Informamos en este artículo la experiencia de una IES privada en la implementación de un internado médico en salud mental en consonancia con la nueva DCB. Presentamos todas las etapas de la implantación del internado, relatando la participación de los estudiantes, supervisores, preceptores y gestores. Se muestra que un internado en salud mental vinculado a los diferentes niveles de atención a la salud promueve condiciones de aprendizaje capaces de favorecer la descentralización del cuidado y la aplicación del enfoque comunitario/familiar.

**Palabras clave:** Salud mental. Educación médica. Políticas públicas de salud.

Submetido em 13/01/2018.  
Aprovado em 14/09/2018.

### A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica


Narrative of an educational path: providing a (new) meaning to medical education (abstract: p. 11)

La narrativa de la trayectoria formativa: (re)significación de la formación médica (resumen: p. 11)

**Graciela Soares Fonsêca<sup>(a)</sup>**

<graciela.fonseca@uffrs.edu.br> 

**João Victor Garcia de Souza<sup>(b)</sup>**

<jv.garcia1997@bol.com.br> 

<sup>(a)</sup> Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFRS). Campus Chapecó, Rodovia SC 484, km 02, bloco dos professores, sala 317. 89815-899. Chapecó, SC, Brasil.

<sup>(b)</sup> Graduando do Curso de Medicina, UFFRS. Chapecó, SC, Brasil.

A necessidade de repensar a formação de profissionais de saúde, em especial médicos, vem sendo cada vez mais evidenciada. Objetiva-se relatar a experiência de um acadêmico de medicina, vinculado a uma Instituição Federal contemplada com vagas de graduação pelo Programa Mais Médicos. O estudante foi estimulado a refletir sobre sua trajetória no curso, por meio da escrita de uma narrativa. Os aspectos positivos apontados foram: desenvolvimento de postura crítica, integração de conhecimentos, presença da Saúde Coletiva desde o início do curso e o uso de metodologias ativas. Com relação às questões negativas, foram frisadas: a extensa carga horária do curso, a manutenção de avaliações tradicionais e a resistência de alguns docentes em inovar. A narrativa do estudante revela tensões, rupturas, crises e conquistas que contribuem para a compreensão do “novo” modelo de formação em medicina, e oferece subsídios para aperfeiçoá-lo.

**Palavras-chave:** Educação médica. Narrativa. Ensino de graduação em Medicina.

## Introdução

O debate sobre as mudanças na formação de profissionais de saúde foi intensificado a partir da década de 1970, com raízes histórico-sociais, envolvendo os campos da educação e do trabalho. As necessidades de mudanças ficaram mais evidentes com o início do movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para o qual o perfil tecnicista, biologicista e hospitalocêntrico dos profissionais, sobretudo médicos, já não era condizente.

Nesse contexto, uma série de mudanças vem sendo experimentada e implementada, influenciadas, sobretudo, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde e pelas estratégias indutoras interministeriais, como: o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde)<sup>1</sup> e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)<sup>2</sup>.

Desde 2001, ano em que foram implementadas as primeiras DCN para os cursos de graduação em medicina, as escolas médicas vêm se mobilizando de modo mais intenso com vistas a transformar o ensino, orientando-se por competências, priorizando o uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA) e garantindo a proximidade com os serviços públicos de saúde<sup>3,4</sup>. Em 2014, novas DCN foram publicadas enfatizando a Atenção Básica como cenário de formação e futura esfera de trabalho, além de estimular a formação interprofissional e o trabalho em equipe, focando o cuidado em saúde e desejando um perfil humanista, crítico e reflexivo<sup>5</sup>.

Nessa conjuntura de transformação, a Lei 12.871, de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, ocupa um papel imprescindível, uma vez que previu a reordenação da oferta de cursos de medicina no território nacional e colocou critérios de distribuição dessas vagas, priorizando áreas de escassez e de iniquidades em saúde<sup>6</sup>.

Por atender a esses critérios, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Chapecó, localizada no estado de Santa Catarina, foi contemplada, em 2015, com quarenta (40) vagas anuais de graduação em medicina. O projeto pedagógico do curso encontra-se alicerçado nas DCN de 2014, sendo o acesso democratizado via Sistema de Seleção Unificada (SISU), do Ministério da Educação; e o curso, construído por atores diversos, incluindo: docentes, estudantes, comunidade acadêmica e profissionais/gestores de saúde e usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município.

Como em outras instituições que vêm rompendo com o modelo de formação médica tradicional<sup>7,8</sup>, o curso de medicina UFFS, *campus* Chapecó, tem se deparado com desafios e incertezas, demandando esforços dos envolvidos para contorná-los.

Entendendo a necessidade de aprofundar a compreensão sobre essa realidade, no sentido de encontrar respostas para as problemáticas que vão surgindo, torna-se coerente a elaboração de itinerários formativos, sendo que o uso desses dispositivos na educação médica pode desvelar caminhos, questões que afetam os saberes e práticas dos estudantes, e mostrar os dilemas que aparecem no seu processo de formação, contribuindo para aperfeiçoar os processos formativos<sup>9</sup>.

Itinerário formativo refere-se principalmente a algumas questões com que o estudante se depara nessa trajetória de formação, que podem qualificá-la na perspectiva da integralidade das práticas em saúde e do cuidado como valor<sup>9</sup>. (p. 164)

O texto objetiva relatar a experiência de um acadêmico do segundo ano do curso medicina da UFFS, *campus* Chapecó, que foi estimulado a narrar seu itinerário formativo no curso, refletindo sobre os desafios e conquistas do seu caminhar em direção ao “ser médico”.

## Metodologia

O exercício narrativo foi compreendido como método de reviver e registrar vivências passadas, configurando-se como um elemento mediador da experiência, podendo proporcionar a (re)construção e a (res)significação delas<sup>10,11</sup>. Nesse contexto, a experiência é compreendida como os acontecimentos que ‘tocam’ as pessoas contribuindo para gerar conhecimentos – o saber da experiência “que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece”<sup>12</sup> (p. 27).

O estudante narrador foi estimulado a redigir sobre seu itinerário formativo registrando, além da experiência, os sentidos que ela ia assumindo no decorrer da caminhada e as reflexões implicadas no vivido. Frisa-se que os graduandos do curso de medicina da UFFS, *campus* Chapecó, desde o primeiro ano do curso, constroem portfólios crítico-reflexivos<sup>13,14</sup> como parte da avaliação do Componente Curricular Regular (CCR) Saúde Coletiva, ou seja, narrar o vivido, refletir e se enxergar nesse percurso é uma prática contínua no curso, o que facilitou a construção da narrativa pelo estudante.

No momento da escrita da narrativa, o estudante cursava a quarta fase do curso e estava participando de um projeto de pesquisa cujo objeto era a formação médica. Em decorrência das discussões relacionadas à temática, o estudante apresentava um olhar sensível para os aspectos relacionados ao curso e à formação em medicina.

Até a sua inserção no curso de graduação em medicina da UFFS, *campus* Chapecó – sendo essa sua segunda experiência no Ensino Superior, já tendo cursado os períodos iniciais do curso de enfermagem em uma instituição privada –, o estudante narrador havia vivenciado apenas modelos de educação tradicionais, pautados na transmissão de conteúdos<sup>15</sup>. Ocorreu dessa forma ao longo de sua formação no Ensino Básico, Fundamental, Médio, Técnico e Superior em Enfermagem. O contato com um curso em formato diferente da realidade experienciada previamente motivou e inquietou o estudante no sentido de buscar auxílio de um docente para sistematizar seus relatos e aprofundar suas reflexões. Essa foi a motivação para o desenvolvimento desse trabalho.

É importante ressaltar que o estudante apresenta experiência no mundo do trabalho em saúde visto que, desde 2015, atua como técnico de enfermagem de um grande hospital da região e concilia o emprego com o curso de graduação.

A narrativa foi escrita em um único momento pelo estudante, sendo, posteriormente, sistematizada, analisada e discutida por uma docente do mesmo curso que também redigiu a versão inicial do manuscrito. Os recortes da narrativa do estudante aparecem no texto de modo idêntico à escrita original, preservando o tempo verbal em primeira pessoa do singular. A versão final do texto foi ajustada conjuntamente pelo estudante e pela docente com vistas a “validar” os sentidos que foram impressos.

## Resultados e discussão

O exercício narrativo representou um momento de reflexão sobre o vivido que permitiu, ao estudante, maior clareza dos passos já trilhados e a projeção deles para o caminhar futuro em direção ao “ser médico”. Ao narrar, o sujeito ressignificou sua própria experiência<sup>12,16</sup>.

Da narrativa, emergiram aspectos positivos e negativos relacionados ao curso. A partir daqui, o texto será direcionado à apresentação e discussão desses itens.

O desenvolvimento de postura crítica foi o primeiro ponto citado pelo estudante como diferencial do curso, uma vez que, diferente das graduações tradicionais, os projetos pedagógicos e desenhos curriculares estruturados com base nas DCN, sobretudo os de 2014, valorizam a construção de competências e habilidades de modo a consolidar uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética<sup>5,8</sup>.

Com o intuito de romper com o modelo de formação fragmentado, predominante no Brasil e em outros países, desde a publicação do relatório Flexner, em 1910<sup>7,17</sup>, a matriz curricular do curso de medicina da UFFS, *campus* Chapecó, assim como os demais cursos de graduação da instituição, organiza-se por meio de CCR que anseiam oportunizar o ensino direcionado para a integralidade em detrimento da fragmentação que caracteriza a organização disciplinar<sup>4,18</sup>.

Nas palavras do estudante:

“Não me deparei com disciplinas isoladas, marcadas por um ciclo básico, separadas de um outro específico/clínico. A organização em componentes curriculares, agrupando diversas disciplinas em um único bloco, contribuiu para integração de áreas com conhecimento comum, como por exemplo anatomia, fisiologia e histologia, em uma clara tentativa de romper com a fragmentação do ensino.”  
(Narrativa do estudante)

No entanto, a organização da estrutura curricular em CCR, na visão do graduando, demanda uma carga horária excessiva de aula e uma densidade de temas e conteúdos desproporcional ao tempo que ele dispõe para organizar, de modo autônomo, o processo de aprendizagem, como explicitado a seguir:

“Claro que alguns obstáculos foram encontrados, pois assim como os alunos, os docentes também não foram formados neste ou para este modelo. Apesar de toda essa carga positiva, os componentes acabam tomando uma extensa carga horária, além de contemplar uma longa lista de temas e conteúdo.” (Narrativa do estudante)

O CCR Saúde Coletiva encontra-se presente na matriz curricular da primeira à oitava fase do curso com vistas a contribuir para viabilizar o perfil de egresso desejado pelas DCN e auxiliar na articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas ao futuro médico nas áreas de Atenção, Gestão e Educação em Saúde<sup>5</sup>.

Ressalva-se, entretanto, que – a despeito do potencial transformador creditado ao CCR Saúde Coletiva – ele não dispõe de todas as respostas necessárias para a formação integral do futuro profissional de saúde, sendo essencial a participação efetiva de todas as áreas na construção da proposta inovadora<sup>19</sup>.



Desde a Saúde Coletiva I até a Saúde Coletiva VIII, os estudantes são inseridos na RAS, com foco na Atenção Básica, no intuito de permitir a construção de conhecimentos e competências a partir da problematização da realidade do trabalho em saúde, rompendo com a lógica da “prática como comprovação da teoria” ou da necessidade de “compreensão da teoria para entender a prática”, predominante nos cursos tradicionais<sup>19</sup>. Para o graduando:

“Outro grande diferencial do curso de medicina da UFFS, *campus* Chapecó são os componentes de Saúde Coletiva, presentes do primeiro ao oitavo semestres, e que propiciam momentos de vivência e imersão no Sistema Único de Saúde. Durante tais atividades, o serviço é usado como cenário de aprendizado, de formação, e são desenvolvidas ações conjuntamente, integrando a comunidade e a Universidade. Dessa forma, consigo construir meu aprendizado mais próximo da realidade da população, bem como das nuances de um sistema complexo e muito amplo, contribuindo para sua construção e manutenção.” (Narrativa do graduando)

Na realidade dos serviços de saúde, o estudante – em conjunto com a equipe de profissionais – encontra o usuário em seu contexto social, com suas organizações de vida, conexões afetivas, redes sociais, demandas, semióticas e modos de viver diferenciados, o que permite transpor as fronteiras disciplinares, em busca da construção de uma prática que vai além das especialidades e favorece o trabalho coletivo<sup>20</sup>.

Uma estudante de medicina, vinculada a outra Instituição de Educação Superior (IES) do Brasil, ao relatar sua experiência no curso, destaca a “magia” da descoberta ao ter contato com o ser humano nas disciplinas ao longo do curso de graduação<sup>21</sup>, o que propicia o desenvolvimento de um olhar crítico voltado para os problemas reais da população e permite práticas sociais que induzem à solidariedade, à busca, à crítica e à experimentação<sup>7</sup>. Para essa acadêmica, as experiências de aproximação com a comunidade e com a realidade revelam conhecimentos sobre as reais necessidades e anseios das pessoas, permitindo reflexões e a busca por uma prática singular<sup>21</sup>.

Desde o início dos anos 2000, com a publicação das DCN, os diversos cursos de graduação da área da saúde vêm buscando formas de incluir estratégias de formação em serviços de saúde nas suas estruturas curriculares<sup>22</sup>. Aliado a isso, políticas indutoras e reorientadoras – como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para citar algumas – foram elaboradas e fomentadas pelo Governo Federal, e geraram informações relevantes no sentido de “comprovar” o potencial da formação em serviço e auxiliar as IES na organização de suas práticas de ensino em cenários reais<sup>23-28</sup>.

No entanto, a diversificação dos cenários de prática e a “des-hospitalização” vêm gerando resistência, por parte de alguns docentes e estudantes, representando um desafio para a formação médica<sup>29</sup> nos moldes propostos pelas DCN<sup>5</sup>.

Ainda nos CCR de Saúde Coletiva, os estudantes são inseridos em atividades de pesquisa e/ou extensão, tendo a oportunidade de vivenciarem o desenvolvimento de investigações com diferentes objetos, recortes, cenários e metodologias. Espera-se que essa prática agregue conhecimentos à formação e desenvolva o senso de curiosidade, o que auxiliará no desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica no futuro.

Para o estudante, é significativo o uso de MAA pelos CCR do curso, como referido a seguir:

“[...] outros docentes são capazes de promover riquíssimos debates, atividades como mesas-redondas e seminários, que instigam uma construção ativa do conhecimento. Fascino-me, claramente, e defendo este segundo modelo, pois é capaz de contribuir inúmeras vezes mais para o desenvolvimento das habilidades necessárias como profissional, bem como aproveita muito melhor a extensa carga horária que é destinada para atividades curriculares.” (Narrativa do estudante)

As MAA denotam processos interativos de construção de conhecimento com vistas ao crescimento e desenvolvimento do ser em sua integralidade, abrangendo: as esferas intelectual, afetivo-emocional, habilidades, atitudes e valores<sup>29</sup>. Sob o ponto de vista Freireano, as MAA contrapõem-se à educação bancária – perspectiva que compreende a educação como depósito de informações transmitidas de professor para aprendiz, e nega o conhecimento como processo de construção, gerando uma visão de mundo fragmentada, compreendida por meio dos pedaços “depositados”<sup>30</sup>. As informações, quando são apenas retidas ou memorizadas, favorecem uma postura reprodutiva, colocando os estudantes como ‘expectadores do mundo’<sup>31</sup>.

[...] A melhor maneira de aprender é ser sujeito da aprendizagem e não receptor de informações. Ser sujeito da aprendizagem quer dizer que a pessoa que está aprendendo vai, ela mesma, ativamente, buscar os conhecimentos necessários para dar resposta a uma pergunta, a um problema, a uma situação<sup>18</sup>.

Em contrapartida, apesar do “desenho” de curso impresso no PPC, pautado em MAA, há uma heterogeneidade de “formatos de aulas” coexistindo no curso ao qual o estudante encontra-se vinculado:

“Assim, as aulas também assumem apresentações muito ímpares. Algumas são completamente tradicionais, expositivas, onde o professor profere um discurso de duas ou três horas sobre determinado assunto e a plateia discente assiste, silenciosamente, com poucos momentos de interação.” (Narrativa do estudante)

A implantação de um currículo não tradicional, assim como os processos de mudanças em escolas consolidadas, podem permitir a produção de “propostas híbridas” que associam características de diferentes proposições político-pedagógicas<sup>19</sup>. Além disso, como reflete Feuerwerker<sup>19</sup>:

[...] é possível que se criem situações e orientações muito contraditórias (às vezes antagônicas), que confundem o estudante e prejudicam a aprendizagem; pode-se adaptar uma proposta a tal ponto que ela se desconfigura, perde completamente a potência e se desmoraliza. (p. 19)

Por requererem e induzirem relações mais democráticas entre professores e estudantes, as MAA podem provocar resistências e até reações violentas nas escolas médicas<sup>19</sup>.

O estudante frisa que essa resistência é percebida de maneira mais evidente entre os docentes médicos:

“Estando em um curso de medicina, torna-se óbvio pensar que serão os docentes médicos a espécie de espelho que nós, acadêmicos, tomaremos para nosso processo formativo. Entretanto, desde o início, é nítido como, em sua grande maioria, são esses os mais resistentes em romper com o ensino médico tradicional e que mais abalam a respectiva formação.” (Narrativa do estudante)

Processos inovadores de ensino podem repercutir negativamente por conta de resistências às mudanças, o que acaba gerando adaptações inadequadas do modelo tradicional por parte de alguns docentes<sup>31</sup>.

Transformações nos métodos de ensino demandam mudanças coerentes nos modos de avaliar, visto que o sistema de avaliação tradicional é baseado em parâmetros somativos e punitivos<sup>13,32</sup>. Em dois momentos da narrativa, o sujeito manifestou incômodo no que tange aos processos avaliativos adotados pelo curso:

“Isso (referindo à extensa carga-horária dos componentes), no momento de realizar avaliações dificulta muito, uma vez que se tornam extensas e apavorantes, dada a dimensão do conhecimento a ser avaliado.” (Narrativa do estudante)

“[...] avaliações não condizentes com os conteúdos ministrados em aula.” (Narrativa do estudante)

Pode-se afirmar que, em termos de avaliação, a maneira mais coerente de promover o comprometimento do estudante com a sua formação é incorporando métodos de avaliação formativa. No entanto, os trechos revelam o caráter pouco formativo das avaliações instituídas no cenário da narrativa, o que se torna incoerente com a proposta definida no PPC e nas DCN. Ultrapassar o consolidado modelo de avaliação punitivo denota grande desafio<sup>33</sup> para cursos de nível Superior mas, deve ser um objetivo sempre presente.

Por fim, percebe-se, nas entrelinhas da narrativa do estudante, a presença de palavras que demonstram tensão, rupturas e crises, revelando inconformidade com a “normalidade” e, conseqüentemente, apontando para a quebra de paradigmas<sup>9</sup>, o que, por si só, revela um movimento intenso de mudanças e transformação no ensino médico.

## Considerações Finais

A narrativa do itinerário formativo do estudante traz à tona: os desafios, os dilemas, as conquistas e os benefícios de um curso de graduação em medicina inovador, nos moldes do Programa Mais Médicos e das DCN. Quebrar paradigmas e romper com o instituído requer esforços variados dos diversos atores envolvidos e impõe conflitos, demandando capacidade dialógica, além de Educação Permanente, sobretudo voltada ao corpo docente.



As nuances vistas pelo olhar daquele que caminha no curso descortinam aspectos nem sempre visíveis a todos, o que contribui para ampliar a compreensão sobre a formação médica e para aperfeiçoar os processos formativos em saúde.

As reflexões apresentadas apontam para a necessidade iminente de se desenvolverem estudos relacionados à formação médica no cenário apresentado, com vistas a contribuir com a gestão do curso, gerando subsídios que podem auxiliar na construção dele e na superação dos obstáculos apresentados.

### Contribuições dos autores

Graciela Soares Fonsêca sistematizou e analisou a narrativa e iniciou a discussão, além de ter feito a revisão final e aprovado o trabalho. João Victor Garcia de Souza redigiu a narrativa, contribuiu com a discussão e participou da revisão e aprovação final do trabalho.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União. 4 Nov 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Diário Oficial da União. 27 Ago 2008.
3. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 4/2001, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.
4. Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? Interface (Botucatu). 2001; 5(8):161-6.
5. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3/2014, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014.
6. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
7. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(1):52-9.
8. Adler MS, Gallian DMC. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. Interface (Botucatu). 2017; 22(64):237-49.



9. Silveira R, Pinheiro R. O mundo como fronteira: itinerários formativos de estudantes de Medicina nas experiências de Internato Rural na Amazônia. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG, organizadores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ-ABRASCI; 2016. p. 163-81.
10. Carvalho ICM. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horiz Antropol*. 2003; 9(19):283-302.
11. Oliveira MCSL. Narrativas e desenvolvimento da identidade profissional de professores. *Cad CEDES*. 2012; 32(88):369-78.
12. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev Bras Educ*. 2002; (19):20-8.
13. Romanowski JP, Wachowicz LA. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: Anastasiou LGC, Alvez LP. *Processos de ensinagem na universidade: processos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: Editora Univille; 2006.
14. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Critical and reflective portfolios: a pedagogical approach centered on cognitive and metacognitive skills. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):573-88.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
16. Kolb D. *Experiential learning-experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
17. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada* [Internet]. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science; 1910 [citado 2 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary>.
18. Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 143-64.
19. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.
20. Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-62.
21. Araújo CS. Dilemas de uma formação médica: relato de experiência. *Rev Port Saude Soc*. 2016; 1(1):62-6.
22. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, editores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
23. Santos KT, Ferreira LF, Batista RJ, Bitencourt CTF, Araújo RP, Carvalho RB. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(6):420-5.
24. Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):571-83.



25. Cruz KT, Merhy EE, Santos MFL, Gomes MPC. PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):721-30.
26. Gusmao RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):695-707.
27. Madruga LMS, Ribeiro KS, Freitas CHSM, Perez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. O PET-Saúde da família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):805-16.
28. Silva ALF, Ribeiro MA, Paiva GM, Freitas CASL, Albuquerque IMN. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):975-84.
29. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
30. Oliveira GA. Uso de metodologias ativas em educação superior. In: Cecy C, Oliveira GA, Costa EMMB, organizadores. *Metodologias ativas: aplicações e vivências em educação farmacêutica*. Brasília: ABENFARBIO; 2013.
31. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina Cienc Soc Hum*. 2011; 32(1):25-40.
32. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Batista RS. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ*. 2010; 34(3):390-6.
33. Esteban MT. Avaliação no cotidiano escolar. In: Esteban MT, Garcia RL, Barriga AD, Afonso AJ, Geraldi CMG, Loch JMP. *Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos*. Rio de Janeiro: DP & A; 2003.



The need to rethink the education of health professionals, particularly doctors, is increasingly evident. This research aims at reporting the experience of a medical student of a federal institution that offers undergraduate course seats provided by the More Doctors Program. The student was encouraged to reflect upon his trajectory in the course by writing a narrative. The positive aspects indicated by him were: development of a critical attitude, knowledge integration, presence of Collective Health from the beginning of the course and use of active methodologies. Regarding the negative issues, the following was emphasized: the extensive course workload, maintenance of traditional assessments and resistance to innovation by some teachers. The student's narrative reveals tensions, ruptures, crises and achievements that contribute to understanding the "new" medical education model and offers subsidies for its improvement.

**Keywords:** Medical education. Narrative. Undergraduate medical education.

---

La necesidad de repensar la formación de profesionales de salud, en especial médicos, está cada vez más en evidencia. El objetivo es relatar la experiencia de un académico de medicina, vinculado a una Institución Federal que cuenta con plazas de graduación vinculadas al Programa Más Médicos. Se incentivó al alumno a que reflexionara sobre su trayectoria, por medio de una narrativa. Los aspectos positivos fueron: el desarrollo de una postura crítica, la integración de conocimientos, la presencia de la Salud Colectiva desde el inicio del curso y el uso de metodologías activas. Los aspectos negativos destacados fueron: la extensa carga horaria del curso, la manutención de evaluaciones tradicionales y la resistencia de algunos profesores a innovar. La narrativa del estudiante revela tensiones, rupturas, crisis y conquistas que contribuyen para la comprensión del "nuevo" modelo de formación en medicina y ofrece subsidios para perfeccionarlo.

**Palabras clave:** Educación médica. Narrativa. Enseñanza de pregrado en Medicina.

Submetido em 29/01/2018.  
Aprovado em 12/05/2018.

### Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade

Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience  
to teaching, service and community integration practices (abstract: p. 13)

Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples  
abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad  
(resumen: p. 14)


**Marcelo Torres Peixoto<sup>(a)</sup>**

<marcelotpeixoto@gmail.com> 

**Washington Luiz Abreu de Jesus<sup>(b)</sup>**

<washingtonluiz.abreudejesus@gmail.com> 

**Rosely Cabral de Carvalho<sup>(c)</sup>**

<roselycarvalho056@gmail.com> 

**Marluce Maria Araújo Assis<sup>(d)</sup>**

<aassis@uefs.br> 

<sup>(a)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (doutorado), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Avenida Transnordestina, s/no, Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. 44036-900.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>(c, d)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, UEFS. Feira de Santana, BA, Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto sistema público e universal que adota a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, demanda das universidades brasileiras um novo modelo de formação profissional. Este artigo busca discutir a formação médica em uma instituição do interior da Bahia, tomando como base orientadora a APS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. A experiência das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (Piesc) reúne estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS, integrando os diferentes olhares sobre o processo saúde-doença-cuidado, no contexto da Saúde da Família. As Piesc integram conhecimentos de Saúde Coletiva e Medicina Geral de Família e Comunidade, abrangendo diversos territórios e sujeitos sociais, no processo de cuidado, colaborando na mudança da formação médica para o SUS.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Educação médica. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.



## Introdução

O SUS, enquanto sistema público e universal, demanda das universidades brasileiras a formação de profissionais cada vez mais comprometidos com uma perspectiva humanista e de qualidade, pautada nos princípios da integralidade e da equidade e que se coadunem com as necessidades de saúde da população e dos serviços, nos diferentes contextos e com os distintos papéis dos sujeitos que protagonizam a formação profissional nesse campo<sup>1</sup> e que sigam diretrizes condizentes com as demandas atuais de regulação do trabalho e da educação em saúde, bem como para a gestão de pessoas, no âmbito público<sup>2,3</sup>.

Esse ideário, consolidado a partir da Reforma Sanitária Brasileira e seus movimentos constitutivos<sup>4,5</sup>, conforma-se como um legado de discussões em torno das necessidades de formação profissional em saúde construída contraditoriamente no último século, principalmente a partir do modelo flexneriano, que privilegiou o cenário hospitalar e a formação especializada.

A formação médica tradicional se insere nessa perspectiva de valorização da especialidade e superespecialidade que são incorporadas pelo mercado de trabalho “em distintas modalidades, levando a uma estratificação técnica e social do trabalho médico”<sup>6</sup> (p. 124). Assim, observam-se diferentes modalidades de trabalho médico: “assalariados, autônomos individuais, organizados em cooperativas de diferentes tipos e médicos empresários que atuam como prestadores de serviços, tanto no âmbito do SUS como no do setor privado”<sup>6</sup> (p. 124).

O trabalho médico é expresso no cotidiano dos serviços de saúde como constituinte das relações entre os diferentes saberes e práticas, envolvendo outros profissionais de saúde e usuários, na concepção do processo saúde-doença e no modo como os serviços se organizam, para atender às demandas/necessidades da população. Além disso, “o fazer saúde estará sempre relacionado às condições de vida e a suas múltiplas dimensões: social, biológica, ético-política”<sup>7</sup> (p. 444).

No tocante à APS, pode-se dizer que é um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, de acordo com os pressupostos orientadores do SUS, uma vez que se caracteriza como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo os usuários e famílias, buscando estabelecer vínculos e responsabilização pela atenção, individual e coletiva<sup>8</sup>. É um nível de atenção e um modelo de gestão que visa coordenar o cuidado na rede, de modo longitudinal, abrangente e interdisciplinar, valorizando a pessoa e respeitando seu contexto sociocultural e histórico<sup>9</sup>.

A formação e a qualificação na APS se associam à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, pois compreende um território adstrito, a partir do enfoque familiar e comunitário, enquanto espaço de construção coletiva, no qual os diversos sujeitos estão envolvidos na produção dos diferentes modos de proporcionar o cuidado em saúde<sup>10</sup>.

Estudos sobre experiências internacionais<sup>11,12</sup>, realizados em vários países, vêm demonstrando que o cuidado realizado na APS produz resultados positivos na atenção às necessidades das pessoas, impactando também nos processos de qualificação profissional. No Brasil, alguns estudos<sup>13,14</sup> que avaliaram a qualidade dos serviços, por meio de seus atributos e que utilizaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), revelam que o fator mais importante de qualidade dos serviços está relacionado a uma melhor formação e qualificação de seus profissionais. Nesse

sentido, é de grande interesse dos gestores admitir profissionais com formação adequada para o trabalho nesse nível de atenção. Contudo, mesmo após significativas mudanças epidemiológicas e avanços nas políticas e práticas de APS no Brasil, nos últimos anos, existem obstáculos à sua consolidação, tanto sociopolíticos e estruturais quanto relacionados à organização do trabalho<sup>15,16</sup>.

Além da Medicina, outras profissões também têm buscado diversificar seus campos de atuação, principalmente no que concerne à APS. No entanto, essa discussão precisa ser aprofundada, pois, além de uma demanda social, há uma necessidade real de readequação dos currículos dos cursos de graduação na área de Saúde<sup>17</sup>. Os resultados desse amplo processo acadêmico e social produziram um conjunto de proposições de mudanças nos currículos de formação médica que influenciou as premissas das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>18</sup>, instituídas em 2014, e têm orientado a implantação de novos cursos de Medicina por meio de mudanças nos Projetos Políticos Pedagógicos de instituições estabelecidas no cenário brasileiro.

O presente artigo busca discutir a formação médica em uma instituição do interior da Bahia, tomando como base orientadora a APS e as DCN para os cursos de Medicina. Contextualiza-se a experiência das Piesc, explicitando a dinâmica das relações entre os estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS envolvidos com o processo mútuo de aprendizagem, em um mapa conceitual.

### **Situando o curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana e os novos desafios para a formação do médico: um olhar metodológico**

Analisar um curso de Medicina no semiárido baiano, sob a forma de estudo de caso, representa integrar análises críticas articuladas a extratos teóricos e práticos de uma proposta de formação médica, na linha do tempo, garantindo oportunidades significativas de aprendizagem sobre assuntos e questões de interesse<sup>19</sup>. Essa experiência está centrada na aprendizagem ativa e crítica em que o estudante de Medicina tem o papel de protagonista. Desde os primeiros dias de sua formação, é estimulado a pensar, refletir, discutir, analisar e agir sobre as temáticas e os conteúdos relacionados com a realidade socio sanitária local e na qual está inserido. Esse é o ponto de partida necessário para a construção de práticas integrais e coerentes com o SUS.

O trabalho apresenta os desafios iniciais de um grupo de 12 professores médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, mestres e doutores em Saúde Coletiva e Medicina, mediadores do processo de ensino-aprendizagem, que atuavam como facilitadores da aprendizagem, de maneira mútua e integrada no planejamento das atividades ensino. Dessa forma, o curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) foi implantado em 2003 com oferta de trinta vagas anuais, mantidas até o momento atual (ano de 2018), sendo orientado pelas DCN adotadas pelo Ministério da Educação (MEC), em 2001<sup>20</sup>. O curso tomou como baliza metodologias ativas no processo de educar-aprender-refletir-cuidar, mais especificamente, a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização.

Assim, o Projeto Político Pedagógico vislumbra a formação do futuro médico engajado nos territórios sociais, nos quais emergem os problemas e necessidades locais do SUS, com eixos de visão humanista e aderência às políticas de saúde, no

contexto municipal, estadual e nacional. O curso é estruturado em dois momentos. O ciclo básico, que é vivenciado nos quatro primeiros anos, organiza-se em três eixos: 1) Atividade em grupos tutoriais; 2) Habilidades e atitudes clínicas; e 3) Práticas de integração ensino, serviço e comunidade. No ciclo profissionalizante, nos dois últimos anos do curso, o estudante exerce sua prática no internato médico, por meio da realização de atividades clínicas, na forma de estágio supervisionado.

As Piesc apresentam na base do seu aprendizado uma metodologia de ensino ativa, que influencia positivamente a compreensão e o olhar do educador e educando para o contexto social, a partir da educação problematizadora, como parte da vivência de experiências significativas que envolvam campos de conhecimento interdisciplinares. As combinações dos diferentes olhares sinalizam para uma perspectiva crítica, uma abertura para o diálogo, tendo como horizonte práticas criativas e inovadoras que buscam as conexões entre homem-mundo-sociedade-educação, entrelaçadas<sup>21</sup>.

A educação problematizadora orienta-se pelo Arco de Maguerez<sup>22</sup>, na ideia de teorização/elaboração de respostas, para um olhar da realidade e dos problemas analisados, como fios condutores do processo de aprendizagem, articulando o planejamento dos temas a serem discutidos de forma participativa e dialógica, valorizando os diferentes núcleos de conhecimentos e práticas, pautado no trabalho em equipe, com reflexão contínua do papel de cada profissional, aderente à ideia de um trabalho interprofissional<sup>23</sup>.

A bússola das Piesc nasce do processo de formação de profissionais de Saúde Coletiva da região de Feira de Santana, que desenvolveram projetos de planejamento local, com elaboração de instrumentos de intervenção eficientes e viáveis, nos territórios sociais circunvizinhos à universidade. Pode-se dizer que o acúmulo de experiências dos cursos de graduação de Enfermagem e Odontologia forneceram régua e compasso para o recém-criado curso de Medicina, com a adoção da APS como um dos eixos balizadores do processo de formação.

Em síntese, a formação no curso de Medicina da UEFS busca compreender o processo saúde-doença-cuidado, a partir de determinantes sociais, culturais, históricos, biológicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos e éticos, atuando nos níveis individual e coletivo; prestando atenção em toda a linha da vida, da gestação ao envelhecimento; buscando sempre a integralidade da atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e compreendendo a Atenção Primária como eixo norteador do cuidado, em sua dinâmica relacional: estudante, professor, equipe de saúde e pessoas que necessitam da atenção<sup>24</sup>.

## Resultados e discussão

As Piesc são o principal componente curricular do curso de Medicina da UEFS, situadas no espaço social de intervenção da APS. As práticas operadas pelos estudantes são mediadas pelos professores e integradas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e membros da comunidade local. Discutem-se saberes, habilidades, atitudes e valores, articulando os diferentes olhares sobre os problemas/necessidades demandados pelos diferentes sujeitos (pessoas, famílias e comunidade) e suas relações com os profissionais que

buscam atendê-los, no exercício cotidiano do cuidado, em suas diferentes facetas e complexidades.

A diferença no contexto dessa realidade pode ser denotada pela ideia de coletivo articulado, não no sentido de agrupamento de pessoas, mas em um movimento inventivo de valorização das singularidades, sem perder a ideia do todo. Um processo contínuo de desterritorialização, no qual cada pessoa, em sua complexidade e multiplicidade, busca a cogestão com produção de subjetividades<sup>25</sup>.

As Piesc se propõem a contribuir na formação médica para APS, desvelando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, ao longo de toda a linha da vida. O objetivo é formar um médico que entenda o conceito ampliado de saúde e saiba acolher e estabelecer vínculos de responsabilização, na coordenação das ações necessárias para melhorar a qualidade de vida das pessoas/famílias/comunidades.

O ideário das Piesc sobre a formação médica na APS se alinha com as concepções da Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar, que propõem seis categorias de competências nucleares para o ensino de Medicina de Família: gestão em cuidados primários, cuidados centrados na pessoa, aptidões para a resolução de problemas específicos, abordagem abrangente, orientação comunitária e abordagem holística<sup>26</sup>.

No início do curso, em 2003, o planejamento das atividades de ensino-aprendizagem das Piesc teve como referência as DCN publicadas em 2001, cujos conteúdos essenciais para a formação do médico deveriam abordar o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, de forma articulada com a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando práticas integrais. Desse modo, o curso propicia interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, possibilitando-o lidar com problemas reais e assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados e atenção<sup>27</sup>.

Na trajetória de novos ciclos incorporados no desenvolvimento das Piesc, os professores adotaram uma postura de vanguarda e visão crítica dos problemas de saúde das pessoas/famílias dos territórios trabalhados ao amadurecerem as atividades de ensino-aprendizagem e formação, tendo como referência as mudanças das diretrizes, protocolos e das políticas de saúde implantadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da atenção primária, e considerando as necessidades epidemiológicas e sociais das comunidades locais. Assim, foi possível incorporar novos conhecimentos e práticas implantados e/ou atualizados pelo SUS e, com isso, ampliar a resolutividade das ações desenvolvidas pelas Piesc na ESF, em um processo contínuo e dialogado de reestruturação curricular.

As Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade são desenvolvidas em 16 Unidades de Saúde da Família (USF), durante os quatro primeiros anos do curso, com carga horária de 150h/ano (4 horas semanais). A turma de trinta alunos é dividida em quatro grupos e cada um é alocado em uma USF. Dessa forma, é possível construir vínculos e assumir responsabilidades com a equipe de saúde da família, com os profissionais do Nasf e com as pessoas/famílias/comunidade.

Nos dois primeiros anos, nas Piesc I e II, o foco central é a construção do conhecimento que tem como referência a dinâmica da comunidade, a partir das balizas teórico-conceituais da Saúde Coletiva, cuja trajetória se confunde com a própria construção do SUS, constituindo-se em um campo de saberes e práticas

sociais, multiprofissional e interdisciplinar. Dessa maneira, o objeto de intervenção é a saúde, no âmbito dos grupos e classes sociais e suas práticas voltadas para a análise de situações de saúde da população, incorporando o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle dos problemas<sup>28</sup>.

No terceiro e quarto anos, nas Piesc III e IV, o foco do aprendizado são as pessoas/famílias, a partir do olhar da Medicina Geral de Família e Comunidade, especialidade médica que privilegia a APS, sendo considerada estratégica na conformação dos sistemas de saúde. O médico de família deve ser responsável pelo primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário<sup>29</sup>.

O processo de aprender fazendo, refletindo e ressignificando possibilitou desenhar um mapa conceitual (figura 1), com definição de objetivos, atividades teóricas e práticas e produtos finais.

Nas atividades teóricas, os debates são problematizados a partir de uma questão-guia e alinhados às políticas, protocolos e diretrizes do SUS. As capacitações e oficinas são desenvolvidas por professores com diferentes formações (Medicina, Odontologia, Enfermagem e Sociologia) e profissionais da rede SUS, com *expertises* sobre os temas geradores.

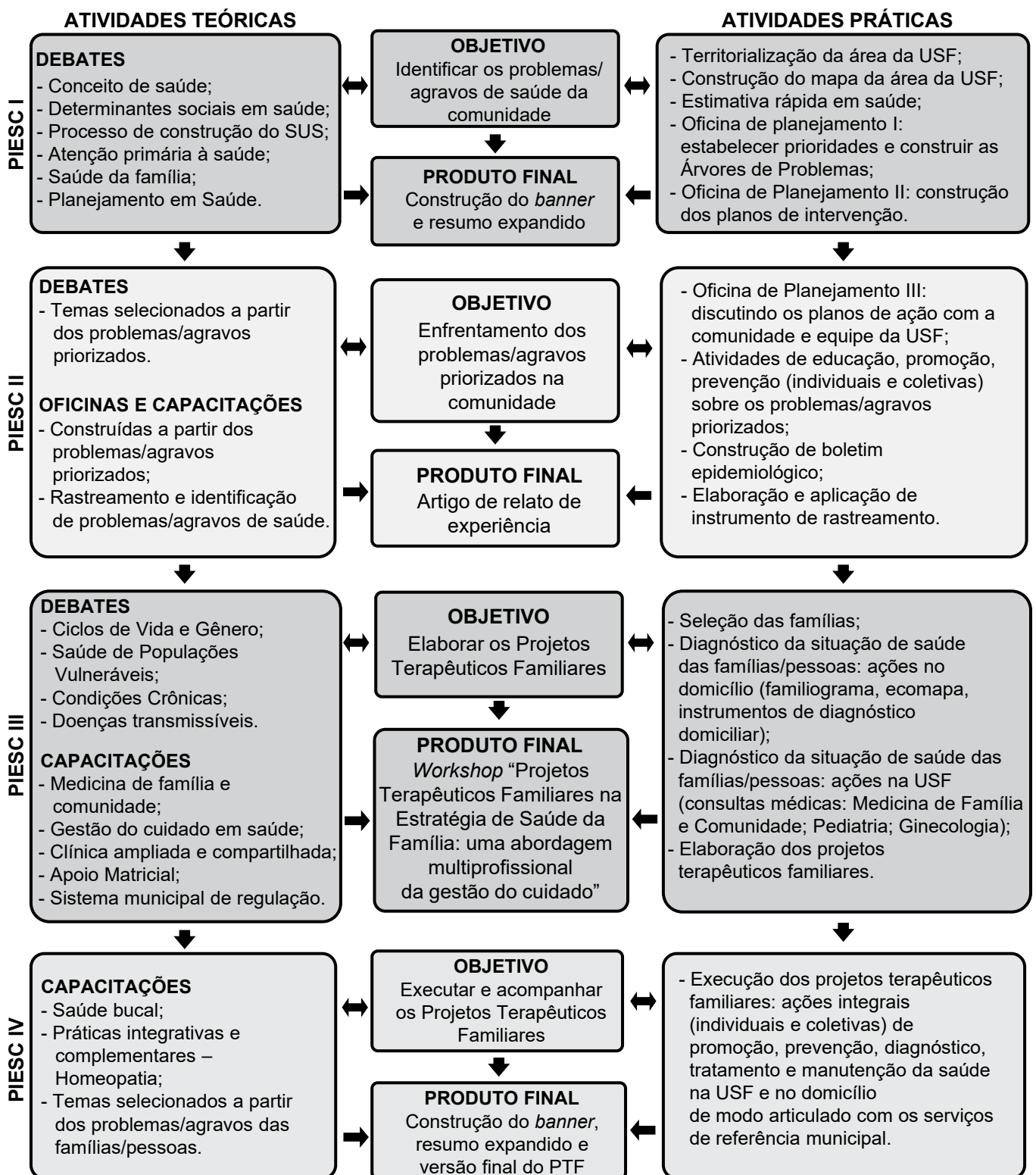
As atividades práticas são mediadas pelos professores e acompanhadas pelos profissionais da ESF e Nasf, propiciando interlocução e integração com as pessoas/famílias/comunidade dos territórios. Todas as atividades, individuais ou coletivas, são discutidas e pactuadas com todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

No fim de cada ano letivo, os professores revisitam os componentes do mapa conceitual e/ou as atividades realizadas, a partir das fichas de avaliação respondidas pelos estudantes, das necessidades dos serviços de saúde e dos problemas/agravs/riscos de saúde das pessoas/famílias/comunidade, tornando a ferramenta do planejamento pedagógico e da avaliação das Piesc dinâmica e contextualizada.

Dessa forma, as figuras da episteme evocadas nos diagramas apresentados no mapa conceitual têm sistemas postulados nos campos teóricos/práticos e nas racionalidades da dimensão social e política de organização da saúde, no SUS e da formação médica brasileira<sup>30</sup>. Constitui-se em um mosaico de aprendizagens, antes e durante o processo de vivência, presente na sociedade, na promoção da saúde e no cuidado de pessoas/famílias em territórios sociais de intercâmbios da realidade histórica, social e dialética postulado e defendido por Santos (2004)<sup>31</sup>.

Uma questão que merece discussão refere-se à criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, que tem a finalidade de fortalecer e ampliar a formação de médicos para o SUS, com o propósito de diminuir a carência de médicos no país; fortalecer a atenção básica em saúde; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do graduando nas unidades de saúde do SUS; e fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço<sup>32</sup>.

As ações do PMM, na graduação em Medicina, estão direcionadas para o aumento da oferta de vagas, com o estabelecimento de critérios, para a abertura de novos cursos; e novos parâmetros para as DCN, redefinindo o perfil do médico a ser formado e fortalecendo o SUS, como cenário prioritário para formação profissional e com ênfase na atenção primária à saúde e urgência/emergência<sup>32</sup>.



**Figura 1.** Mapa conceitual da construção do conhecimento nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil

Por conseguinte, as novas DCN de 2014 estabelecem a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, em três áreas específicas: atenção, gestão

e educação em saúde. O futuro médico deve considerar na Atenção à Saúde “as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética”<sup>18</sup> (p. 2). A Gestão em Saúde intenciona “compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde e participar de ações de gerenciamento e administração”<sup>18</sup> (p. 3). Já a Educação em Saúde busca comprometer-se com a “formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e compromisso social”<sup>18</sup> (p. 4).

O mapa conceitual das Piesc revela que as atividades pedagógicas teóricas e práticas contemplam as diretrizes do MEC<sup>18,27</sup> e estão em consonância com as políticas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde. Ao inserir o estudante, desde o primeiro ano do curso, no cotidiano de uma USF, dialogando com os profissionais de saúde, com líderes comunitários e usuários do sistema de saúde, é estabelecida uma nova forma de protagonismo no processo de aprender, cuidar e produzir conhecimento<sup>6</sup>.

No primeiro ano do curso, nas Piesc I, buscamos desenvolver competências relativas ao compromisso social do médico; formação de valores ético-humanísticos; conhecimento da realidade do território da USF, identificando os problemas/agravsos/riscos e práticas de saúde existentes; e elaboração de planos de intervenção que são discutidos e pactuados com a equipe de Saúde da Família e os membros da comunidade. Dessa forma, converge-se com o artigo 14 das DCN, segundo o qual a investigação de problemas de Saúde Coletiva “comporta o desempenho de análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde”<sup>18</sup> (p. 9).

Nas Piesc II, os alunos desenvolvem competências relativas ao planejamento local, com operacionalização de ações e instrumentos de intervenção adequados e viáveis à realidade, conjuntamente com a comunidade e a equipe da USF e do Nasf, tendo como estratégias reuniões/oficinas comunitárias e rodas de conversa; espaços de conflitos; e consensos interprofissionais. Essas atividades contemplam o artigo 15 das DCN, que aborda a participação do educando na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, considerando sempre a autonomia e aspectos culturais, com estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção primária<sup>18</sup>.

As vivências das Piesc I e II sedimentam o conhecimento no campo da Saúde Coletiva, com base nas ações do planejamento estratégico, quando, a partir do diagnóstico situacional, os diversos sujeitos sociais (estudantes, professores, equipe de saúde, usuários e comunidade) constroem as várias explicações para a realidade do território social e negociam soluções viáveis de serem realizadas, monitoradas e avaliadas<sup>33</sup>.

As atividades das Piesc III e IV são voltadas para as famílias/pessoas, a partir da elaboração, discussão, pactuação e execução de Projetos Terapêuticos Familiares (PTF), com a realização de ações integrais (individuais e coletivas) de promoção da saúde; identificação de riscos e vulnerabilidades; prevenção de doenças e agravos; diagnóstico; tratamento; e manutenção da saúde na USF (consultas médicas), no domicílio (atividades educativas) e em serviços de referência (acompanhamento de procedimentos clínicos, sociais e de imagem), de modo articulado com a rede de atenção à saúde.

A utilização dos PTF reforça a prática evocada no artigo 5 das DCN:

[...] buscando o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, ênfase no trabalho interprofissional, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado<sup>18</sup>. (p. 3)

O PTF constitui-se como instrumento de operacionalização da gestão do cuidado, buscando o provimento e/ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida<sup>34</sup>. É um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de pessoas/famílias que funciona como um dispositivo de integração e organização das equipes de saúde<sup>35</sup>. Sua utilização no cotidiano das Piesc concretiza o cuidado compartilhado entre estudantes, professores, equipe de saúde e pessoas/famílias e permite a construção de competências e habilidades essenciais para o médico atuar na APS e na ESF.

Além de estar em sintonia com as DCN e Políticas Públicas de Saúde, o mapa conceitual das Piesc encontra-se em consonância com as diretrizes para o ensino da APS na graduação em Medicina propostas pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)<sup>29</sup>.

As referidas diretrizes estabelecem três dimensões de conhecimento para o ensino em APS. Na abordagem individual, o aluno deve “conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, baseado em evidências científicas, mas singularizando o processo de cuidado”<sup>29</sup> (p. 144-145). Na abordagem familiar, deve lidar com as distintas fases do ciclo de vida; reconhecer a estrutura e a dinâmica familiar; utilizar instrumentos do diagnóstico familiar; e identificar a influência das relações intrafamiliares no processo de saúde-doença-cuidado<sup>29</sup>. Na abordagem comunitária, deve conhecer e trabalhar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade; identificar a organização da sociedade/comunidade e de seus determinantes sociais no processo saúde/doença; identificar e respeitar a diversidade cultural; compreender que o território é dinâmico; desenvolver ações de vigilância em saúde; e participar de atividades de educação popular em saúde<sup>29</sup>.

A experiência das Piesc nos últimos 15 anos consistiu em participação dialógica e articulada às necessidades das comunidades e do processo de formação médica. No entanto, as dificuldades e tensionamentos estavam presentes, principalmente na compreensão pelos alunos sobre a importância do SUS e da APS para a sua formação; na articulação do processo de trabalho entre Piesc, ESF e Nasf; na pactuação e operacionalização das atividades dos PTF agregando os diferentes olhares sobre os problemas priorizados e na adesão das pessoas/famílias a um novo processo de cuidado baseado em um modelo de cogestão.

Esses entraves exigiram dos diferentes sujeitos negociações e avaliações contínuas, que só foram possíveis por conta do trabalho longitudinal e interprofissional<sup>23</sup> das Piesc, que propiciou a construção de vínculos, com gestão e responsabilização pelo



cuidado, elementos necessários à formação médica na APS e coerentes com os preceitos do “aprender fazendo”<sup>21</sup>.

## Considerações finais

As Piesc buscam contribuir para a formação de um médico voltado às necessidades do SUS, compreendendo, como aponta Almeida Filho<sup>36</sup>, ser indispensável os sentidos da interdisciplinaridade da docência e dos campos teóricos e práticos na produção do conhecimento sobre um problema concreto e complexo.

O exercício da prática médica nas Piesc contempla a Saúde Coletiva e a Medicina Geral de Família e Comunidade, tendo como baliza o mapa conceitual (figura 1), e segue as proposições das DCN (2001 e 2014) e as orientações do SUS. Constitui-se, portanto, o relato da experiência vivida, que aborda o desenvolvimento da formação médica e demarca as práticas com as comunidades, famílias e pessoas na dimensão das vulnerabilidades e do cuidado, em parceria com a ESF e as redes de atenção à saúde, no âmbito local.

A vinculação das atividades de ensino-aprendizagem à realidade de saúde e às práticas do trabalho em equipe, marcadas pela reflexão do que fazer e como fazer de forma compartilhada, apontam para a responsabilização do cuidado, importante pressuposto da formação em saúde, em particular, do médico, na APS. Nesses cenários, a articulação da universidade aos serviços de saúde frente às necessidades e aos problemas da comunidade/famílias/pessoas é um grande desafio.

O trabalho das Piesc apresenta uma agenda de novas perspectivas e potencialidades embasada no fortalecimento do vínculo com os profissionais da ESF/Nasf e ampliação do trabalho interdisciplinar. Constata-se que as demandas dos PTF necessitam de continuidade, como parte da rede dos serviços de saúde, para garantir a resolubilidade das ações pensadas, planejadas e executadas. De certo modo, o desenvolvimento de projetos terapêuticos compartilhados depende do grau de responsabilização dos sujeitos envolvidos na gestão e no ato do cuidado. Significa formar profissionais de saúde, e, em especial, médicos, que incorporem novos modos de se fazer saúde, abrindo possibilidades de encontros criativos, para problematizar e refletir continuamente os processos de produção do pensar e fazer saúde.

As diretrizes curriculares dos cursos de Medicina de 2014 ampliaram a discussão político-pedagógica sobre a formação médica, alcançando todo o território nacional e compelindo todos os cursos de graduação em Medicina a rediscutirem suas bases curriculares. Isso sinaliza a importância da APS como coordenadora do cuidado no SUS, pois exige novos arranjos institucionais e a ampliação das estratégias que possam formar profissionais de saúde comprometidos com práticas integrais, de qualidade e resolutivas.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Aos estudantes, professores, profissionais de saúde da ESF e do NASF; e aos usuários do SUS, que constroem e reconstróem as Piesc no cotidiano das unidades de saúde.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ Rev*. 2014; 30(1):215-44.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2014; 21(1):15-35.
5. Silva CC, Silva ATMC, Braga JEF. Revisitando a formação de recursos humanos de saúde no Brasil. *Rev Bras Cienc Saude*. 2009; 13(3):23-30.
6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
7. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab Educ Saude*. 2014; 2(2):443-56.
8. Fertonani HP, Pires DER, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1869-78.
9. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conass; 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud em las Américas. Washington: Opas; 2007.
11. Trivedi D. Cochrane review summary: interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Prim Health Care Res Dev*. 2017; 18(2):109-11.



12. Macinko J, Starfield B, Erinoshio T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2):150-71.
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):244-55.
14. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):285-93.
15. Macinko J, Harris MJ, Phil D. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015; 372(23):2177-81.
16. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ.* 2014; 349:g4014.
17. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
18. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. p. 29-74.
20. Universidade Estadual de Feira de Santana - Uefs. Projeto de credenciamento do curso de medicina. Feira de Santana: Prograd; 2015.
21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
22. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Rev Bras Educ Med.* 2015; 39(1):143-58.
23. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(62):601-13.
24. Peixoto MT, Santos JLP, Rocha MRR, Carvalho RC. Práticas de integração ensino, serviço e comunidade (PIESC): fundamentos da atenção básica à saúde na formação do médico. *Rev Saude Colet Uefs.* 2017; 7(2):1.
25. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.
26. European Academy of Teachers in General Practice - Euract. The euract educational agenda of general practice/family medicine. Lisboa: Adso; 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
28. Vieira MLS, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.



29. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et. al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19):145-50.
30. Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*. 2014; 1(10):225-35.
31. Santos M. A natureza do espaço: técnica, razão e emoção. 4a ed. São Paulo: Edusp; 2004.
32. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013, Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013. (ano CL, n. 206).
33. Teixeira CF, Vilasboas ALQ, Abreu de Jesus WL. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba; 2010. p. 51-75.
34. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.
35. Peixoto MT, Carvalho RC, Vilasboas ALQ. Projeto terapêutico familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. *Rev Saude Colet Uefs*. 2017; 7(2):35-43.
36. Almeida Filho N. Interdisciplinaridade na universidade nova: desafios para a docência. In: Cervi G, Rausch RB, organizadores. *Docência universitária: concepções, experiências e dinâmicas de investigação*. Blumenau: Meta Editora; 2014. p. 21-8.

---

The Brazilian National Health System (SUS) is a public universal system and adopts primary healthcare as the main coordinator of care. SUS requires that Brazilian universities offer a new professional education model. This article aims at discussing the medical education provided in an institution in a city in the Brazilian state of Bahia, taking primary healthcare and the National Curricular Guidelines as guidance for the Medicine courses. The experience with teaching, service and community integration practices (Piesc) brings together students, teachers, health professionals and SUS users, integrating different perspectives to the health-disease-care process under the Family Health Strategy context. Piesc includes Collective Health and General Family and Community Medicine knowledge, covering different territories and social agents in the process of care, helping to change medical education for SUS.

**Keywords:** Primary healthcare. Medical education. Family health. Brazilian National Health System.



El Sistema Brasileño de Salud (SUS), como sistema público y universal, adopta la Atención Primaria de la Salud (APS), como coordinadora del cuidado, demanda de las universidades brasileñas un nuevo modelo de formación profesional. El objetivo de este artículo es discutir la formación médica en una institución del interior del Estado de Bahia, tomando como base orientadora la APS y las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina. La experiencia de las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad (Piesc) reúne a estudiantes, profesores, profesionales de la salud y usuarios del SUS, integrando las diferentes miradas sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado en el contexto de la Salud de la Familia. Las Piesc incluyen conocimientos de Salud Colectiva y Medicina General de Familia y Comunidad, comprendiendo diversos territorios y sujetos sociales en el proceso de cuidado, colaborando con el cambio de la formación médica para el SUS.

**Palabras clave:** Atención primaria de la salud. Educación médica. Salud de la familia. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 09/11/17.

Aprovado em 14/08/18.

### Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica

The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education (abstract: p. 14)

Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado (resumen: p. 14)

Danyella da Silva Barrêto<sup>(a)</sup>

<dany\_barreto@yahoo.com.br>



Alexandre José de Melo Neto<sup>(b)</sup>

\*halemao\_jp@hotmail.com>



Alexandre Medeiros de Figueiredo<sup>(c)</sup>

<potiguar77@yahoo.com.br>



Juliana Sampaio<sup>(d)</sup>

<julianasmp@hotmail.com>



Luciano Bezerra Gomes<sup>(e)</sup>

<lucianobgomes@gmail.com>



Ricardo de Sousa Soares<sup>(f)</sup>

<ricardosousasoares@gmail.com>



<sup>(a, b, c, d, e, f)</sup> Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/no, Castelo Branco III. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-085.

O objetivo do estudo é relatar e analisar o efeito do Programa Mais Médicos (PMM) na expansão de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), a partir das estratégias desenvolvidas na Paraíba. Realizou-se sistematização da experiência por meio de roda de conversa e análise documental. A partir da articulação dos atores locais integrada às políticas nacionais de expansão da RMFC, desenvolveram-se um conjunto de estratégias (parcerias entre instituições de ensino superior e secretarias de saúde, oficinas estaduais da RMFC, apoio institucional de municípios, articulação entre os programas de provimento do governo federal, residências regionais, complementação de bolsa, entre outros) que resultaram na interiorização da residência e em uma taxa de expansão e ocupação superior à média nacional. Essa experiência apresentou inovações e avanços na formação de generalistas e na integração ensino-serviço, com o conseqüente fortalecimento da Atenção Básica (AB).

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Programa Mais Médicos. Administração de recursos humanos em saúde. Internato e residência.

## Introdução

O Brasil tem apostado em um modelo assistencial baseado em redes de atenção ordenadas pela AB, em uma perspectiva muito semelhante a de diversos países do mundo<sup>1</sup>. Nos últimos anos, algumas medidas – como implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF); aumento de financiamentos e mecanismos de avaliação; e indução para a melhoria da qualidade – foram implementadas, ampliando a cobertura assistencial e garantindo melhora dos indicadores de saúde<sup>2</sup>.

Apesar desses resultados, percebe-se ainda fragilidades tanto no acesso quanto na qualidade da AB brasileira, tendo especial destaque a crítica de uma baixa resolatividade. Quanto ao acesso, um dos limitadores da expansão da AB brasileira foi o déficit quantitativo de médicos, principalmente nos locais com piores índices de desenvolvimento humano, contrapondo-se, portanto, ao princípio da equidade<sup>3</sup>. Outro aspecto relevante é o pequeno número de médicos com perfil e qualificação para atuar na AB: os médicos de família e comunidade representam aproximadamente 1,2% dos médicos brasileiros e 5% dos médicos que trabalham na AB<sup>4</sup>.

Nas últimas décadas, os Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC) implementaram iniciativas para estimular a formação de generalistas, bem como ampliar as atividades formativas na AB. Dentre essas iniciativas, podemos destacar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab)<sup>5</sup>.

O Pró-Residência foi criado em 2009 e teve como objetivo apoiar a formação de especialistas em regiões desprovidas e especialidades prioritárias para o SUS<sup>6</sup>. Esse programa teve grande impacto na criação de vagas e na redução das iniquidades regionais na distribuição de vagas de residência<sup>6</sup>.

O Provab foi criado pelo MS em 2012, com o objetivo de estimular o profissional de saúde para a atuar na ESF e, para isso, o MS ofereceu uma bolsa de estudo-trabalho e suporte pedagógico por meio de uma especialização a distância e de supervisão presencial<sup>7</sup>. Além disso, o programa oferecia uma bonificação de 10% na nota das provas de seleção de residência, sendo este o seu elemento mais atacado por ferir uma concepção meritocrática. Contudo, ambos os programas tiveram impacto limitado na procura pela formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC)<sup>7</sup>.

A preocupação com a lacuna entre a quantidade de equipes de saúde da família – cerca de 34 mil em 2013 – e a existência de apenas 3.250 MFC no país<sup>8</sup> demonstram uma disparidade entre as necessidades sociais e a capacidade de formação de especialistas. Em relação às necessidades futuras, ao avaliar a taxa de ocupação e o número de vagas de residência existentes em 2012, observa-se que a taxa anual de formação de novos médicos de família seria inferior a trezentos médicos por ano. Esse quantitativo era insuficiente para atender às necessidades que estavam previstas no plano nacional de saúde (2012-2015), que previa uma expansão anual de 1325 novas equipes de Saúde da Família<sup>9</sup>.

A partir do PMM, foram implementadas iniciativas no campo da formação médica, gerando impactos diretos nos programas de RMFC. A Lei 12.871/2013, que criou o programa, objetiva a universalização do acesso à residência médica e a necessidade de realização de um a dois anos do programa de RMFC como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência<sup>3,10</sup>.

Nessa mesma direção, foram definidas estratégias de fortalecimento da preceptorial e de indução de integração entre a graduação e a RMFC, estimulando a participação das escolas médicas no processo de expansão da residência. Para o fortalecimento da preceptorial, destaca-se a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os programas de RMFC, que possibilitou um financiamento específico para a preceptorial<sup>11</sup>. No campo da indução da integração entre a graduação e a residência, vários instrumentos normativos relacionados ao processo de autorização e avaliação das escolas médicas induziram a abertura de vagas de RMFC e outras especialidades prioritárias. Dessa forma, todas as escolas foram incentivadas a credenciar novos programas de RMFC ou ampliar as vagas nos programas existentes.

Essas normativas definiam também que as novas escolas médicas privadas deveriam criar, ao longo dos seis anos iniciais de funcionamento, um número de vagas de RMFC equivalente ao número de vagas de ingresso no processo de autorização do curso<sup>12</sup>. O objetivo dessa associação foi garantir a qualidade dos programas de residência e induzir o processo de interiorização e fixação médica, uma vez que estudos demonstram que o potencial de fixação médica era potencializado quando se realizava a graduação e residência na mesma região<sup>13,14</sup>.

As alterações legais propostas e o papel atribuído à RMFC no novo cenário gerou a necessidade de reorganização nos programas de RMFC; e definição do escopo da especialidade médica e das competências esperadas para o médico de família<sup>15</sup> levando em conta a realidade da AB no Brasil. Também foi importante o fortalecimento do papel do residente como componente da equipe na ESF, possível desde portarias do MS de 2012 com novo impulso para a reorganização dessa formação, na perspectiva da educação pelo trabalho<sup>16</sup>.

Após quatro anos de implementação desse programa, torna-se fundamental a análise dessa iniciativa e de suas perspectivas futuras, em um contexto de cortes de investimentos no setor saúde, principalmente na AB. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar e analisar os efeitos do PMM na expansão das RMFC, a partir das experiências vividas no estado da Paraíba.

## Metodologia

Trata-se de uma sistematização de experiência<sup>17</sup>, na qual os atores/pesquisadores colocam suas próprias práticas em análise. A presente sistematização se debruça sobre o processo de expansão da residência em MFC, analisando-a a partir das experiências vividas por professores/pesquisadores do Departamento de Promoção da Saúde (DPS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Estes estão implicados diretamente na formação de médicos no estado e desenvolvem atividades vinculadas ao Provac, PMM, RMFC e à graduação de Medicina.

Para esta sistematização, utilizaram-se abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas. Foi realizada uma roda de conversa com nove professores/pesquisadores para a discussão/análise das experiências, conduzida sem roteiro estruturado e mediada coletivamente por seus participantes, que discorreram livremente sobre suas experiências, produzindo coletivamente a análise do vivido<sup>18</sup>. O registro da roda se deu em ato, a partir de anotações individuais, consolidadas em um relatório coletivo, que foi socializado em uma ferramenta de comunicação virtual assíncrona, na qual os atores



mantiveram a conversação. Todas as narrativas foram analisadas a partir da identificação dos núcleos de sentidos produzidos pelos atores que estruturaram as linhas de análise e definiram as seções do presente artigo<sup>19</sup>.

Foi ainda realizada análise documental dos relatórios de atividades desenvolvidas por esses atores no âmbito do Provac, PMM e das portarias do Governo Federal publicadas entre 2012 e 2017 que versaram sobre a formação médica e documentos relacionados à RMFC publicados entre 2010 e 2017. Os relatórios foram disponibilizados pela Coordenação dos Programas na Paraíba e as portarias foram acessadas na página virtual do MS. Sobre tais documentos, desenvolveu-se estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico<sup>20</sup>. Após definição do material, realizou-se uma leitura exploratória, seguida de leituras seletiva, analítica e interpretativa. As primeiras leituras visaram selecionar materiais relacionados às questões de pesquisa, enquanto as leituras seguintes visavam construir sínteses capazes de contribuir para a compreensão do objeto em estudo<sup>21</sup>.

Na abordagem quantitativa, foi realizada análise de dados coletados de bases secundárias referentes ao ano de 2010 a 2017. Os números de vagas de residência no país foram obtidos a partir de dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). As informações relativas ao estado da Paraíba foram coletadas por meio dos extratos de atos autorizativos da CNRM e de informações fornecidas pelas Comissões de Residência Médica (Coreme).

Para a análise, foram consideradas todas as vagas credenciadas para residentes de primeiro ano. Os dados relativos à ocupação das vagas e ao modelo de organização das RMFC foram coletados diretamente com os supervisores dos programas e com as Coremes, sendo os dados nacionais disponibilizados pela SBMFC. Foram consideradas como ocupadas as vagas que estavam preenchidas até o fim do primeiro mês no primeiro ano de residência.

Os dados referentes ao número de equipes da ESF têm como fonte os dados do portal do Departamento de AB do MS. Os dados referentes ao Provac e à atuação da residência foram retirados dos relatórios do programa registrados pela coordenação local entre 2012 e 2017. Os registros foram tabulados e passaram por etapa descritiva, que permitiu a elaboração de dados absolutos e relativos, os quais foram apresentados na forma de tabelas, gráficos e figuras, que permitiram a compreensão dos aspectos quantitativos relacionados à distribuição das vagas de residência no estado.

## Resultados

O processo de expansão da RMFC na Paraíba teve algumas peculiaridades porque foi compreendido como uma oportunidade de qualificar a AB do estado e transformá-la em um local de formação de médicos especialistas, conferindo à RMFC um caráter troncular<sup>22</sup>. Esse entendimento de alguns atores envolvidos se deu porque, em 2014, cerca de um terço das equipes do estado dependiam do eixo provimento do PMM para manter médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diante disso e da limitação temporal do provimento de médicos por meio do PMM, a Paraíba precisaria estar preparada para compor sua rede com médicos qualificados e sensíveis à AB ao término do programa. Para alcançar esse objetivo, um conjunto de atores baseou-se nas políticas

nacionais de indução, como o Pró-Residência e normativas de indução de integração da graduação com os programas de RMFC para construir um processo estadual de formação de médicos voltados para a AB.

Inicialmente, definiu-se como meta a busca de substituição gradativa das vagas do Provac por vagas em programas de RMFC. Em um contexto de valorização da AB, inclusive no seu papel ordenador da rede<sup>22</sup>, poderia se apostar mais fortemente na RMFC assumindo um papel decisivo na consolidação do SUS. Observa-se na tabela 1 que essas ações foram exitosas e que atualmente mais de 10% das equipes da ESF do estado estão vinculadas à RMFC.

**Tabela 1** – Evolução do número e percentual de equipes da Estratégia Saúde da Família com médicos vinculados ao Provac e a Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2012 a 2017, Paraíba.

Ano	Número de equipes do Provac	Número de equipes com RMFC	Percentual equipes da ESF com Provac (%)	Percentual equipes da ESF com RMFC (%)
2012	5	15	0,40%	1,20%
2013	182	23	14,50%	1,80%
2014	169	26	13,50%	2,10%
2015	100	22	8,00%	1,80%
2016	35	58	2,80%	4,60%
2017	13	140	1,00%	11,20%

A singularidade da Paraíba pode ser explicada por uma série de pactuações para a construção de uma rede local que articula diversos atores e instituições. Dessa forma, o processo de expansão das residências na Paraíba se caracterizou por uma grande integração entre as instituições de ensino e secretarias de saúde, interiorização das vagas da residência, diálogo entre diversas residências do estado, atuação de diversos atores do Provac/PMM e sensibilização permanente dos gestores por meio das suas instituições representativas. Faremos a seguir um relato de algumas ações e apresentaremos alguns resultados alcançados, comparando-os com dados nacionais de ocupação de vagas.

### **Construção da expansão na Paraíba: novos atores e encontros para a produção de uma rede de formação**

Com o PMM, novos atores passam atuar de uma forma estruturada para viabilizar e consolidar o programa por meio da Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos, que em sua composição mínima é formada por representação do MS, da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e representação das instituições supervisoras que na Paraíba eram instituições de ensino superior (IES) federais<sup>23</sup>. Na Paraíba, a CCE contou ainda com representação do MEC, por se considerar a relevância desse ator em uma política intersetorial cujo eixo formativo é um dos eixos estruturantes do PMM.

A partir de 2015, a CCE passa a ter um papel fundamental no processo de discussão da ampliação e interiorização da RMFC e tem entre suas atribuições orientar seus trabalhos para a Política Nacional de Atenção Básica, promover a articulação com

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e promover Fóruns de Educação Permanente em Saúde<sup>23</sup>, o que deixa claro seu caráter articulador no debate da qualificação da AB e na integração ensino-serviço.

Compreendendo seu potencial articulador entre diversas instituições que tinham interesse em qualificar a AB da Paraíba, a CCE inicia o debate entre os atores. Foram construídas várias frentes de atuação com o objetivo de sensibilizar os gestores municipais e as IES para aderirem, qualificarem e ampliarem a residência, assim como fortalecer os dispositivos para melhorar a ocupação das vagas ociosas da RMFC.

Foi nesse contexto que a CCE da Paraíba lançou mão de alguns dispositivos: 1. articulação com a SES para debater sobre o caminho da RMFC dentro do estado; 2. apresentação da residência médica para o Cosems; 3. participação em reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR); 4. realização de oficinas estaduais para fomentar o debate sobre o eixo formativo com gestores e IES; 5. realização de diagnóstico sobre a rede de serviços necessários para a implantação de RMFC; 6. aproveitamento da estrutura de matriciamento dos municípios do Provab; 7. reunião de aproximação dos supervisores e tutores do Provab e PMM para debater residência e o papel do supervisor nesse processo; e 8. o diálogo permanente com as referências descentralizadas do MS, devido ao conhecimento e à aproximação desses atores com os municípios desde a criação do programa. A seguir, detalharemos as principais ações para melhor compreensão do processo vivido e sua relevância para a articulação de processos em rede.

### **Articulação entre IES e gestores do SUS: unindo os pontos da rede**

Para a construção de um processo que tivesse legitimidade política local, a CCE promoveu espaços de diálogos com diferentes gestores e IES locais. Uma importante característica desses espaços foi terem sido promovidos em parceria com a SES e com o Cosems. Foram realizados eventos com o objetivo de debater o eixo formativo, apresentando a RMFC como estratégia central no processo de qualificação da AB. Foram articulados para esses diálogos a coordenação do Provab, tutores do PMM, supervisores de ambos os programas, referências descentralizadas do MS e MEC, integrantes da CCE, gestores, coordenadores de cursos de Medicina, secretários de saúde, SES, presidentes das CIR-PB e do Cosems, representante de Coremes, coordenadores das RMFC e Centro Formador do Estado.

Foram realizadas três oficinas, a partir das quais a CCE pôde colocar em pauta o debate sobre a construção e consolidação de residências municipais, modelos pedagógicos e estratégias de qualificação da AB e de fixação de profissionais a partir da residência.

Essas oficinas produziram a troca de experiências entre vários programas de RMFC do estado. Foram compartilhadas dificuldades, muitas vezes semelhantes, iniciativas positivas e perspectivas conjuntas de qualificação da rede de saúde e integração entre os programas. Também foram articuladas junto com o Cosems estratégias importantes a serem implementadas no estado, tais como a criação de incentivos municipais e leis que embasassem a complementação da bolsa de residentes e o pagamento de preceptor e de experiências de integração ensino-serviço, envolvendo graduação e residência.

Esses encontros permitiram o (re)conhecimento dos atores, o que foi fundamental para a construção de pertencimento a uma rede estadual de formação em RMFC. Como resultado, foi elaborado um plano de ação que apontava para: 1. a permanente integração entre as residências do estado e os gestores do SUS, a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes); 2. a elaboração de uma agenda de debates nas CIR e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), para que os municípios pudessem conhecer e participar da construção das residências; 3. a criação de estratégias das IES e municípios que já têm residência para ampliar vagas e aumentar a ocupação das vagas ociosas; 4. apoio/suporte do Proav para as residências que estavam fragilizadas e não conseguiam ocupar vagas.

### **Realização de diagnóstico sobre a rede de serviços necessários para a implantação de RMFC**

Foi realizado um levantamento das redes de saúde dentro do estado pela coordenação de AB da SES e do MS. A CCE classificou os 223 municípios da Paraíba em “potencial para residência regional”, “potencial em ter residência municipal”, “potencial para expandir ou qualificar a residência” e “município não prioritário” para a priorização do debate sobre a residência no período de seis meses. Para esse diagnóstico, foi levado em conta o histórico de participação do município no programa, capacidade de acolher os residentes nos estágios obrigatórios para uma residência ser aprovada, estrutura da rede, processo de organização da AB, existência de profissionais com perfil para a preceptoria, capacidade de articulação entre os municípios da região e existência de cursos de graduação ou de campos de práticas na área da saúde. Esse processo permitiu reconhecer os municípios e regiões com potencial para atividades de integração ensino-serviço, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>24</sup>.

Em sequência, durante um ano, componentes da CCE participaram de reuniões que envolveram 76 municípios com potencial em ter residência regional ou municipal. Além disso, a representante da residência regional de Patos (que teve início em 2016 com o desafio de alocar 36 residentes nos pequenos municípios do estado) articulou municípios de quatro microrregiões de saúde para pactuação de campos de residência. Ambos os movimentos contribuíram para que os municípios conhecessem a proposta da RMFC e para que fosse desencadeado um processo pioneiro no estado de interiorização da RMFC em locais onde não há instituições de ensino médico.

### **Apoio institucional aos municípios**

Apesar das iniciativas desencadeadas pela CCE em âmbito estadual e dos dispositivos regulatórios serem fundamentais, uma parte significativa das estratégias se constitui de mecanismos indutores e se desenvolve em um contexto de autonomia dos atores locais. Pensando nisso, estabeleceu-se um processo de apoio institucional para os municípios prioritários. Partiu-se da aposta do apoio como um dispositivo de gestão do trabalho que tem por suporte a produção compartilhada de conhecimentos<sup>25</sup>. A proposta foi ir ao encontro dos municípios, identificar suas potencialidades e

dificuldades e, junto com eles, construir estratégias para o fortalecimento da rede de formação em RMFC.

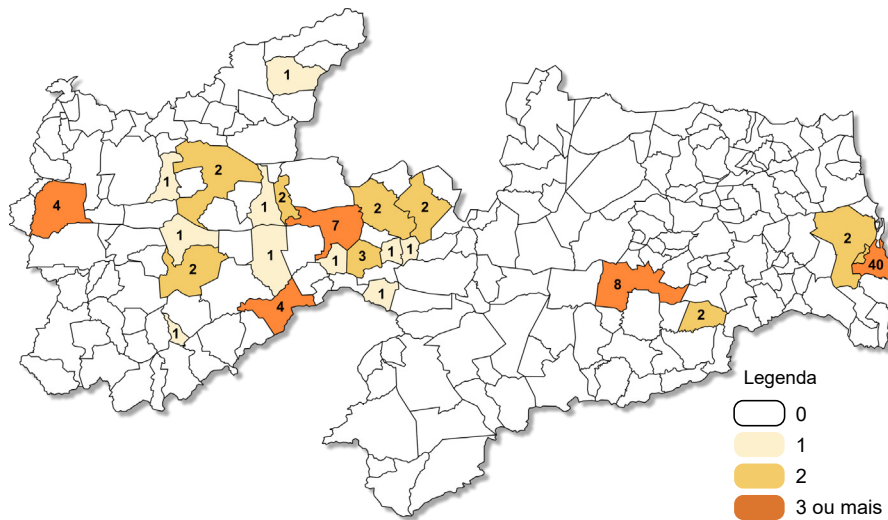
Para tanto, os supervisores do Provab, inicialmente em conjunto com as referências descentralizadas do MS que já tinham conhecimento prévio da região, realizaram visitas mensais a tais municípios estratégicos. Por ser uma produção do encontro entre os atores, o apoio aconteceu de formas diferentes, a depender do município e/ou região. Assim, houve participação em reuniões de CIR e realização de visitas a unidades de saúde que pudessem ter residência, além de apresentação de propostas/modelos de projeto de programas de RMFC de base regional e das normativas e trâmites para pleitear um programa de residência ou fazer parceria com algum programa já existente. Os municípios que decidiram pela criação de um programa próprio tiveram o suporte para todo o processo de organização do projeto pedagógico e submissão do pedido à CNRM. Vale destacar que a elaboração dos projetos pedagógicos foi realizada a partir de reuniões entre os diversos gestores e os supervisores do Provab e tinham uma perspectiva de atuar como dispositivo de estruturação da formação de profissionais para a AB e do fortalecimento das redes de atenção regional.

Esse processo envolveu seis das 16 microrregiões de saúde da Paraíba, com cem municípios, apoiando diretamente o pleito de um programa na segunda microrregião, com quatro vagas, e o envolvimento de outras duas microrregiões como campos de estágio.

### **Os primeiros olhares sobre as repercussões estaduais do processo de indução nacional e local**

Diante de todo esse processo, a construção da RMFC na Paraíba se diferencia da nacional pela alta taxa de ocupação e um aumento importante de municípios que ofertam vagas de residência, que caracterizou o processo de interiorização das RMFC no estado. Em 2010, apenas dois municípios ofertavam vagas de residência, e ainda assim com dificuldades na ocupação. Pode-se observar que em 2017 tem-se uma redistribuição de residentes nas quatro macrorregiões, em 24 municípios do estado (figura 1), o que demonstra um processo de interiorização da residência como estimulado pela política nacional.

Além da interiorização, algo inovador foi o despertar dos municípios de pequeno, médio e grande porte para participarem do processo formativo dos médicos. A partir desse despertar, a RMFC entrou na pauta de discussão das CIR; alguns municípios abriram-se para ser campos de estágio de outros programas, fortalecendo a parceria das IES com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS); uma região de saúde enviou projeto que foi aprovado e diversos municípios ficaram sensibilizados para construir projetos regionais.



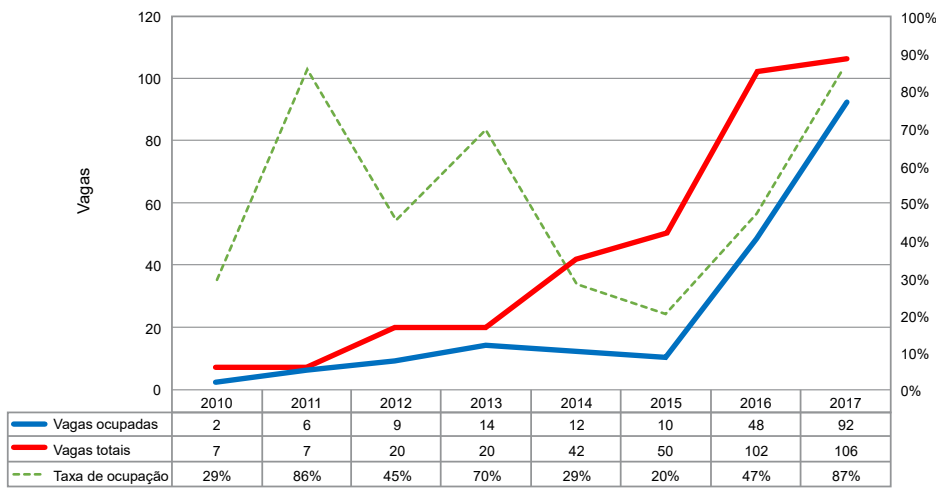
**Figura 1** – Distribuição de R1 em MFC por município, Paraíba, 2017.

Por outro lado, onde já existia a RMFC, houve uma qualificação das relações institucionais. Essas parcerias entre IES e SMS resultaram em: criação de colegiados gestores, aumento da resolutividade e ampliação do escopo de práticas na AB, contratação de preceptores e pagamento de complementação de bolsas aos residentes. Pela diversidade territorial, os contratos se deram de formas diferentes: os preceptores em algumas residências eram contratados quarenta horas pelo município como médico da AB e alocados para a função de preceptores responsáveis por dois a quatro residentes, enquanto outros eram contratados pela própria IES. A complementação da bolsa do residente era realizada de três formas: o município pagava em formato de bolsa por meio de portaria municipal, ou como prestação de serviços ou ainda eram médicos concursados da AB que já tinham vínculo estatutário e realizavam a residência na sua UBS, mantendo salário acrescido da bolsa do MS. Cabe ressaltar que vários municípios discutem e estão formulando leis de complementação de bolsa tanto para residentes quanto para preceptores.

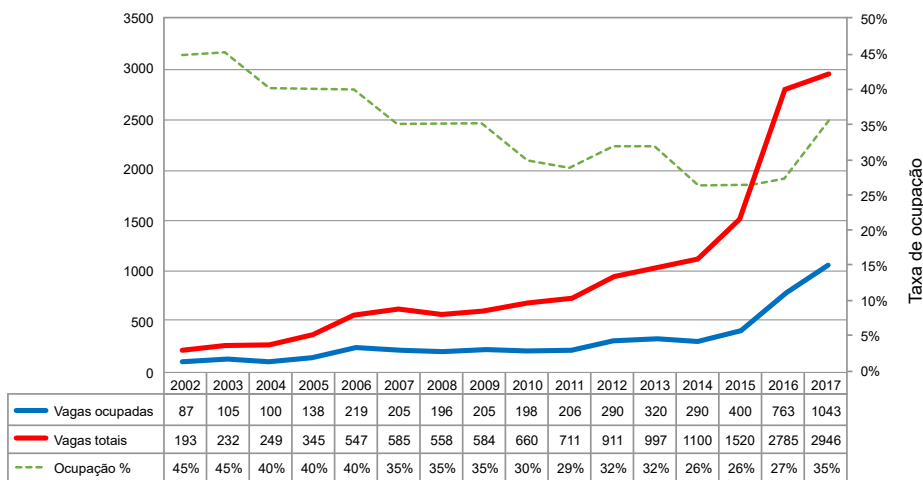
Outro aspecto relevante foi a percepção do impacto positivo dessas ações na qualificação do ensino na graduação, em virtude da ampliação das possibilidades de preceptoria e qualificação dos cenários de prática na AB, tanto para o primeiros anos do curso quanto para o internato, pois as unidades mais bem avaliadas eram aquelas nas quais os internos acompanhavam os residentes. Pensando nessa integração ensino-serviço que qualifica ambos, um dos cursos de Medicina no sertão paraibano criou uma residência regional com 36 vagas anuais, envolvendo diversos municípios, por acreditar que, para terem um curso qualificado, precisariam qualificar primeiro a rede de serviços.

Por fim, analisando de uma forma mais quantitativa o resultado geral das intervenções no estado, o gráfico 1 mostra uma grande expansão das vagas de RMFC, com o aumento de mais de dez vezes entre os anos de 2010 e 2017. Já a taxa de ocupação dos programas, atualmente, é de 87%, sendo 2,5 vezes maior do que a taxa nacional. A taxa de ocupação variou ao longo do período e apresentava uma tendência de queda entre 2013 e 2015, quando houve uma reversão desse processo, com o

retorno aos patamares anteriores no mesmo momento em que se fortaleciam estratégias nacionais de ocupação de vagas e realizavam-se as estratégias estaduais de tornar a AB paraibana um centro formador. A nível nacional, como pode ser visto no gráfico 2, entre 2010 e 2017 houve um aumento de 4,5 vezes no número de vagas, com uma baixa taxa de ocupação das vagas, de apenas 35%, mostrando um problema crônico, apesar das medidas nacionais de indução. Ao comparar os dados nacionais e do estado da Paraíba, observa-se uma maior efetividade no processo de expansão e ocupação das residências. Esse desempenho está relacionado a mecanismos de integração ensino-serviço e à atuação sinérgica entre os gestores do SUS e a IES, gerando movimentos singulares, conforme estabelecido pela PNEPS.



**Gráfico 1** – Evolução no número total de vagas, vagas ocupadas em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e taxa de ocupação, 2010 a 2017, Paraíba.



**Gráfico 2** – Evolução no número total de vagas, vagas ocupadas em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e taxa de ocupação, 2002 a 2017, Brasil.

## Considerações finais

O processo de expansão e ocupação das RMFC na Paraíba tem resultados positivos e melhores do que a média nacional. A combinação de políticas federais de gestão do trabalho e da educação na saúde; e de expansão da AB, com a atuação sinérgica no âmbito locorregional, propiciaram uma série de inovações voltadas para o fortalecimento da integração ensino-serviço e da construção de espaços conjuntos de planejamento e gestão entre instituições de ensino e gestores locais do SUS.

Em resumo, percebe-se, portanto, que uma política que em muitos locais se restringiu ao provimento de médicos, na Paraíba, consolidou-se como uma estratégia de indução na formação de profissionais, articulando os vários atores do SUS para a construção dessa rede de formação e assistência adequadas às necessidades da população paraibana.

Além disso, o desenvolvimento dos programas regionais de residência e a sua organização a partir da CIR evidenciam o grande potencial da integração ensino-serviço para o fortalecimento do processo de regionalização e do próprio SUS. Apontam também para a possibilidade de um maior protagonismo dos gestores de municípios de todos os portes populacionais em compor uma rede de formação de especialistas em MFC, o que pode ser essencial em um país continental e composto por cidades de pequeno e médio porte que, em geral, têm necessidades diferentes dos municípios de maior porte.

Outro ponto importante é que iniciativas municipais de fomento à preceptoria e de complementação de bolsas podem melhorar as taxas de ocupação dos programas, sendo, entretanto, importante pensar também em dispositivos de fixação desses profissionais após a conclusão da residência. Cabe ressaltar que no estado a complementação de bolsas não envolveu o terceiro setor e se dá exclusivamente pelo município, o que pode ser um potencial nos debates para a criação de leis municipais para consolidar essa política.

A efetivação dessas estratégias, principalmente no seu aspecto regulatório, pode equiparar o Brasil e outros países em que a proporção de vagas de MFC corresponde a mais de 30% das vagas da residência, ao mesmo tempo que possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da AB.

O intenso debate a partir do início do PMM demonstra, por outro lado, que para o estado exercer o seu papel de ordenador da formação de trabalhadores é necessário também disputar conceitos já instituídos na sociedade atual e, entre eles, o de mérito, agregando ao conceito existente a lógica do compromisso e responsabilidade social com a população brasileira e, conseqüentemente, com a consolidação do SUS. Além disso, é preciso ressignificar o papel dos gestores do SUS e das IES e estabelecer novos mecanismos de gestão e de diálogo entre todos os atores que participam da formação médica.



## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Todo o conteúdo deste artigo, exceto onde identificado, está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Giovannella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94.
2. Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Boing AF, Strauch ES, Silveira DS, et al. Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):359-66.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020; 2011. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2012.
5. Dias HSA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
6. Alessio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
7. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
8. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília. Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013.
12. Brasil. Secretaria de Regulação do Ensino Superior, Ministério da Educação. Edital nº 6/2014/SERES/MEC. Edital de seleção de propostas para autorização de funcionamento de cursos de medicina em municípios selecionados no âmbito do edital nº 03, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União*. 23 dez 2014.



13. Seixas PHDA, Correa AN, Moraes JC. *Migramed - Migração médica no Brasil: tendências e motivações*. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2014.
14. Adler B, Biggs WS, Bazemore AW. State patterns in medical school expansion, 2000-2010: variation, discord and policy priorities. *Acad Med*. 2013; 88:1849-54.
15. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1/2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Holliday OJ. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. In: Seminario ASOCAM; 2001; Cochabamba. Cochabamba: Intercooperation; 2001.
18. Bernardes JS, Santos RAS, Silva LB. A Roda de Conversa como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: Lang CE, Bernardes JS, Ribeiro MAT, Zanotti SV, organizadores. *Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas*. Maceió: EDUFAL; 2015. p. 13-34.
19. Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000.
20. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1999.
21. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2002.
22. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:14-29.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.921, de 28 de Novembro de 2013. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.



---

The aim of this study is to report and analyze the effect of the More Doctors Program on the expansion of Family Medicine Residency (FMR), based on the strategies developed in Paraíba. A systematization of the experience was carried out by means of a conversation wheel, plus documentary analysis. A set of strategies (partnerships between Higher Education Institutions and Health Secretariats, state FMR workshops, institutional support of municipalities, articulation between the programs of provision of the federal government, regional residences, complementation of scholarship, among others) that resulted in new programs of FMR in interior of the state and a rate of expansion and occupation higher than the national average. This experience presented innovations and advances in the formation of generalists and in the teaching-service integration, with the consequent strengthening of Primary Care.

**Keywords:** Primary healthcare. More Doctors Program. Health personal management. Internship and residency.

---

El objetivo del estudio es relatar y analizar el efecto del Programa Más Médicos en la expansión de programas de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC), a partir de las estrategias desarrolladas en el Estado de Paraíba. Se realizó la sistematización de la experiencia por medio de una ronda de conversaciones y análisis documental. A partir de la articulación de los actores locales, integrada a las políticas nacionales de expansión de la RMFC, se desarrolló un conjunto de estrategias (alianzas entre Instituciones de Enseñanza Superior y Secretarías de Salud, talleres estatales de la RMFC, apoyo institucional de municipios, articulación entre los programas de provisión del gobierno federal, residencias regionales, complementación de bolsa, entre otros) que resultaron en llevar la residencia al interior del estado y en un índice de expansión y ocupación superior al promedio nacional. Esta experiencia presentó innovaciones y avances en la formación de generalistas y en la integración enseñanza-servicio, con el consiguiente fortalecimiento de la Atención Básica.

**Palabras-clave:** Atención primaria de la salud. Programa Más Médicos. Administración de recursos humanos en salud. Internado y residencia.

Submetido em 20/01/18.

Aprovado em 08/10/18.

### A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior

The management of academic supervision in the More Doctors for Brazil Project by higher education institutions (abstract: p. 10)

La gestión de la supervisión académica en el Proyecto Más Médicos para Brasil por las instituciones de educación superior (resumen: p. 11)

Rodrigo Chavez Penha<sup>(a)</sup>

<rodrigopenha@ufsj.edu.br> 

Rosa Gouvêa de Sousa<sup>(b)</sup>

<rosags@ufsj.edu.br> 


Sandro Schreiber de Oliveira<sup>(c)</sup>

<sandro.schreiber@yahoo.com.br> 

Erika Rodrigues de Almeida<sup>(d)</sup>

<erika.almeida@saude.gov.br> 

Jackeline Gomes Alvarenga Firmiano<sup>(e)</sup>

<jackelinefirmiano@gmail.com> 

<sup>(a, b)</sup> Departamento de Medicina, Universidade Federal de São João Del-Rei. Praça Dom Helvécio, 74, Pavilhão de Aulas, *campus* Dom Bosco. São João Del-Rei, MG, Brasil. 36301-160.

<sup>(c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

<sup>(d)</sup> Coordenação-geral de Gestão da Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

<sup>(e)</sup> Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) consagra-se como um conjunto estratégico de ações para o Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao aprimoramento da formação médica, à qualificação profissional e à fixação de médicos em regiões desassistidas. Destacamos, dentre essas ações do programa, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), responsável pelo provimento emergencial de médicos. Este foi concebido como resposta à carência de profissionais na Atenção Básica em Saúde do país, aspecto de destaque nesse conjunto de estratégias para o SUS. O aperfeiçoamento proposto pelo PMMB mobilizou as instituições públicas de educação superior a atuar como instituições supervisoras (IS). Essas instituições atuam na supervisão das atividades desenvolvidas pelos médicos e no fortalecimento da política de educação permanente com ações de integração ensino-serviço. Este estudo objetiva relatar a experiência na gestão da supervisão acadêmica diante do desafio de implantação do PMMB.

**Palavras-chave:** Educação médica. Educação permanente. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Supervisão acadêmica.

## Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi estabelecido por Medida Provisória em julho de 2013 e legislado em outubro do mesmo ano<sup>1</sup>. O programa constitui-se em política pública brasileira e consagra-se pelo objetivo de prover assistência médica para municípios e regiões em situação de vulnerabilidade. Seu foco de atuação está na Atenção Básica e sua estratégia tem por base o acesso aos serviços pela ampliação da rede de atenção municipal. O programa tem por diretrizes: a ampliação do número de médicos na Atenção Básica; a diminuição de desigualdades regionais; o fortalecimento da Atenção Básica; o aprimoramento da formação médica para as necessidades do SUS; o fortalecimento da política de educação permanente pela perspectiva da integração ensino-serviço, com ênfase na parceria com instituições de educação superior por meio da supervisão acadêmica; a promoção de troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e, por último, o aperfeiçoamento de médicos para o SUS, sua gestão, atenção e educação em saúde<sup>1</sup>.

O PMM foi concebido por eixos que têm por objetivo a ampliação e melhoria da infraestrutura, a formação para o SUS e o provimento emergencial. Com o nome de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o provimento emergencial é materializado por meio de editais nacionais e internacionais; e por cooperação internacional para a adesão de médicos para o exercício assistencial na Atenção Básica. Ao participante médico é ofertado: curso de especialização; e atividades de ensino, pesquisa e extensão, transversais à assistência prestada pelo médico<sup>2</sup>. O componente assistencial é o promotor reflexivo de processos educacionais da supervisão acadêmica que constrói o percurso reflexivo do médico por meio da integração ensino-serviço, conforme a lei que regulamenta o projeto<sup>2</sup>. Tal integração é possível pela participação de instituições de ensino superior que desempenham papel de supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos<sup>1</sup>.

O PMMB apresenta-se como uma política abrangente no histórico do provimento e interiorização do trabalho por profissionais de Saúde e aborda a questão da má distribuição de médicos no país, considerando aspectos como concentração de médicos por região e relação médico-habitante<sup>1</sup>. Seu arcabouço técnico-legal possibilita a adequação da proposta nacional aos interesses singulares de cada município. A proximidade da supervisão acadêmica com o médico *in loco* – ou seja, no município – possibilita reflexões sobre seu processo de trabalho, sobre a implantação do serviço, sobre o trabalho em equipe, o território e seus determinantes sociais<sup>3,4</sup>. Tal ação educacional, fomentada pelas práxis do médico e da equipe, condiz com a Política Nacional de Educação Permanente, disposta na portaria do Ministério da Saúde nº 1.996, de 20 de agosto de 2007<sup>5</sup>.

## Metodologia

As experiências aqui analisadas referem-se à observação em campo dos autores. A técnica de observação é utilizada por diversas áreas e possibilita o levantamento de informações a partir da apreensão de comportamentos e acontecimentos no momento de sua *performance*<sup>6</sup>. Esse coletivo de pesquisadores esteve em diferentes níveis de

gestão do PMMB, seja na tutoria e supervisão em IS, na Comissão de Coordenação Estadual (CCE) ou na Coordenação em nível central do Ministério da Educação (MEC). É deste lugar que o relato e as perspectivas dos movimentos da supervisão acadêmica são aqui colocados, em especial nos tópicos relacionados ao território, integração ensino-serviço e educação permanente. Para tanto, foi feita revisão bibliográfica perpassando bases de dados, marcos legais e regulamentares do PMMB, assim como análise dos relatórios de observação em campo de alguns dos pesquisadores envolvidos.

A revisão bibliográfica foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde, no portal Saúde Baseada em Evidência, entre os anos 2013 a 2017, tendo como primeiro descritor “Programa Mais Médicos” e, em pesquisa avançada, “supervisão acadêmica”, “tutoria acadêmica”, “educação médica” e “educação permanente”. Todos os descritores tiveram busca em português, inglês e espanhol. Os artigos foram selecionados de acordo com a disponibilidade em texto completo. Nas bases de dados, foram encontrados um total de 97, com sobreposição de 16 artigos. Para os 81 restantes, foram aplicados os filtros para “supervisão acadêmica”, “tutoria acadêmica”, “educação permanente” e “educação médica”.

Após o filtro, todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Cada autor identificou ideias que estavam em mais de um artigo e, após análise dessa seleção, três categorias destacaram-se: educação permanente associada à integração ensino-serviço; o desenho ou percurso da *performance* da supervisão e/ou tutoria acadêmica; e desafios relativos ao programa e/ou ao projeto. Com essas três categorias em mãos, os autores leram os relatórios de observação de campo. Nesse momento, a metodologia utilizada foi a análise de conteúdo com fundamento em Bardin<sup>7</sup>. A escolha por essa análise qualitativa dos dados coletados deve-se por ser técnica metodológica que se pode aplicar em diversos discursos e formas de comunicação. O percurso de análise passou pelas etapas previstas pela técnica: pré-análise, exploração do material escolhido e “tratamento dos resultados”<sup>7</sup>. As categorias que emergiram após análise do material foram: implantação da supervisão acadêmica; território da supervisão acadêmica; educação permanente e integração ensino-serviço; e futuro das ações. Para cada uma dessas categorias, os autores destacaram ideias que foram analisadas à luz dos marcos regulamentares do PMMB e dos artigos selecionados nas bases de dados.

## A implantação da supervisão acadêmica

Para o PMMB, a supervisão acadêmica coloca-se como ferramenta fundamental para o suporte aos profissionais que aderiram aos editais do provimento emergencial<sup>5</sup>. O processo de seleção de IS se inicia por meio da Portaria Normativa MEC nº 14, de 9 de julho de 2013<sup>8</sup>. Ela dispõe sobre a adesão de instituições federais de educação superior ao projeto, com posterior ampliação para outras instituições, que também assumiram a parceria no provimento emergencial<sup>1,2</sup>. No início do projeto, representantes das instituições e grupos com experiência em projetos semelhantes participaram de grupos de trabalho que organizaram as possibilidades legais de ação das universidades, em conformidade com as necessidades de formação de recursos humanos para o SUS. Os grupos, localmente, variaram em composição, objetivos

e metodologias, o que tornou o processo plural e diverso. As IS deram início ao acompanhamento dos médicos por meio do exercício da tutoria e da supervisão<sup>3</sup>.

A tutoria tem por objetivo problematizar, viabilizar e acompanhar o processo de trabalho da supervisão acadêmica, assim como produzir relatórios e informações pertinentes a sua ação e acompanhar e avaliar os relatórios e registros da equipe da supervisão<sup>4,5</sup>. Esse escopo de atuação é acompanhado pelo MEC continuamente, por meio de seus apoiadores descentralizados em cada estado, e pelas IS, signatárias dos termos de adesão ao PMMB<sup>4</sup>. Como o objetivo da supervisão acadêmica tem sua centralidade no exercício assistencial crítico e reflexivo do médico integrante do PMMB<sup>8</sup>, muitos relatos de gestão pelas IS mencionam grupos de tutoria cuja operacionalidade propõe e promove troca de práticas pedagógicas entre si e junto com os supervisores. Com isso, identificaram-se instrumentos que objetivaram a *performance* da supervisão, como a questão do tempo de execução da visita e de seu objetivo.

A supervisão acadêmica incentiva o aperfeiçoamento técnico-assistencial do médico dentro do contexto do fortalecimento da atenção básica em saúde por meio da educação permanente e da integração ensino-serviço<sup>4</sup>. Tal orientação advém da própria normatização do PMMB em seus eixos<sup>1</sup>. Em relatos descritos em diários de campo, há ênfase ao uso de recursos didático-pedagógicos demandados para o exercício da supervisão acadêmica e que se voltam para a sensibilização do médico no fortalecimento da Atenção Básica e para a implicação de seu processo de trabalho neste êxito. Nesse sentido, a perspectiva acadêmica que cerca a supervisão demanda desse conjunto de médicos supervisores um arcabouço pedagógico que se apresentou como um dos desafios da implantação.

## O território na supervisão acadêmica

A adesão ao PMMB de 3.756 municípios, de vários tamanhos e portes, reflete a demanda por médicos. Inicialmente, mais de 13.790 médicos foram distribuídos nas 27 unidades federativas<sup>9</sup>. Para garantir a supervisão e tutoria para todos os médicos atuantes no PMMB, foram firmados termos de adesão entre o MEC e instituições de ensino superior (IES), localizadas em todas as unidades federativas do país. Seleção; deslocamento; e aproximação com as unidades de saúde e suas necessidades foram pautas iniciais para o exercício da supervisão acadêmica dos médicos participantes do PMMB. Conforme descrito em diários de campo de alguns pesquisadores, desde o princípio, a gestão do território de supervisão acadêmica mostrou-se um desafio para as instituições de ensino integrantes do PMMB e desafio maior de transposição de tabelas para mapas e destes para o território, a fim de promover o acesso dos médicos participantes à supervisão acadêmica.

Para a ação institucional da supervisão acadêmica, o território teve que ser estabelecido. Cada estado teve diferente procura por adesão ao PMMB, número de médicos inscritos e sua distribuição. Com isso, a adscrição territorial de supervisão foi construída de forma singular em cada estado. Cabe destacar que, de acordo com o arcabouço normativo construído pelo MEC, na Portaria nº 585, de 15 junho de 2015, cada tutor tem a responsabilidade de orientar o trabalho de até dez supervisores e cada supervisor tem a responsabilidade de acompanhar até dez médicos participantes<sup>4</sup>.

Os territórios descritos pelas tutorias são muito variáveis, de acordo com o número de IS de cada estado e dos consensos sobre as divisões territoriais. Em São Paulo, inicialmente apenas uma única instituição supervisionava todo o estado, enquanto no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais em pouco tempo já havia cinco IS, por exemplo. O cenário no país é diverso, comportando desde as que supervisionam milhares de médicos em centenas de municípios até outras com menos de uma centena de médicos em menos de trinta municípios.

A qualidade das estradas e rodovias, o deslocamento entre municípios, o perfil da supervisão, tempo esperado e possível para cada visita e a relação com a gestão municipal são pautas constantes dos grupos de trabalho das IS que têm diferentes formatações em sua composição entre as instituições e ao longo dos anos. Algumas equipes, por estarem distribuídas em territórios extensos, optaram por encontros por webconferência mensais e alguns presenciais, limitados por motivos de logística e ajuda de custo (como Minas Gerais e São Paulo), enquanto outras com áreas menores conseguem fazer encontros presenciais mensalmente (Rio Grande do Sul).

O desenho territorial dependeu da compreensão de cada IS e da negociação em cada estado. Uma vez definida a área de cada instituição, cada tutor teve que verificar onde estavam distribuídos os médicos participantes no território. O desafio colocado aos tutores era a garantia de proximidade da supervisão acadêmica para estes médicos distribuídos por territórios. Estudos de rotas e de mapas tornam-se corriqueiros nas descrições da função da tutoria. Questões como acessos possíveis e meios de deslocamento disponíveis são pautas identificadas no percurso da construção da gestão da supervisão acadêmica. A partir desse planejamento logístico desenvolvido pelos próprios tutores, eram traçadas rotas possíveis para as visitas aos médicos participantes pelos supervisores.

Como um dos objetivos do projeto é o provimento de médicos em locais com unidades de difícil fixação de profissionais, os gestores da supervisão acadêmica compreendem que essa estratégia de viabilização de recurso humano implicaria no trabalho daqueles que se dispusessem a prestar apoio, acompanhar e auxiliar os médicos do PMMB. Mesmo com o planejamento, questões se impunham aos supervisores, como gestão do tempo nos municípios, deslocamento entre cidades e demandas apresentadas pela equipe e pela gestão.

Ao decidir se tornarem supervisores, ajustando os aspectos mencionados, estes tinham que avaliar suas próprias possibilidades de como chegar até onde estavam os médicos, analisando os territórios e, por vezes, descobrindo adversidades várias só durante ou no fim do percurso. Rios, trajetos intransitáveis ou riscos adicionais eram conhecidos apenas após as primeiras visitas. Em conjunto com tutores e gestores do programa, foram pensadas e encaminhadas diversas soluções, conforme o tipo de adversidade, os recursos disponíveis e o contexto único de cada situação. Algumas instituições passaram a utilizar supervisores que residiam próximo das regiões onde faziam supervisão (como Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul), outras intercalaram médicos no município de moradia do supervisor com médicos em municípios distantes (como Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Em ambos os casos, foi reduzido o tempo de permanência longe do domicílio e de trabalho regular dos supervisores. Essas questões foram evidenciadas em reuniões das CCE, entre reuniões de tutoria e no relato de tutores das instituições supervisoras.



O processo de seleção de supervisores também variou muito em cada IS, desde aquelas que estabeleceram critérios e procederam convites aos que se adequavam aos critérios (como Rio Grande do Sul e São Paulo) até aquelas que abriram chamadas públicas para seleção dos interessados que se candidatassem (Minas Gerais e alguns estados no Nordeste). Quanto ao perfil dos profissionais, há desde IS que têm supervisores todos da área de Medicina de Família e Comunidade com experiência em preceptoria de estudantes ou residentes até IS que têm supervisores das mais variadas especialidades médicas e mesmo sem experiência em preceptoria.

### **Educação permanente e integração ensino-serviço**

A ação dos supervisores mostrou-se como ponto-chave de ressignificação sobre o papel das instituições em projetos de ampliação da rede assistencial. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi exemplo disso<sup>10</sup>. A experiência do Ministério da Saúde com referências descentralizadas, durante a execução de projetos como o Provab, levou o MEC a planejar a implantação dos seus próprios apoiadores estaduais e incluí-los no orçamento do programa, com o objetivo de viabilizar o apoio local aos tutores. Em março de 2014, foi implantada pelo MEC a estratégia do Apoio Institucional às IS do PMMB, por meio de processo seletivo. Essa primeira experiência, atualmente em todas as unidades federativas, iniciou-se por seleção, formação e integração de apoiadores dos dois ministérios nos estados da Bahia, Ceará, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Esse apoio tem por objetivo a resolução de problemas e o fornecimento de orientações claras, garantidas pela comunicação efetiva e próxima da realidade vivida por tutores e supervisores<sup>11</sup>.

Observados os desafios de um projeto desse porte, as lições aprendidas com experiências anteriores teriam que ser – e efetivamente foram – aproveitadas. O Provab já havia construído uma rede intersetorial e interinstitucional a partir de 2012, composta inclusive por supervisores. Muitos descrevem a vivência dessa supervisão como algo inovador, pois possibilitou a qualificação do médico fora de um ambiente acadêmico tradicional, estimulando sua crítica sobre o trabalho e provocando enfrentamentos das dificuldades percebidas no cotidiano<sup>3,12</sup>. Os relatórios no sistema do Provab dos envolvidos em atividades locais, associados aos seus relatos de vivência, contribuíram em muito para a formação de estruturas e planejamento de IES e de órgãos de gestão em saúde.

Políticas estaduais de educação permanente em saúde também teceram em muitos momentos redes intersetoriais com presença de instituições de ensino e de saúde. Nos anos de 2010 a 2013, no estado de Minas Gerais, foi desenvolvido o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde (PEP/SES/MG)<sup>13</sup>. Ele teve por finalidade melhorar a resolutividade da Atenção Básica em Saúde, tendo por arcabouço pedagógico a aprendizagem significativa integrada às competências clínicas necessárias aos médicos que atuam nas unidades de saúde<sup>13</sup>. Essa experiência foi trazida aos gestores da supervisão acadêmica e aproveitada na elaboração de estratégias educacionais incentivadas pela Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde em fóruns sucessivos liderados pelo MEC na figura da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde.

Criou-se ainda a CCE a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.921, de 28 de novembro de 2013<sup>14</sup>. Essa comissão, organizada por regimento e submetida à Coordenação Nacional, tem como proposta aproximar as instituições envolvidas com o PMMB e ajudar nas resoluções de conflitos e demandas apresentadas ao longo do percurso deste. Em muitas CCE encontraram-se representantes do Provas e PMMB, como as IES; gestores estaduais e municipais; apoiadores estaduais do Ministério da Saúde e da Educação; membros da Organização Pan-Americana de Saúde; representantes da Universidade Aberta do SUS; dentre outros atores envolvidos com a operacionalização do PMMB, de modo a abordar os mais diversos aspectos em um recorte local. Podemos observar, no entanto, variações na composição da CCE de acordo com conjunturas locais. Em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, por exemplo, foi incluída a coordenação tripartite dessa comissão com um membro representante dos gestores municipais, um das IS e um gestor estadual.

### O futuro das ações do PMMB

Ao longo do processo de gestão acadêmica de tutoria e supervisão, foram fortalecidas algumas ações estratégicas, como a ênfase na educação permanente e a integração ensino-serviço. Os temas que envolvem a supervisão acadêmica passam, assim, por assistência, gestão e educação, com os desafios apresentados aos supervisores versando sobre como e com quem problematizar os temas; e como particularizar o aprendizado durante o serviço. Isso mobiliza a IS para expandir a atenção da supervisão para as equipes das unidades de saúde, assim como para o aperfeiçoamento da supervisão em práticas pedagógicas voltadas para o adulto. Nesse contexto, sua formação é tratada como necessidade para cumprir sua função, um diagnóstico que se aproxima da reflexão proposta por Ribeiro e Prado, em que a preceptoria se percebe como um ato de docência, necessitando de reflexão e qualificação como tal<sup>15</sup>.

As ações da supervisão e tutoria acadêmicas de modo a rever a abordagem tradicionalmente dada às questões envolvendo ensino-serviço promovem a educação permanente com foco em metodologias ativas de aprendizagem com referenciais sociointeracionistas e da dialogia<sup>16</sup>, do pensamento complexo e do método científico como estratégias educacionais possíveis e potentes para a mudança necessária no ensino da prática adequada da Medicina (e da Saúde) da família e comunidade. Isso envolve conhecer e lidar com o contexto no qual se aprende e exercita a Medicina; e o olhar ativo do educador, que deve ser apoiado, estimulado e reconhecido em sua prática<sup>16</sup>.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm por interesse fomentar a criticidade nas pessoas, maximizando a sua curiosidade a partir de situações reais ou por exercícios de aproximação da realidade<sup>16</sup>. Muitas estimulam a autonomia do sujeito, o respeito à sua história de vida e articulam diferentes pontos de vista, inclusive em situações de pensamentos divergentes<sup>17</sup>. Essas propostas pedagógicas potencializam o aprendizado com os profissionais da Saúde e se coadunam com as estratégias descritas para o PMMB.

A supervisão acadêmica acompanha o médico em seu cotidiano. Isso demanda da supervisão práticas pedagógicas voltadas para o adulto trabalhador que está fora do espaço formal tradicional de sala de aula. A problematização a partir de situações reais e a revisão em equipe tornam-se disparadores da aprendizagem<sup>16</sup>. As reflexões acerca

do trabalho, as limitações contextualizadas e as formas de enfrentamento em equipe e em comunidade são dispositivos com os quais a supervisão opera para estimular a qualificação do profissional. Essa proposta de ação compartilhada demanda da equipe de supervisão educação permanente também. Com isso, reuniões para troca de vivências, uso de mídias sociais para troca de informações e cursos de formação em práticas docentes são constantes identificadas nas IS e, em si, um desafio para a tutoria acadêmica, que é responsável pela organização do processo de trabalho da supervisão.

Para tanto, a supervisão acadêmica possui ações *in loco*, locais regionais e em equipe<sup>5</sup>. Esse desenho é fruto de um amadurecimento dessa função que, ao investir no profissional médico, entende que impacta nas ações da equipe e do município, convidando a todos para o diálogo e para a aprendizagem. Essa repercussão tem sentido com a racionalidade pela qual opera a Estratégia de Saúde da Família, pois insere a aprendizagem do profissional médico a partir de disparadores da unidade de saúde, da equipe e da comunidade. Isso traz uma adequação da *performance* do médico na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>18</sup>. Assim, quando a supervisão mobiliza positivamente os profissionais para o encontro entre necessidades de saúde e a prática na unidade de saúde, o modelo assistencial comunitário referenciado da ESF é fortalecido. Com isso, instrumentos e práticas da supervisão dão origem a produtos como protocolos municipais; cursos de atualização; revisão de prontuários ou de eventos críticos; planos de desenvolvimento para o profissional; aperfeiçoamento de habilidades; planejamento das ações da unidade; incentivo à abordagem familiar e comunitária; reuniões com equipe com gestores (municipais e regionais); e estudos e processos de qualificação baseados em evidências.

A experiência do modelo de tutoria e supervisão acadêmicas trouxe muitos benefícios ao sistema de saúde e às universidades. Tem servido como impulsionador das discussões e aproximações com as gestões municipais que, juntas, têm identificado melhores alternativas de superação dos problemas. A universidade pôde encontrar pessoas vocacionadas ao ensino que não tiveram a oportunidade de “viver a academia” e, a partir dessa atuação como supervisoras, aproximaram-se das universidades.

## Considerações finais

A continuidade do PMMB tem estado permanentemente na pauta de médicos, gestores e IS, sendo a questão da supervisão acadêmica central nessa perspectiva. Desafios como a manutenção da assistência à saúde de populações periféricas e negligenciadas e a impossibilidade dos orçamentos municipais de custear essa assistência são definitivas na manutenção do programa<sup>9</sup>. Por outro lado, a supervisão acadêmica atua em outra questão central, ainda mais relevante do que a primeira – sob pena de torná-la sem efeito – que é a qualidade e o suporte aos profissionais que prestam essa assistência<sup>9</sup>.

As definições de rumos e prioridades nortearão o estabelecimento futuro da manutenção assistencial e desenvolvimento da qualidade desta. Os avanços e experiências vivenciadas relatadas ao longo dos quatro primeiros anos do programa nos permitem compreender a potência da supervisão acadêmica na identificação e correção de trajetórias dos profissionais de saúde no sentido de garantir a assistência de boa qualidade e na gestão do programa. Toda a rede construída ao longo desse período,

na qual milhares de médicos passaram a se conhecer e reconhecer como protagonistas de uma ação efetiva para a melhoria dos serviços de saúde, talvez seja o maior legado do modelo de tutoria e supervisão.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Todo o conteúdo deste artigo, exceto onde identificado, está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui O Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013.
3. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Cienc Saude Colet. 2017; 22(4):1165-80.
4. Brasil. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jun 2015.
5. Cruz CSS. Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais [dissertação]. Diamantina, MG: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); 2013.
6. Ferreira LB, Torrecilha N, Machado SHS. A técnica de observação em estudos de administração. In: Anais do 36o Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: EnANPAD; 2012. 1-15.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Brasil. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 27, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. Diário Oficial da União. 15 Jul 2015.



9. Almeida ER, Martins AF, Macedo HM, Penha RC. Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da supervisão acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1291-300.
10. Gallas NI, Almeida JDL, Faria MA, Paula DMP, Duarte NIG, Mello VRC, et al. O Programa “Mais Médicos” na mídia Brasileira: estado da arte. *Obstet J*. 2017; 11(2):1-13.
11. Franco TAV, Paiva CHA. Programa Mais Médicos para o Brasil: textos e documentos de referência reunidos [Internet]. Brasília: Estação de trabalho observatório história e saúde; 2018 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=17&item=8>
12. Saletti Filho HC, Fontão P. Estratégias de supervisão prática no Provac: a medicina centrada no paciente como proposta de desenvolvimento do cuidado em saúde [Internet]. *Comunidade Prat*. 2014 [citado 8 Jan 2018]. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/37>
13. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18 Suppl 4:60-6.
14. Silva LAA, Leite MT, Pinno C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab Educ Saude*. 2014; 12(2):403-24.
15. Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gauch Enferm*. 2013; 34(4):161-5.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.921, de 28 de Novembro de 2013. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades para os próximos. *Diário Oficial da União*. 29 Nov 2015; p. 129-30.
17. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):421-37.
18. Melo BC, Sant’Ana G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Comun Cienc Saude*. 2012; 23(4):327-39.

---

The More Doctors Program is a strategic set of actions for the Brazilian National Health System (SUS) aiming at improvements in medical education, professional qualification and retention of doctors in unassisted areas. Among these actions, we highlight the Project More Doctors for Brazil (PMMB), responsible for the emergency supply of doctors. It was conceived as a response to the shortage of professionals in primary care across the country, an extremely important aspect in this set of strategies for SUS. The professional improvement proposed by PMMB has mobilized public higher education institutions to participate as supervisory institutions. They are responsible for supervising the activities developed by doctors and for strengthening the continuing education policy through teaching-service integration actions. This article aims to report on the experience of managing academic supervision in light of the challenge of the implementation of PMMB.

**Keywords:** Medical education. Continuing education. More Doctors for Brazil Project. Academic supervision.



El Programa Más Médicos se consagra como un conjunto estratégico de acciones para el Sistema Único de Salud (SUS) teniendo como objetivo el perfeccionamiento de la formación médica, de la calificación profesional y el establecimiento de médicos en regiones no asistidas. Entre esas acciones del Programa, subrayamos el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), responsable por la provisión de médicos en situación de emergencia. El mismo fue concebido como respuesta a la carencia de profesionales en la Atención Básica de Salud del país, aspecto de destaque en ese conjunto de estrategias para el SUS. El perfeccionamiento propuesto por el PMMB movilizó a las instituciones públicas de educación superior para que actuaran como Instituciones Supervisoras (IS). Estas instituciones actúan en la supervisión de las actividades desarrolladas por los médicos y en el fortalecimiento de la política de educación permanente con acciones de integración enseñanza-servicio. Este estudio tiene el objetivo de relatar la experiencia en la gestión de la Supervisión Académica ante el desafío de implantación del PMMB.


**Palabras clave:** Educación médica. Educación permanente. Proyecto Más Médicos para Brasil. Supervisión académica.


Submetido em 15/02/18.  
Aprovado em 26/10/18.


### Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão


Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group (abstract: p. 14)


Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas remotas de Roraima, Brasil: relaciones entre los médicos y el Grupo Especial de Supervisión ( resumen: p. 14)


**Willian Fernandes Luna**<sup>(a)</sup>  
<willianluna@gmail.com> 

**Bruna Teixeira Ávila**<sup>(b)</sup>  
<avilatbruna@gmail.com> 

**Carlos Fabrício Fernandes Brazão**<sup>(c)</sup>  
<fabriciobrazao@gmail.com> 

**Fernanda Pereira de Paula Freitas**<sup>(d)</sup>  
<fernandappfreitas@gmail.com> 

**Luciana Côrrea de Sena Cajado**<sup>(e)</sup>  
<cajadoluciana@gmail.com> 

**Luiz Otávio de Araújo Bastos**<sup>(f)</sup>  
<luizotavio.bastos@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, s/nº, São Carlos, SP, Brasil. 13565-905.

<sup>(b)</sup> Departamento de Promoção à Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>(c)</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>(d, e)</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil.

<sup>(f)</sup> Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil.

O artigo busca discutir aspectos da experiência de atuação do Grupo Especial de Supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em áreas de difícil acesso no estado de Roraima, Brasil, com foco nas relações entre supervisores e médicos, identificando potencialidades e dificuldades e destacando estratégias utilizadas para superá-las. Trata-se de um relato de experiência oriundo de uma análise de conteúdo temática de documentos produzidos pelos supervisores nos anos de 2015 e 2016, com o surgimento de três categorias-chave: potencialidades, desafios do processo e construções a partir da supervisão. Na análise, percebeu-se que essa relação se apresenta como inovadora, em um espaço de cuidado em saúde no qual dificilmente há aproximação entre academia e serviço, revelando-se complexa, com limites estruturais, culturais e de formação, necessitando de inventividade e planejamento para que cumpra sua variedade de papéis em construção.

**Palavras-chave:** Educação permanente. Atenção básica. Saúde indígena. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Supervisão acadêmica.

## Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) surge como uma das respostas à escassez de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Básica (AB), e à má distribuição desses profissionais no país<sup>1</sup>. Um dos eixos do PMM, o PMMB, concretiza o provimento emergencial de médicos para regiões prioritárias, proporcionando equipes de saúde completas na AB a milhares de municípios brasileiros<sup>2</sup>, fortalecendo o cuidado longitudinal às populações de maior vulnerabilidade. A supervisão acadêmica é realizada mensalmente por meio de visitas locais realizadas por médicos supervisores vinculados a instituições supervisoras (IS), investindo-se na formação e qualificação do trabalho em saúde, singularizando as experiências e aprimorando as competências dos médicos supervisionados<sup>3</sup>. Cada grupo de aproximadamente dez supervisores é coordenado por um tutor, que acompanha o diálogo com os gestores locais e o núcleo gestor no Ministério da Educação (MEC).

A ampliação de acesso ao atendimento médico nas áreas indígenas, onde o provimento emergencial foi mais significativo<sup>4</sup>, trouxe o desafio do deslocamento regular dos supervisores, principalmente na Amazônia Legal. Para isso, foi articulado entre MEC e Ministério da Defesa o suporte logístico das Forças Armadas para o transporte até as áreas de difícil acesso. Desde 2014, a estratégia posteriormente denominada de Grupo Especial de Supervisão (GES) adentrou quatro estados da Amazônia, passou a contar com um grupo permanente de supervisores e tutores vinculados à Universidade de Brasília e estabeleceu parcerias com as IS locais e outros setores de cada estado<sup>5</sup>.

Em 2015, a Universidade Federal de Roraima solicitou auxílio do MEC para garantir a supervisão acadêmica nas áreas indígenas de difícil acesso e no município de Uiramutã, sendo o GES-RR composto por um tutor e sete supervisores com perfil para questões pedagógicas e interculturais; alguns com experiência em área indígena; médicos de família e comunidade; uma médica parteira; e uma com experiência no território de Roraima. As visitas acontecem em frequências bi ou trimestrais para supervisão *in loco* – deslocamento até as localidades e reuniões locorregionais anuais –; encontro coletivo para discussão de temas, debates e estímulo à educação continuada; e supervisões longitudinais – acompanhamento a distância, por telefone, mensagem eletrônica, videoconferência e outras ferramentas<sup>3</sup>.

Mensalmente, os supervisores produzem registros escritos sobre o processo de trabalho e os diferentes contextos, somando uma diversidade de materiais brutos. Após dois anos de trabalho, os componentes do GES-RR sentiram a necessidade de sistematizar esse material e refletir sobre as relações construídas nesse contexto, pois, além dos desafios decorrentes do isolamento geográfico, a supervisão em áreas indígenas depara-se com outras questões complexas e pouco analisadas. Este estudo objetiva compreender a relação entre supervisores e supervisionados pelo GES-RR, a partir do olhar dos primeiros.



## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência oriundo de uma análise documental. Reconhece-se aqui o foco no universo da produção humana, em particular, no mundo das relações, das representações e da intencionalidade – objetos da pesquisa qualitativa<sup>6</sup>. Tais aspectos, junto ao fato de que todos os envolvidos na produção deste texto também exerciam alguma função (supervisão ou tutoria), possibilitaram a desconstrução da ideia de neutralidade.

Para tanto, foram selecionados todos os relatórios de aspectos gerais dos oito supervisores que atuaram em áreas indígenas entre 2015-2016, totalizando 61. Esses relatórios são documentos próprios do GES-RR, diferente dos oficiais do PMMB, com questões abertas que permitem dissertar sobre: o tipo de supervisão realizada (presencial, a distância ou locorregional); pontos positivos e dificuldades da supervisão; recomendações para a próxima supervisão; e potencialidades da supervisão na área indígena. É uma fonte de dados limitada à experiência dos supervisores nessa relação.

Os pesquisadores realizaram a revisão documental e leitura integral dos materiais, de modo simultâneo. Buscaram-se trechos dos documentos que se relacionassem às seguintes questões: relações entre supervisão acadêmica e médicos do PMMB; relações entre supervisão acadêmica e gestão municipal ou Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); relações entre supervisores, tutor e apoiadora MEC-RR; e relações entre supervisão acadêmica e comunidade.

Nessa pré-análise, produziram-se cinco arquivos que possibilitaram outros três momentos: ordenação desses documentos; análise de conteúdo temática de Bardin, adaptado por Gomes<sup>7</sup>; e elaboração de síntese interpretativa, permitindo o diálogo dos eixos identificados com a experiência dos supervisores, os objetivos e questões iniciais da pesquisa.

Desse tratamento dos dados, surgiram três categorias temáticas: Potencialidades; Desafios do processo; e Construções a partir da supervisão. Também foram identificados núcleos de sentido que atravessam os cenários de atuação do PMMB e se expressam nas relações estabelecidas pela supervisão em campo.

Os supervisores foram identificados a seguir pela letra S e por um número aleatório para garantir sigilo. Houve aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 1.953.459).

## Resultados e discussão

Em Roraima há dois DSEI – unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena<sup>8</sup>: o Leste; e o Yanomami e Ye'kuana. No estado, os territórios indígenas e povos que neles habitam são bastante diversos, bem como os desafios políticos e socioeconômicos comuns às regiões de fronteira.

No período do estudo, a maioria dos médicos incorporados às equipes de saúde indígena de Roraima pelo PMMB eram cubanos ou brasileiros formados no exterior, visto que os locais de difícil acesso são pouco procurados por médicos brasileiros<sup>9</sup>. Somavam cerca de trinta profissionais e nenhum deles relatava experiência prévia com populações indígenas; contudo, realizavam o curso a distância de especialização em

Saúde Indígena nos períodos de “arejo” (folga após permanência nas aldeias), quando têm acesso à internet. Essa participação era condição para permanência no PMMB.

O caráter hierárquico e autoritário contido na formação médica na maioria dos países (incluindo Cuba e Brasil) e a relação de poder estabelecida a partir da experiência apresentam-se também na relação supervisor-supervisionado e na prática médica. Alguns profissionais parecem acostumados com uma realidade de divisão clara de papéis e tarefas, quando o médico detém a maior parte do poder e conhecimento. Isso traz ansiedade ao se verem impotentes ou pouco respeitados nesse cenário de trabalho interdisciplinar e trazem isso como demanda à supervisão.

Todavia, na perspectiva pedagógica crítica, também há um esforço de compreensão desse espaço como construção do conhecimento por supervisor e supervisionados, no qual todos podem ensinar e aprender de maneira horizontal<sup>10</sup>.

Tais questões influenciam e diversificam o caráter da supervisão, apontando para aspectos potentes desse processo, desafios enfrentados e construções que foram possíveis nas relações.

## Potencialidades

Na perspectiva de uma relação em construção, pouco consolidada e normatizada, e apesar do prévio planejamento criterioso e individualizado dos encontros, as potencialidades do processo criativo podem ser mais latentes do que os resultados palpáveis. O maior desafio para essa relação recém-inaugurada é romper os limites das possibilidades e ultrapassar as “situações-limites” – a fronteira entre o ser e o ser mais, a ponto de encontrar o “inedito-viável”<sup>11</sup>.

Os supervisores percebem que os supervisionados esperam da supervisão apoio e intermediação de conflitos com a equipe, com a gestão ou com a comunidade, reconhecendo alguns aspectos positivos nesta relação:

Conhecimento da realidade de trabalho dos e das profissionais que atuam naquela área. Demonstração de apoio e “amparo” aos médicos e médicas que atuam no DSEI. (S2)

Dar voz e legitimar o olhar da comunidade sobre a presença do setor Saúde em sua área. (S5)

[...] dialogar com a gestão por melhores condições de trabalho à medida que as demandas forem surgindo. Colaborar no processo de trabalho das equipes, não tirando o foco central de nossa atuação: o/a médico/a. (S6)

A presença em área parece sedimentar a importância de conhecer a realidade na qual os médicos trabalham. Surge, inclusive, como modo de gerar problematizações oportunas à melhoria do trabalho:

[...] A supervisão no polo-base com certeza trouxe muita qualidade para a atividade. Pude vivenciar com o médico e com a equipe a rotina de atendimentos na unidade de saúde e na aldeia indígena. (S4)

Ir para a comunidade nesta supervisão fez perceber a necessidade e a importância de conhecer o território e o ambiente onde os médicos trabalham. (S2)

Quando assume caráter problematizador do cotidiano do trabalho, a supervisão acaba por fortalecer uma relação dialógica e intercambiadora:

Conversar com comunitários para avaliar a atuação do profissional médico. Incentivar o diálogo do profissional médico e curandeiros/pajés, agregando a medicina tradicional ao arsenal terapêutico da equipe de saúde indígena. (S7)

Em área indígena é muito mais fácil observar e propor melhorias no trabalho do médico e da equipe – o diálogo é mais fácil, assim como o acompanhamento das atividades, das visitas, dos atendimentos e da rotina. (S3)

Nessa categoria, o inédito-viável surge a partir do núcleo de sentido “o que se vislumbra construir e o que a relação propicia”. Tem-se uma relação de vínculo e confiança, ampliando a construção de novos saberes nesses cenários interculturais, que se reflete em práticas contra-hegemônicas e convida ao diálogo com a medicina tradicional.

Vínculo e confiança parecem estar relacionados também ao tempo de contato, bem como à modalidade e à frequência da comunicação. A supervisão ocorre em grande parte a distância, por mensagem eletrônica e telefone e, quanto mais frequente e continuada, mais fortalece esse vínculo, segundo os supervisores. Estes, no entanto, parecem se preocupar com o retorno desses contatos, visto que alguns supervisionados tendem a assumir uma postura passiva: “[precisa-se] Melhorar ainda mais a comunicação. Reforçar necessidade de responder os e-mails e mensagens” (S3).

Estabelecer vínculo implica no estreitamento das relações e responsabilização<sup>12</sup> e, nesse ínterim, a confiança torna-se essencial para que o supervisionado se mostre aberto à construção conjunta do aprendizado e se desapegue da vaidade daquele que tudo sabe.

A roda de conversa realizada permitiu uma aproximação maior entre supervisores e médicos, [...] e uma melhoria no vínculo e relação supervisor-cooperado, além de facilitar o processo de supervisão pedagógica e apoio geral. (S3)

Para isso, os supervisores sugerem como fundamental no seu trabalho:

Avaliar as atividades com a equipe e com os médicos durante acompanhamento mais próximo na visita aos polos-base. Continuar tentando extrair demandas de alguns dos médicos e apoiar os médicos na elaboração dos TCC. Acompanhar de maneira mais próxima principalmente o médico que tem menos tempo de trabalho em área indígena. (S1)

As recomendações às próximas supervisões registradas nos relatórios expressam a preocupação com o crescimento e continuidade do trabalho:

Estimular interconsulta e consultas domiciliares. Cobrar registro médico adequado e em português. Cobrar reuniões com equipe mais frequentes e decisões compartilhadas. (S7)

Procurar saber dos profissionais os temas de interesse para discussão ou encaminhamento de material. (S2)

O olhar do supervisor, agente externo, pode ser um estímulo à educação permanente, com favorecimento do diálogo intercultural e adequação das práticas sanitárias, adentrando temas relativos ao desenvolvimento de competências mais ligadas às ciências sociais, muitas vezes pouco desenvolvidas nestes locais<sup>13</sup>. A potência da supervisão também parece residir no estímulo à busca de novos conhecimentos por meio de problematizações e aprendizados mútuos, não se limitando a uma oferta automática de materiais para o supervisionado. Isso seria o que Freire chama de “saber de experiência feito”, que é diferente da transmissão, quando o educador apenas oferece os seus saberes ao educando<sup>11</sup>.

Ainda, nas experiências de espaços coletivos de supervisão com oficinas e encontros locorregionais, é possível perceber quem necessita de maior atenção: “A supervisão locorregional demonstra que alguns continuam necessitando de uma atenção maior, tendo em vista que dois deles parecem ter demandas importantes para serem observadas *in loco*” (S6).

Por fim, essa relação pedagógica propicia um intercâmbio cultural, técnico e científico que traz inovação e um “mosaico de possibilidades” para as políticas públicas de saúde e formação médica no país<sup>14</sup>. Alguns profissionais, por exemplo, possuem experiência em gestão, docência e pesquisa e poderiam contribuir com produção científica na área, com protocolos de saúde indígena ou recebendo estagiários de Internato Rural<sup>15</sup>, e não apenas limitando-se à atenção à saúde nas aldeias. Porém, essa ampliação ainda não é prevista nas diretrizes do PMM.

## Desafios do processo

Dentre as dificuldades identificadas no núcleo de sentido “fragilidades e desafios encontrados no processo de supervisão”, destacam-se: desinteresse e desmotivação dos profissionais; dificuldades com a língua – principalmente por médicos estrangeiros – e com a comunicação durante a supervisão longitudinal; dificuldades de acesso à área e de supervisão *in loco*; adversidades estruturais do contexto da saúde indígena – como condições de trabalho e relacionadas à Rede de Atenção à Saúde (RAS) precárias; e dificuldade no diálogo intercultural e na forma de abordagem.

Por várias vezes pedi que sugerissem uma temática para ser discutida; enviei e-mails e mensagens problematizando a pouca procura deles e não obtive resposta. [...] Minha questão ainda é: em que medida essa escassez delas no discurso pode ser considerada uma omissão por vergonha ou desinteresse mesmo? (S6)

Os médicos ainda não compreendem a importância da supervisão e da resposta imediata dos e-mails e mensagens, talvez por ser ainda uma atividade muito nova. (S3)

Como empecilho nas conversas telefônicas, alguns médicos demonstram pouco domínio do português, apesar de estudos demonstrarem que a maioria das pessoas nas comunidades indígenas não tem dificuldade de se comunicar com o profissional<sup>4</sup>. Aliado a isso, estão os limites da internet e o pouco vínculo inicial:

Mau funcionamento da internet, referida pelos médicos, o que dificulta a realização de webconferência, o uso de sites e plataformas mais pesadas [...]. Dificuldade de entender os médicos cubanos ao falar com eles por telefone. O vínculo entre supervisores e profissionais ainda está em construção [referência ao início do trabalho]. (S6)

A distância é bastante simbólica neste processo. Não se ver, não sentir as reações de uma conversa, às vezes não se ouvir (quando se troca uma mensagem), de certa forma, não facilita os caminhos de uma relação profissional e pedagógica. (S2)

Nos momentos presenciais também se percebem dificuldades recorrentes: "Dificuldade em realizar um processo mais potente e menos superficial. Dificuldade de problematizar questões estruturais e questões que envolvam uma mudança na prática já há muito tempo realizada pelos médicos" (S1).

É preciso considerar ainda que a proposta pedagógica do PMMB envolve arranjos institucionais diversos e processos de articulação e coordenação complexos. Alguns registros mostram conflitos e aspectos negativos da relação supervisor-supervisionado, especialmente quando o supervisor não tem governabilidade sobre o problema apresentado pelo supervisionado, como em questões administrativas ou relacionadas à gestão dos serviços. Isso traz frustração a partir do momento em que uma expectativa real e legítima não é atendida.

Dificuldade de conseguir priorizar demandas pedagógicas em relação às questões estruturais. (S1)

Receber solicitações e queixas que não são possíveis de serem resolvidas via processo de supervisão. (S2)

Entretanto, mesmo fora da governabilidade da equipe de supervisão, conhecer e identificar alguns problemas e demandas podem ser essenciais para o processo de construção de soluções antes não discutidas. Isso igualmente aparece em outros trabalhos, que apontam algumas possibilidades de avanço desse processo, como o uso de metodologias ativas nos encontros localregionais<sup>16</sup> e a realização de Grupos Balint-Paideia na supervisão prática<sup>17</sup>.

Essa situação é similar a outras realidades, como a descrita em uma experiência no estado de Roraima<sup>18</sup>, apontando o envolvimento dos supervisores com questões

estruturais ligadas à gestão, situação de moradia e de ajuda de custo dos médicos, além das dificuldades locais com acesso e comunicação, principalmente quando relacionadas a comunidades ribeirinhas. Em alguns momentos, essas pautas podem ser as únicas demandas extraíveis: "Estar atento a dificuldades, seja em questões da prática clínica ou de processo de trabalho, dos supervisionados em sua rotina, já que os mesmos tendem a demandar pouco da supervisão" (S8).

Soma-se a isso o próprio contexto de saúde indígena e os desafios dos supervisores de lidarem com as implicações das condições de trabalho propostas: dificuldades de acesso à água encanada e energia elétrica, internet, linha de telefone e outras tecnologias<sup>13</sup>. Profissionais acostumados a uma prática médica baseada no uso de instrumentais e de exames complementares de rotina queixam-se, na supervisão, sobre a falta de acesso a esses recursos, principalmente em atendimentos como o pré-natal.

Alguns autores abordam essa complexidade de inserção dos profissionais em território indígena, tanto pelas questões estruturais e organizacionais quanto pelas questões culturais no confronto das diferentes visões de mundo, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma aponta sobre o processo saúde-doença-cura<sup>13,19</sup>.

Nesse sentido, o papel do supervisor parece ser também o de estimular a discussão sobre essas pautas, que não seriam trazidas espontaneamente. A formação médica no Brasil e em Cuba não parece preparar o profissional para alguns desses desafios: "Dificuldade de os médicos ampliarem o olhar das problemáticas da comunidade para além da perspectiva biomédica, pois acreditam que outras ações devam partir de outros setores do governo" (S7).

Os supervisores percebem frequentemente relativo descrédito dos profissionais quanto às práticas de cuidado da medicina tradicional indígena. A negação dessas práticas como possíveis parcerias no cuidado em saúde parece gerar um distanciamento da comunidade e o choque entre duas racionalidades médicas pode acarretar uma nova forma de dominação, mantendo o processo de colonização e normatização dos corpos indígenas<sup>19</sup>.

Nesse sentido, a supervisão pode aparecer como um incômodo a alguns profissionais, quando supervisores abordam temas como relações interculturais, interação com a equipe e abordagem comunitária. Para alguns médicos, essas discussões não fazem parte de suas atribuições profissionais:

[...] mostrou-se várias vezes incomodado com a conversa de supervisão, alegando que nada iria mudar em relação às dificuldades de trabalho em área. (S7)

Sinto dificuldade de abordar os temas da Antropologia porque eles dizem que já viram muito disso e daí não conseguimos avançar. (S5)

A supervisão enquanto processo novo apresenta uma dinâmica e proposta de trabalho diversa, em adaptação e que envolve vários atores e instituições, em um caminho continuamente criativo. Essa característica pode dificultar o entendimento da proposta pedagógica de educação permanente, gerando diversas interpretações, inclusive entre os supervisores: "A gente é professor, preceptor ou fiscalizador?" (S3).

Apesar das dificuldades do processo e das diversas e, por vezes, divergentes interpretações sobre a supervisão acadêmica, existem construções nesse percurso, que são destacadas na próxima categoria.

### **Construções a partir da supervisão**

A partir dos dados concentrados no núcleo de sentido “Funções e habilidades construídas com o processo de supervisão”, observaram-se alguns resultados parciais.

Segundo a portaria que regulamenta a supervisão acadêmica<sup>3</sup>, o papel do supervisor é o de acompanhar atividades dos médicos participantes; aplicar instrumentos de avaliação; e exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço, estando disponível a distância de forma permanente. Na prática, podemos sintetizar o trabalho de supervisão assumindo os papéis de: controle/avaliação, apoio/suporte e aprimoramento técnico-clínico<sup>20</sup>. Na experiência aqui analisada, esses papéis foram alcançados a partir de algumas construções, sendo o acolhimento um caminho à qualificação do processo de supervisão, ponte para outros afetos.

[...] apesar da distância geográfica, os médicos e médicas passaram a ser mais receptivos aos contatos da supervisão. Os profissionais sentem-se mais acolhidos. (S2)

Enquanto tecnologia no SUS, acolhimento envolve relações de cuidado; e de receber e escutar as pessoas, podendo ser direcionado aos usuários ou aos próprios trabalhadores<sup>21</sup>. No processo de supervisão, ele emerge em cada contato estabelecido, permitindo a identificação das necessidades do supervisionado. À medida que as relações são estreitadas, evidencia-se a inventividade da supervisão, por meio da qual se potencializa a construção de autonomia e de novas práticas<sup>13</sup>.

O acolhimento faz os profissionais sentirem-se amparados. Demonstração de interesse pelos profissionais. (S2)

No contexto de saúde indígena, a sensação de isolamento, comum a profissionais de saúde que trabalham em áreas remotas ou de difícil acesso<sup>22</sup>, é potencializada pela precária articulação com a RAS<sup>23</sup>. Em regiões rurais remotas esse também é um desafio para efetivação da integralidade e articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado, mesmo com o provimento de profissionais médicos na AB<sup>24</sup>. Em Roraima, pesa o fato de os serviços ambulatoriais e hospitalares, especialidades focais e meios diagnósticos estarem concentrados principalmente na capital, Boa Vista<sup>25</sup>.

A aproximação, o suporte e o estímulo ao trabalho por meio da visita *in loco* guardam o potencial de valorizar a atuação e contribuir para a motivação dos profissionais em permanecerem no PMMB, mesmo nesses contextos adversos. Similar ao que afirma Castro<sup>20</sup>, *in loco* também é o momento em que se captam as tensões do processo de trabalho, por meio da observação direta do cotidiano dos profissionais, equipes de saúde e comunidade:

Motivação ao trabalho dos médicos tanto por perceberem que estão sendo apoiados como pelo estímulo à identificação de fragilidades e dúvidas, mesmo com as dificuldades. (S1)

Construir espaços para pensar o cuidado do cuidador, tendo em vista que o cenário de roda de conversa dos profissionais conosco, em que puderam desabafar e colocar muitas de suas angústias, mostrou também ter um efeito terapêutico – o que deve ser levado em consideração a profissionais que atuam em áreas por vezes com estruturas e processos de trabalho bastante precarizados. (S6)

Para os supervisores, a motivação varia de acordo com a concepção do médico quanto à natureza do trabalho: humanitário – principalmente baseado na solidariedade e vocação internacionalista para alguns cubanos<sup>14,26</sup>; temporário – principalmente entre brasileiros que pretendem ingressar na residência médica ou entre estrangeiros e brasileiros formados no exterior que pretendem revalidar o diploma; ou realista – como ator real em um sistema público de saúde em construção.

Um aspecto importante é o de que o contato com diferentes culturas tem potencializado o interesse por parte dos supervisores em conhecer mais sobre especificidades dos povos indígenas e, mais especificamente, sobre etnias com as quais os profissionais atuam, a fim de ampliar as discussões com médicos e equipes. Esse talvez seja um dos maiores resultados que a supervisão esteja continuamente construindo: sensibilizar supervisores e supervisionados para um olhar além do horizonte estritamente biomédico, estimulando o diálogo intercultural na realidade na qual estão inseridos:

Notei interesse de manter os trabalhos nas comunidades indígenas, a despeito das dificuldades estruturais que enfrentam. À medida que são questionados a respeito de dúvidas, num primeiro momento, dizem não tê-las. Mas quando começam a falar sobre seus projetos de intervenção e sobre suas práticas, algumas questões começam a surgir e, em cima delas, conseguimos desenvolver algumas discussões interessantes, ainda que por telefone, fazendo valer os desafios de uma supervisão a distância. (S6)

Apesar disso, os supervisores notam um desestímulo frequente entre os profissionais ao relatarem que a especialização em Saúde Indígena oferecido pela Universidade Federal de São Paulo não atende a expectativas por formação técnica-clínica. Diante disso, o GES atua colaborando para a valorização desse espaço, incluindo as questões teóricas na discussão de casos complexos da prática. Igualmente, estimula e apoia o uso mais adequado da língua portuguesa e a construção de uma melhor relação com a gestão dos DSEI.

Observa-se que, para a efetivação dessas construções durante esse período, foram necessárias elaborações criativas, como o uso de metodologias ativas, de espaços (reais ou virtuais) em grupo de discussões e da realização de rodas de conversa:



Realizamos reunião no DSEI-Yanomami e Ye'kuana [...] e avaliamos que foi um momento muito produtivo, ainda mais rico que as supervisões realizadas individualmente, uma vez que ampliamos os olhares a respeito do processo de trabalho nas aldeias. (S4)

Neste mês foi possível realizar uma discussão virtual em tempo real e reforçar a importância do contato do supervisor com os médicos para aprimoramento. (S3)

É importante destacar, nessa construção, a experiência e dinamismo dos supervisores e a relação construída também com os gestores. Soma-se a isso o processo de aprendizado desenvolvido e continuamente reavaliado ao longo dessa experiência, em reuniões de avaliação e nos espaços de educação permanente realizados regularmente entre supervisores e tutoria.

## Considerações finais

A análise documental permitiu acessar diferentes questões envolvidas nas relações entre supervisores e médicos do PMMB, a partir do ponto de vista dos supervisores. Diante do caráter inovador e complexo dessa relação no GES-RR, os limites e potencialidades ainda parecem pouco claros. Na prática do apoio *in loco* e a distância, os supervisores acolhem as demandas clínico-pedagógicas (e eventuais angústias) do cotidiano dos médicos, contínua e longitudinalmente. Com isso, surgem confiança, vínculo, valorização e estímulo aos profissionais para um trabalho em equipe e para a comunidade. O acompanhamento oportuniza espaços de trocas de saberes de forma horizontal e mútua, em respeito aos diferentes conhecimentos, e sensibiliza médicos e supervisores para as questões relativas à saúde indígena.

Todavia, essa relação pode ser aprimorada com a melhoria das ferramentas de comunicação; promoção de mais encontros locais regionais e de cuidado ao cuidador; e maior conhecimento sobre o papel do supervisor.

Alguns desafios se mantêm: distância geográfica, dificuldades no estímulo ao estudo da língua portuguesa, condições de trabalho, motivação dos médicos para permanecerem na saúde indígena e mudança de paradigma do modelo biomédico. Ainda assim, os registros sugerem que esses profissionais estão conseguindo superar as adversidades, enfrentando a escassez de recursos e atuando sem perder a criticidade. O papel do GES-RR, por sua vez, vem como suporte para o desenvolvimento de noções mais amplas de cuidado individual e coletivo nesses cenários peculiares, respeitando as diferenças culturais e construindo com elas também novos paradigmas.

Este estudo possibilita conhecer o universo de relações na supervisão do GES-RR e pode apresentar semelhanças ao que acontece em outras IS do PMMB, o que também deve ser estudado a partir da óptica dos supervisionados. Indica também para a necessidade de maior integração entre academia e serviço de atenção à saúde em áreas indígenas, o que pode levar a melhor compreensão desse cenário de atuação complexo e à possibilidade de identificação e desenvolvimento de competências necessárias para os profissionais de saúde nesses locais.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas da elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos aos demais supervisores que não foram autores deste artigo, aos médicos e médicas que trabalham em áreas remotas e a todos os atores que fazem possível a atuação do GES. Gratidão também à nossa ancestralidade indígena e aos resistentes povos originários no Brasil.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HÁ, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
3. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jun 2015; sec. 1, p. 11.
4. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Interface (Botucatu). 2017; 21 Suppl 1:1169-80.
5. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
6. Minayo MCS. O desafio da Pesquisa Social. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 9-29.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 79-108.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 24 Set 1999.
9. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2017; 21 Suppl 1:1087-101.



10. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
12. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):287-301.
13. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):867-74.
14. Paula JB. *Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2017.
15. Odorizzi VF, Noá KCA, Cruz AO, Marquezan RF, Odorizzi ALC. Internato rural em saúde coletiva com ênfase em saúde da família e programa mais médicos: uma proposta de integração para a formação médica. *Tempus*. 2015; 9(4):115-22.
16. Engestrom EM, Carvalho LC, Romano VF, Castro AAC. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus*. 2016; 10(1):241-52.
17. Castro TF, Moraes PN, Iguti AM. Grupos Balint-Paidéia: uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos. *Tempus*. 2015; 9(4):137-49.
18. Rodrigues CCP, Quaresma MSM, Monteiro ORC. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: o papel do supervisor no processo educacional. *Tempus*. 2015; 9(4):151-8.
19. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 217-46.
20. Castro TF. *Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos [dissertação]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2015.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
22. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade – princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 431-42.
23. Hayad RLN, Olivares AIO, Ferreira MLS, Luitgards-Moura JF. Um olhar sobre saúde indígena no estado de Roraima. *Mens Agitat*. 2008; 3(1):89-98.
24. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1181-92.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS – 2011*. Brasília: CONASS; 2011.
26. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1257-68.



---

This article aims at discussing aspects of the Project More Doctors for Brazil's Special Supervision Group in areas of difficult access in the Brazilian state of Roraima. It is focused on the relationships between supervisors and doctors, identifying potentialities and difficulties, and highlighting strategies to overcome them. This is an experience report from a thematic content analysis of documents produced by supervisors in 2015 and 2016. Three key categories emerged: potentialities, challenges of the process and constructions based on supervision. Based on the analysis, this is an innovative relationship in healthcare, where academia and services hardly ever come together. It is a complex relationship with structural, cultural and educational limitations. It requires creativity and planning to play all different roles under construction.

**Keywords:** Continuing education. Primary care. Indigenous health. Project More Doctors for Brazil. Academic supervision.

---

El objetivo del artículo es discutir aspectos de la experiencia de actuación del Grupo Especial de Supervisión del Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas de difícil acceso en el Estado de Roraima, Brasil, enfocándose en las relaciones entre supervisores y médicos, identificando potencialidades, dificultades y subrayando las estrategias utilizadas para superarlas. Se trata de un relato de experiencia proveniente de un análisis de contenido temático de documentos producidos por los supervisores en los años 2015 y 2016, con el surgimiento de tres categorías clave: potencialidades, desafíos del proceso y construcciones a partir de la supervisión. En el análisis se percibió que esa relación se presenta como innovadora en un espacio de cuidado de salud en donde difícilmente hay aproximación entre academia y servicio, revelándose compleja, con límites estructurales, culturales y de formación, necesitando capacidad de invención y planificación para que cumpla su variedad de papeles en construcción.

**Palabras clave:** Educación permanente. Atención básica. Salud indígena. Proyecto Más Médicos para Brasil. Supervisión académica.

Submetido em 25/02/18.  
Aprovado em 08/10/18.

### O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil


The More Doctors Program in remote areas:  
the experience of the Special Supervision Group in Pará, Brazil (abstract: p. 12)

El Programa Más Médicos en áreas remotas: la experiencia del Grupo Especial  
de Supervisión en el estado de Pará, Brasil (resumen: p. 12)

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar<sup>(a)</sup>

<raphael@medicina.ufmg.br> 

Harineide Madeira Macedo<sup>(b)</sup>

<hmmacedo@unb.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 801, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

<sup>(b)</sup> Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) abrange, no eixo provimento, a supervisão acadêmica, realizada por instituições supervisoras (IS) que firmaram termo de adesão com o Ministério da Educação (MEC). A supervisão é parte das ofertas educacionais e implica visita periódica e regular aos médicos participantes do PMM. Entretanto, devido às dificuldades de algumas IS da região Norte cumprirem o que lhes cabe no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o MEC criou o Grupo Especial de Supervisão (GES), que atua desde 2014 nessa região. Este artigo registra a experiência do GES no estado do Pará no período de janeiro de 2015 a maio de 2017. Sua principal contribuição é possibilitar o atendimento à população habitante de uma região vasta e com notória escassez de médicos, uma vez que a supervisão dos profissionais é obrigatória e, caso ausente, inviabilizaria o programa no Pará.

**Palavras-chave:** Recursos Humanos em Saúde. Área carente de assistência médica. Atenção Primária à Saúde. Política pública. Capacitação em serviço.

## Introdução

O emprego de médicos estrangeiros em contextos de escassez desses profissionais em diferentes sistemas de saúde, particularmente na Atenção Primária, é uma constante em diversos países. Conhecidos comumente com *International Medical Graduates* (IMG), esses profissionais contribuem significativamente para o funcionamento da Atenção Primária em países como os Estados Unidos<sup>1-5</sup> e o Canadá<sup>6-9</sup>. A Grã-Bretanha, por exemplo, contava, em 2013, com 16% de IMG entre seus médicos generalistas (GP) com idade entre trinta e cinquenta anos, e 19% na faixa etária acima de cinquenta anos<sup>10</sup>.

Os motivos dessa escassez são, via de regra, atribuídos a uma menor propensão dos médicos desses países em seguir carreiras na Atenção Primária, ou devido a uma maior rotatividade dos profissionais que atuam nesse contexto, em busca de melhores condições de trabalho<sup>11,12</sup>. Com o intuito de lidar com esse problema, diferentes países desenvolveram programas ou iniciativas visando ao provimento de médicos – estrangeiros ou não – em regiões com história de escassez desses profissionais. Citam-se, como exemplos, os programas canadenses de *return for service*<sup>13</sup>, os programas americanos de visto especial para médicos estrangeiros (J-1 Visa Waiver)<sup>14</sup> e os incentivos para atração de médicos estrangeiros para a Atenção Primária à saúde no Reino Unido<sup>15</sup>. Também é possível encontrar, na literatura internacional, exemplos de políticas de provimento médico em Bangladesh<sup>16</sup>, Noruega<sup>17</sup> e Austrália<sup>18</sup>, entre outros.

Como exemplos de incentivos para atração e fixação de profissionais de saúde em países em desenvolvimento, citam-se, a título de exemplo, iniciativas de recrutamento e treinamento em áreas rurais (Tailândia); percursos educacionais práticos, orientados à resolução de problemas e centrados no estudante e na comunidade (Etiópia, Gana e Quênia); uso de incentivos financeiros, facilidades para treinamento e serviço compulsório (Indonésia, Tailândia, África do Sul, Zâmbia, México e Equador); e foco na melhoria das condições de vida e moradia em área remotas (Tailândia e Zâmbia)<sup>19</sup>.

No Brasil, a escassez de profissionais médicos em determinadas regiões geográficas é estudada pelo menos desde a década de 1970, quando o sanitarista Carlos Gentile de Mello publicou os primeiros estudos sobre o tema<sup>11</sup>. Desde então, vários programas governamentais buscaram atenuar o problema, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) em 2001, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), em 2011, e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) em 2013<sup>20</sup>. Este último foi criado por meio da Lei 12.871/2013<sup>21</sup>, com o objetivo de melhoria do cuidado primário em saúde às populações residentes em áreas consideradas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na proposta do PMM, há um componente ou eixo de ação denominado provimento emergencial de médicos, que é composto pelo PMMB. Os demais eixos referem-se ao investimento em infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e à expansão de vagas nos cursos de Medicina e de residência médica – essa última voltada, em especial, à Medicina de Família e Comunidade (MFC) e às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que foram revistas e republicadas com redefinição de eixos estruturantes para os cursos de Medicina em junho de 2014.

O PMM é gerido principalmente pelo Ministério da Saúde (MS), mas possui parceria com diversas instituições, inclusive com o Ministério da Educação (MEC), que é corresponsável pela gestão do PMMB, respondendo pelas capacitações iniciais e processo de supervisão acadêmica continuada, ou seja, pela maioria dos elementos que compõem o eixo provimento emergencial.

O presente artigo é um relato de experiência que aborda a formação e atuação do GES do PMM no estado do Pará (GES/Pará), instituído pelo MEC por meio da Portaria Normativa nº 28, de 14 de julho de 2015. Por se tratar de um relato, os fatos e dados apresentados se baseiam em documentos oficiais e na experiência e análises dos processos de trabalho por parte dos autores, vinculados ao GES desde os seus primeiros meses.

### **Estratégias de supervisão profissional em programas de provimento médico**

Programas de provimento de profissionais médicos são planejados com estratégias específicas de supervisão e qualificação profissional, uma vez que, além de contar com profissionais formados fora do contexto em que irão atuar, esses programas precisam também proporcionar benefícios que contem como incentivo à fixação desses profissionais. Essas estratégias também têm importância legal quando, em alguns cenários, o exercício profissional sem a habilitação exigida se encontra condicionada a ações periódicas de supervisão e capacitação.

Para garantir uma capacitação adequada a esses profissionais, assim como a adaptação necessária a seus contextos, países que costumam empregar médicos estrangeiros contam com diferentes estratégias. Na Noruega, por exemplo, programas de formação específicos em Medicina de Família e Saúde Pública, baseados em treinamento em serviço e grupos tutoriais, são desenhados para ocorrer em qualquer área do país<sup>17</sup>. No Reino Unido, tanto médicos formados em outros países quanto aqueles graduados no país precisam, a fim de adquirir o registro profissional pleno, passar por um processo conhecido como *approved practice setting* (APS), composto por um esquema de supervisão profissional direta e avaliações<sup>22</sup>. Países como Canadá, Austrália e Nova Zelândia também mantêm a exigência de prática profissional supervisionada para médicos estrangeiros que atuam em serviços de Atenção Primária<sup>23-25</sup>.

No Brasil, a participação em atividades de integração ensino-serviço é condição para a permanência dos médicos no PMM. Por esse motivo, as ações de qualificação profissional são compostas por dois ciclos formativos: o primeiro está subdividido nos eixos educacionais “Especialização e Supervisão Acadêmica”, enquanto o segundo se encontra subdividido em “Aperfeiçoamento e Extensão”. Ainda há a formação seletiva conhecida como Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), pela qual passam os médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros, que desejam ingressar no PMM. Enquanto o MAAv é realizado no formato presencial, os cursos de especialização – realizados nos dois primeiros anos de permanência do profissional no Brasil – e o eixo de aperfeiçoamento e extensão, realizado após o término desses cursos, são realizados na modalidade a distância.

A supervisão acadêmica, que deve ocorrer durante toda a estada do profissional no país, é usualmente mensal e presencial. Entretanto, a vastidão do país e a baixa

densidade observada em diversos lugares criam dificuldades próprias e inerentes a essas condições, uma vez que nem sempre é possível a presença mensal de supervisores profissionais em determinadas áreas. É por esse motivo que foi criado o GES do PMM, em 2014, para atuar na região Norte do país, onde se observam tais condições mencionadas.

## O GES

O GES surgiu em um contexto no qual havia dificuldade na manutenção, pelas IS da região Norte, da regularidade nas supervisões acadêmicas realizadas pelos profissionais a elas vinculados. Trata-se de uma estratégia de gestão para enfrentar o desafio de executar a supervisão acadêmica nessa região do país, em colaboração com as IS e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) locais e as Forças Armadas, a partir de pactuações firmadas pelo núcleo gestor do MEC com a Presidência da República e Ministério da Defesa.

É a Portaria 28/2015<sup>26</sup> que ampara o GES e esclarece e normatiza os objetivos do grupo:

Art. 2º – O GES terá como objetivos:

- I – Realizar Supervisão Acadêmica, de forma permanente ou temporária, a profissionais atuantes no PMMB, em área de difícil deslocamento de supervisores das Instituições Supervisoras;
- II – Reestabelecer o contato do médico participante com as ações pedagógicas do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- III – Estabelecer parceria com a Instituição Supervisora local sobre as informações da situação dos médicos acompanhados perante o PMMB;
- IV – Realizar diagnóstico situacional da Supervisão Acadêmica com devolutiva ao gestor local ou seu representante legal;
- V – Fortalecer os processos avaliativos da Supervisão Acadêmica perante os médicos participantes;
- VI – Fortalecer a parceria intersetorial, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As atividades do GES tiveram início em dezembro de 2014 com o embarque da primeira equipe de supervisores destinada a visitar médicos de áreas mais remotas, inclusive atuantes em área indígena, no estado do Amazonas. Desde então, a estratégia foi sendo aperfeiçoada com áreas de cobertura sendo revistas, sempre sob a pactuação com as equipes locais das instituições supervisoras.

Embora atue com especificidades logísticas, o GES é composto pelos mesmos profissionais que atuam em todo o PMM e que se encontram especificados na lei de sua criação (Lei 12.871/2013<sup>21</sup>): o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante do programa; e o tutor acadêmico, docente médico responsável pela orientação acadêmica e pela coordenação do trabalho dos supervisores. Até o início de 2015, havia apenas um tutor responsável pelo GES no estado do Pará, o qual era responsável por todos os supervisores que atuavam naquele estado no âmbito do grupo. A partir da missão ocorrida em novembro de



2016, dois tutores passaram a coordenar o GES devido ao grande número de supervisores e à complexidade logística requerida para o planejamento das missões. Ao todo, entre o seu início até o fim de 2017, seis tutores passaram pelo GES – dois dos quais ainda atuavam no fim daquele período.

### **Antecedentes do GES no estado do Pará**

A chegada do GES no estado do Pará não aconteceu de imediato, mas em 2015, após sucessivas reuniões com a instituição responsável pela supervisão acadêmica. O território paraense era supervisionado à época por uma única IS: a Universidade Federal do Pará (UFPA), que não conseguia supervisionar a totalidade do território sob sua responsabilidade por não haver candidatos locais a supervisor que se interessassem em realizar viagens para locais remotos no estado e devido às dificuldades nos trâmites de financiamento do deslocamento pelo MEC.

A efetivação da supervisão acadêmica, como prevista em lei, é de responsabilidade do Ministério da Educação, que a executa por meio de Termo de Adesão firmado com as IS. O não cumprimento do que prevê a Lei leva o MEC a ser responsabilizado diretamente, mesmo que a IS esteja no intermédio direto da ação<sup>27,28</sup>. Por essa razão, uma vez constatada a existência de regiões assistidas por médicos sem supervisão acadêmica, foi necessário pactuar com a UFPA o ingresso imediato do GE naquele território, visando à superação da falta de visitas aos médicos das regiões remotas do Pará. Após cerca de seis meses de reuniões e negociações, em março de 2015 ocorreu a primeira visita do GES no Pará, nas microrregiões do Baixo Amazonas, Carajás e Araguaia, incluindo a área indígena de Itaituba, que até o início do ano em tela não recebia visitas de supervisão regularmente.

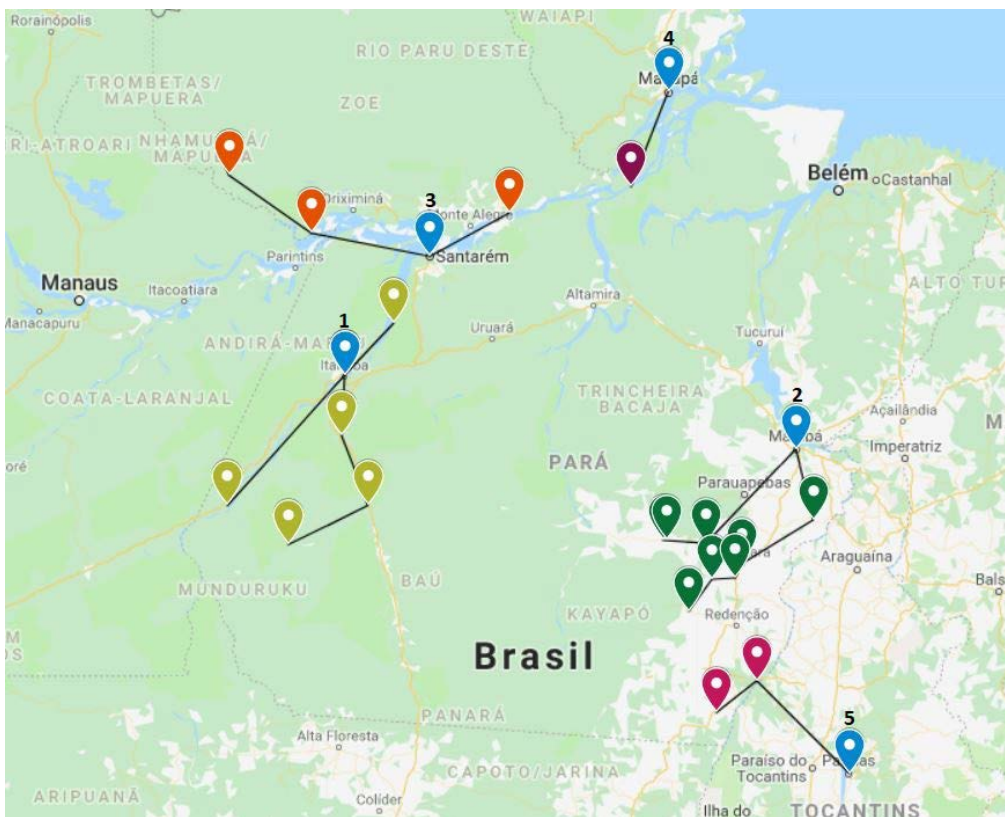
Ao longo do período analisado, uma segunda instituição supervisora – a Universidade Estadual do Pará (UEPA) – aderiu ao PMMB e assumiu uma boa parte do território do estado.

Inicialmente, o MEC identificou áreas que não estavam recebendo visitas de supervisão e reuniu-se com a primeira IS para identificar as áreas que permaneceriam sob a supervisão do GES. Pactuou-se, na ocasião, que os alvos desse tipo de supervisão seriam alguns municípios com maior dificuldade de acesso ou aqueles em precária condição de se manter um supervisor, como os municípios da região de Altamira e o município de Placas, além de outros da região de Carajás e do Baixo Amazonas. Posteriormente, a grande parte de áreas remotas passou para a UEPA, ficando com o GES apenas os municípios que essa instituição não teria condições de assumir.

### **Como o GES opera no Pará**

O deslocamento dos supervisores é operacionalizado envolvendo recursos do PMMB para o deslocamento de seus locais de origem até as cidades-polo. A partir desses pontos, as Forças Armadas encarregam-se de levá-los até o local de atuação dos médicos participantes.

Até maio de 2017, a configuração do GES/Pará contava com cinco cidades-polo e 18 municípios, cujas visitas ocorreram sob as seguintes rotas:



**Figura 1** - Mapa com rotas das cidades-polo e municípios – GES/PA.

Legenda:

1. Itaituba – município de acesso aos médicos que atuam em Itaituba e região, inclusive área indígena, Jacareacanga, Trairão e Aveiro.
2. Marabá – município de acesso aos médicos que atuam em Piçarra, Água Azul do Norte, Tucumã, Cumarú do Norte, Xinguara, Bannach, Rio Maria e Ourilândia do Norte.
3. Santarém – município de acesso aos médicos que atuam em Prainha, Faro e Terra Santa.
4. Macapá – município de acesso aos médicos que atuam em Gurupá.
5. Palmas – município de acesso aos médicos que atuam em Santa Maria das Barreiras e Santana do Araguaia.

Fonte: DDES/MEC e Google Maps.

A definição das cidades-polo foi uma decisão do MEC, em acordo com o Ministério da Defesa, que considerou as condições das estradas, horários de voos de chegada e saída do supervisor, o tempo de deslocamento e a quantidade de médicos a serem supervisionados. Essa pactuação exigiu ida de membro da coordenação do MEC até o comando do exército em Belém, com vistas a apresentar os objetivos do grupo e alinhar logísticas de deslocamento e hospedagem dos supervisores, após inúmeras dificuldades de comunicação entre as instâncias militares, no início das atividades no Pará. Assim, a logística que coube às Forças Armadas envolveu a escolha da modalidade de transporte em cada microrregião (aéreo, terrestre ou fluvial) e, em alguns casos, segurança armada. O tipo de transporte utilizado em cada situação está demonstrado no quadro 1.

**Quadro 1 – Municípios GES/PA com cidade-polo e tipo de transporte**

Cidade-polo	Município locus da supervisão	Tipo de transporte
Santarém/PA	Faro/PA	Fluvial
Santarém/PA	Terra Santa/PA	Fluvial
Santarém/PA	Prainha/PA	Fluvial
Macapá/AP	Gurupá/PA	Fluvial
Itaituba/PA	Itaituba/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Trairão/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Jacareacanga/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Aveiro/PA/PA	Fluvial
Marabá/PA	Tucumã/PA	Terrestre
Marabá/PA	Bannach/PA	Terrestre
Marabá/PA	Ourilândia do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Cumarú do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Água Azul do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Piçarra/PA	Terrestre
Marabá/PA	Xinguara/PA	Terrestre
Marabá/PA	Rio Maria/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santa Maria das Barreiras/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santana do Araguaia/PA	Terrestre

Fonte: DDES/MEC.

Embora as distâncias entre as cidades-polo e os municípios *locus* em linha reta não sejam significativas, cabe ressaltar que as vias terrestres e fluviais são, por muitas vezes, tortuosas, o que faz com que essa distância não corresponda à realidade no tocante às dificuldades de acesso. Por esse motivo, não se costuma contar distâncias em quilômetros na Amazônia, mas em horas ou mesmo dias de navegação, no caso dos transportes fluviais. As viagens às localidades de Faro e Terra Santa, por exemplo, duram cerca de trinta horas em deslocamento fluvial, embora a primeira esteja a 365 quilômetros da cidade-base, e a segunda, a 203 quilômetros em linha reta. A duração exata da viagem depende, muitas vezes, da velocidade do transporte.

O transporte aéreo foi utilizado apenas no início das atividades do grupo, tendo sido refutado pela equipe gestora do MEC em face da precária segurança ofertada pela única empresa que possuía aeronaves disponíveis para frete. O trecho que era atendido por via aérea foi substituído por transporte terrestre e fluvial, em especial, para supervisionar médicos atuantes em Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Ressalta-se que, no primeiro ano do GES, o MEC contou com a participação da Marinha do Brasil para deslocar supervisores para a cidade de Prainha, mas em 2016 esse deslocamento passou a ser realizado pelo exército, assim como os dos demais supervisores.

Entre 2015 e maio de 2017, o GES/PA realizou supervisões mensais aos aproximadamente 62 médicos participantes do PMMB, conforme registrado no sistema informatizado que o MEC utiliza – o Webportfólio/UNASUS. Todavia, quando se apura o tipo

de supervisão, percebe-se que ocorreram quatro viagens presenciais em 2015 e cinco em 2016. Em 2017, ocorreu uma única viagem para supervisão presencial, no mês de março, em virtude de dificuldades enfrentadas pelo MEC em decorrência de mudanças na macrogestão e nas equipes técnicas, além da escassez de recursos financeiros no Governo Federal que afetou ambos os ministérios – da Educação e da Defesa. Assim, entre sua criação, em 2015, e o fim de 2017, ocorreram dez supervisões presenciais.

### **Processo de educação permanente da equipe**

O PMM opera sob as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, seja por meio das ofertas educacionais formais ou por ações envolvendo todos os atores. É importante ressaltar que no GES foi privilegiado um espaço para a educação permanente (EP) de supervisores, apoio MEC e tutores, visando à qualificação da supervisão acadêmica e à consequente melhoria no apoio pedagógico que o médico recebe.

Considerando a variedade de tipos de transporte e os horários de transporte aéreo, a EP dos envolvidos no GES/PA foi organizada primeiramente em Belém/PA, o que significava deslocar cada supervisor para aquela cidade após a realização da supervisão nos municípios. A partir de 2016, novos ajustes ocorreram e a EP passou a acontecer em duas cidades: Itaituba/PA e Belém/PA, demandando maior precisão no deslocamento realizado pelos militares.

A metodologia dos encontros de EP, em geral, envolvia a discussão de problemas e situações específicas observadas durante o processo de supervisão, bem como da normatização relativa ao GES e ao próprio PMM. Discutiram-se também, nesses encontros, ocorrências diversas reportadas pelos supervisionados – na maioria das vezes, questões administrativas não solucionadas pelo MS, que eram registradas pelo Apoio MEC e repassadas às instâncias estaduais do MS.

Além desses encontros de EP presenciais, a equipe também participou de exposições dialogadas e troca de ideias por meio de webconferências planejadas e realizadas pelos tutores.

### **Desafios encontrados e possíveis soluções**

A operacionalização do GES no estado do Pará mostrou-se um grande desafio em relação aos outros grupos de supervisão especiais, principalmente devido: a) à quantidade de cidades-polo que foram criadas para maior aproximação dos locais de atuação dos médicos participantes; b) ao tamanho e às diversidades geográficas dessa unidade federada, que exige mais planejamento e articulação com o Ministério da Defesa; c) às dificuldades de comunicação com o polo de Itaituba; d) às dificuldades de deslocamento de supervisores até o polo de Itaituba por voo comercial; e) à necessidade de alinhamento constante com os parceiros das Forças Armadas, visto que cada polo é coordenado por um comando diferente; f) à necessidade de segurança armada, devido à violência observada usualmente em alguns locais do estado; e g) ao fato de haver ocorrido quatro substituições de tutores desde o início das atividades do grupo.

A atuação do GES no Pará sempre exigiu do MEC um olhar mais atento e prontidão para ajustar cada aspecto. A preocupação principal era a tutoria, que, como já

mencionado, foi substituída várias vezes. Devido às mudanças logísticas que ocorreram, foi necessária a inclusão, posteriormente, de um segundo tutor à frente do processo. Além disso, imprevistos durante as supervisões presenciais programadas acarretavam mudanças no planejamento que afetavam tanto as Forças Armadas quanto tutores e supervisores. Entre esses imprevistos, podem-se citar: bloqueio na estrada em virtude de assalto ocorrido em cidade próxima, pane mecânica em veículos fretados pelas Forças Armadas e acidente automobilístico na estrada envolvendo um grupo de supervisores, sem maiores consequências.

Ainda assim, foi possível realizar as supervisões programadas em 2015 e 2016 e consolidar espaços para a educação permanente dos envolvidos.

## Considerações finais

O GES do PMM no Pará, criado para garantir a supervisão acadêmica local dos médicos participantes do PMMB naquele estado, vem conseguindo cumprir os seis objetivos explícitos na resolução 28/2015<sup>26</sup> mediante articulação constante entre o Ministério da Educação, as Forças Armadas e as instituições locais supervisoras no Pará. Entretanto, devido às dificuldades usualmente observadas no tocante à logística de sua atuação, é necessária uma atenção constante, por parte das instituições mencionadas, para que a sua atuação se mantenha constante e resolutiva.

O grupo já é considerado uma experiência exitosa do PMM, porque conseguiu realizar a supervisão acadêmica conforme as diretrizes do programa e das políticas nacionais de saúde. A experiência de supervisão aos médicos pela equipe do GES contribuiu para consolidar o desenho do PMM, no que tange ao provimento emergencial, e demonstrar que é possível realizar a supervisão com a qualidade e sensibilidade necessárias ao atendimento à população que habita as áreas remotas do território brasileiro. A formação em serviço com as especificidades atendidas pelo GES só foi possível com uma educação permanente desenvolvida por uma equipe potente. Espera-se que, com a ruptura na macrogestão ocorrida no país em 2016, as políticas públicas em Saúde considerem as áreas prioritárias do SUS para injeção de recursos e mantenham a qualidade que a Atenção Primária à Saúde requer.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

## Referências

1. Esmail A, Simpson J. International medical graduates and quality of care. *BMJ*. 2017; 356:j574.
2. Norcini JJ, Zanten M van, Boulet JR. The contribution of international medical graduates to diversity in the U.S. physician workforce: graduate medical education. *J Health Care Poor Underserved*. 2008; 19(2):493-9. doi: 10.1353/hpu.0.0015.
3. Pinsky WW. The importance of international medical graduates in the United States. *Ann Intern Med*. 2017; 166(11):840-1. doi: 10.7326/M17-0505.
4. Baer LD, Ricketts TC, Konrad TR, Mick SS. Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Med Care*. 1998; 36(11):1534-44.
5. Salsberg E, Grover A. Physician workforce shortages: implications and issues for academic health centers and policymakers. *Acad Med*. 2006; 81(9):782-7.
6. Yen W, Hodwitz K, Thakkar N, Martimianakis MA, Faulkner D. The influence of globalization on medical regulation: a descriptive analysis of international medical graduates registered through alternative licensure routes in Ontario. *Can Med Educ J*. 2016; 7(3):e19-30.
7. Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*. 2008; 42(1):53-60.
8. McGrath P, Wong A, Holewa H. Canadian and Australian licensing policies for international medical graduates: a web-based comparison. *Educ Health (Abingdon)*. 2011; 24(1):452.
9. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, Tan EY, Slade S, Verma S. Comparison of canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989–2007. *Acad Med*. 2011; 86(8):962-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e318222e314.
10. British Medical Association. The contribution of IMGs to the NHS [Internet]. Londres: BMA; 2015 [citado 18 Jan 2018]. Disponível em: [https://www.bma.org.uk/connecting-doctors/img\\_doctors/m/downloads/281](https://www.bma.org.uk/connecting-doctors/img_doctors/m/downloads/281)
11. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009; (44):13-24.
12. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004; 364(9449):1984-90.
13. Neufeld S-M, Mathews M. Canadian return-for-service bursary programs for medical trainees. *Health Policy*. 2012; 7(4):82-94.
14. Kahn TR, Hagopian A, Johnson K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med*. 2010; 85(4):614-21. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d2ad1d.
15. The NHS is investing £100m in a recruitment drive to hire foreign GPs. Independent [Internet]. 2017 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/nhs-recruitment-drive-foreign-doctoroverseas-gps-100-million-investment-hiring-staff-shortage-a7921511.html>
16. Rawal LB, Joarder T, Islam SMS, Uddin A, Ahmed SM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Hum Resour Health*. 2015; 13:36. doi: 10.1186/s12960-015-0030-6.
17. World Health Organization. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):390-4. doi: 10.2471/BLT.09.072686.



18. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3):102-9. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x.
19. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:19. doi: 10.1186/1472-6963-8-19.
20. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34. doi: 10.1590/1807-57622014.1142.
21. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 Dezembro 1993, e nº 6.932, de 7 Julho 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013; sec. 1, p. 206.
22. NHS Health Careers. Information for overseas doctors [Internet]. Londres: NHS; 2015 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/information-overseas-doctors>
23. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Qualifying to practice medicine in Ontario [Internet]. Toronto: CPSO; 2018 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/International-Medical-Graduates/Qualifying-to-Practice-Medicine-in-Ontario>
24. General Practice Supervisors Australia. Supervising IMGs [Internet]. Bendigo: GPSA; 2016 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <http://gpsupervisorsaustralia.org.au/supervising-imgs/>
25. Medical Council of New Zealand. Individual supervision plans [Internet]. Wellington: MCNZ; 2018 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.mcnz.org.nz/maintain-registration/supervision-img/supervisors-and-employers-of-international-medical-graduates/individual-supervision-plans/>
26. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Jul 2015.
27. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências *Diário Oficial da União*. 16 Jun 2015.
28. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 27, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. *Diário Oficial da União*. 15 Jul 2015.



The More Doctors Program encompasses an academic supervision carried out by supervisory institutions that have signed an agreement with the Ministry of Education (MEC). Academic supervision is part of the educational offers and implies periodic and regular visits to participant doctors. However, due to the difficulties of some institutions in the North region to fulfill their responsibilities under the Project More Doctors for Brazil, MEC created the Special Supervision Group (GES), which has been operating since 2014 in that region. This article records the GES experience in the state of Pará from January 2015 to May 2017. Its main contribution is to enable the provision of care for the population that inhabits a vast region where there is shortage of doctors, as the supervision of the professionals is mandatory and if it did not occur, the Program would not be allowed in Pará.

**Keywords:** Health manpower. Medically underserved area. Primary healthcare. Public policy. In-service training.

El Programa Más Médicos (PMM) abarca la supervisión académica realizada por las Instituciones Supervisoras (IS) que hayan firmado documento de adhesión con el Ministerio de la Educación (MEC). La supervisión académica es parte de las ofertas educativas e implica una visita periódica y regular a los médicos del PMM. Sin embargo, debido a las dificultades de algunas IS de la región Norte para cumplir sus responsabilidades en el ámbito del PMMB, el MEC creó el Grupo Especial de Supervisión (GES), que actúa desde 2014 en la región. Este artículo registra la experiencia del GES en el estado de Pará en el período de enero de 2015 a mayo de 2017. Su contribución es hacer posible la asistencia a una población que habita una vasta región con notable escasez de médicos, una vez que la supervisión de los profesionales es obligatoria y si no la hubiera inviabilizaría el Programa en el Estado de Pará.

**Palabras clave:** Recursos humanos en salud. Área sin atención médica. Atención primaria de la Salud. Política pública. Capacitación en servicio.

Submetido em 18/02/18.  
Aprovado em 23/09/18.




### O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica

The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education (abstract: p. 15)

El Programa Más Médicos y el cambio del papel del Estado en la regulación y ordenación de la formación médica (resumen: p. 15)


**Hêider Aurélio Pinto**<sup>(a)</sup>

<heider.aurelio@ufrb.edu.br> 


**Rosemarie Andreazza**<sup>(b)</sup>

<andreazza@unifesp.br> 


**Renato Janine Ribeiro**<sup>(c)</sup>

<rjanine@usp.br> 

**Maria Rosa Loula**<sup>(d)</sup>

<mariarosaloula@gmail.com> 

**Ademar Arthur Chioro dos Reis**<sup>(e)</sup>

<arthur.chioro@unifesp.br> 

<sup>(a)</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44574-490.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(c)</sup> Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(d)</sup> Instituto Brasiliense de Direito Público. Brasília, DF, Brasil.

<sup>(e)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) vem sendo considerado em estudos recentes como a mais importante mudança normativa nas atribuições do Estado na ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo analisa o eixo mais estruturante do programa, o da formação em saúde, por meio de revisão de literatura e análise documental e de bancos de dados com o objetivo de descrever sua modelagem enquanto política pública e discutir quais mudanças normativas tiveram efeito na ação do Estado. Identifica mudanças institucionais nos Ministérios da Saúde e Educação; reorientação da formação médica; ampliação e redistribuição de vagas de graduação e residência; e criação de instrumentos de política pública para o planejamento, regulação e avaliação da formação de especialistas. Conclui identificando interrupção de ações estruturantes do programa e objetivos e metas que provavelmente não serão cumpridos nos prazos estabelecidos.

**Palavras-chave:** Atenção primária. Recursos humanos em saúde. Educação em saúde. Programa Mais Médicos.

## Introdução

O PMM<sup>1</sup> foi instituído por lei aprovada logo após as manifestações de 2013, embora seu projeto fosse anterior a elas<sup>2,3</sup>. A elaboração do PMM considera a análise crítica dos avanços, limites e desafios de iniciativas governamentais anteriores no campo do provimento de profissionais e da formação em saúde, uma vez que importantes ações já tinham sido implementadas anteriormente<sup>2-8</sup>.

O PMM efetuou uma série de mudanças na formação médica, deslocando sua lógica de *market-oriented* para *policy-oriented*<sup>9</sup>. Tal orientação está expressa na prioridade em assegurar a formação de médicos em regiões até então subconsideradas, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste, na concentração da oferta em municípios do interior e, finalmente, em especialidades, como a Medicina de Família e Comunidade (MFC), até então deixadas em segundo plano ou consideradas pontos críticos na formação em saúde por outros autores<sup>4,7,8,10</sup>.

A face mais visível e polêmica do PMM deu-se em torno do provimento emergencial de médicos para atender a populações na periferia dos grandes centros e regiões mais distantes e vulneráveis do país. Ao analisarmos o programa, entretanto, evidencia-se que o eixo mais estruturante é o que trata das mudanças na formação e na educação médica, buscando atender aos interesses da sociedade brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos (RH) na área da saúde”, atribuição expressa no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, reforçada pela Lei Orgânica da Saúde. Contudo, tal perspectiva, defendida pelo Movimento Sanitário brasileiro e alinhada à adotada em diversos outros países<sup>11</sup>, não foi acompanhada da regulamentação normativa e instrumentos de política pública que permitissem sua efetivação pelo SUS. Diversos autores apontam que esse princípio constitucional não foi operacionalizado e que a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem considerar as necessidades do setor<sup>4,10-14</sup>. Essa disjunção resultou, segundo o Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2011), no seguinte quadro<sup>15</sup>:

[...] a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do MEC, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados<sup>8</sup>. (p. 42-3)

Conforme diversos autores<sup>6,7,9-12</sup> e também importante relatório da Organização Mundial da Saúde sobre o tema<sup>16</sup>, a ação do Estado na formação em saúde e regulação da distribuição dos RH são pontos nodais para a implementação dos sistemas nacionais de saúde. No caso brasileiro, esse quadro é agravado pela fragilidade da regulação estatal<sup>4,7,11,15</sup>.

A inadequação da formação de médicos às necessidades da população e do SUS pode ser evidenciada pela quantidade insuficiente de vagas de graduação em Medicina por habitante. Em 2013, a média nacional era de 0,8 ingressantes por dez mil habitantes, valor muito inferior aos observados na Argentina (3,2) e na média dos

31 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (1,1)<sup>3,17,18</sup>.

A graduação ainda não prepara adequadamente o egresso do curso de Medicina para atuar na Atenção Básica (AB)<sup>4,5,10,13,14</sup>. Em 2013 o país tinha apenas 3,3 mil médicos especialistas em MFC<sup>17</sup>, menos de 1% do total de médicos. No mês anterior à criação do PMM, apenas 5% das equipes de saúde da família contavam com esses especialistas<sup>19</sup>. Esse descompasso entre as necessidades do SUS e a formação de profissionais – em número, perfil e distribuição territorial da oferta de formação e da força de trabalho – não é exclusivo da AB, mas sim observado em todo o sistema<sup>4,7,8,10-12,15,19</sup>.

A residência médica tem papel central na formação dos médicos especialistas ao preparar seus quadros nos próprios locais de trabalho<sup>4,7,13</sup>. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) constitui-se em espaço importante para operacionalizar essa regulação<sup>4,7,20</sup>. Entretanto, seus rumos têm sido historicamente definidos pelos interesses da corporação médica. Além disso, há um acordo tácito entre o Estado e as entidades médicas em torno da conciliação de interesses ao permanecer válidos os títulos conferidos pelas sociedades médicas<sup>4,7</sup>.

O PMM foi criado para intervir nesse complexo quadro. Trabalhos recentes apontam esta como a mais importante mudança da atuação do Estado no tema da ordenação da formação de RH desde a criação do SUS<sup>7,18,21,22</sup>.

O presente artigo tem o objetivo de compreender a modelagem do PMM enquanto política pública e evidenciar as ações instituídas a partir do novo estatuto normativo e as mudanças produzidas nas atribuições do Estado no campo da ordenação de RH. Toma como pressuposto central do estudo que o eixo mais estruturante do PMM é representado pela ação conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) para modificar a formação de novos médicos, atuando tanto na criação de novos programas de residência e cursos, públicos e privados, quanto na mudança da educação médica.

## Metodologia

O estudo, de caráter qualitativo, fez uso de análise documental<sup>23</sup> da legislação e das normas sobre o PMM e de revisão de literatura sobre o tema. Foram empregados os descritores “recursos humanos em saúde” e “educação médica”, nas bases Lilacs e SciELO, e “Programa Mais Médicos” nessas duas bases e na base do Google Acadêmico.

As diversas informações selecionadas em bancos de dados oficiais, relatórios e artigos propiciaram identificar mudanças normativas que tiveram efeito na ação do Estado para enfrentamento da questão social em análise. Para tanto, foram analisados decretos e portarias governamentais; documentos; publicações institucionais; relatórios e sistema de monitoramento ECAR do MS e MEC; e consultas a sites, teses, livros e artigos científicos relacionados ao tema.

O artigo expressa, ainda, as reflexões advindas do lugar privilegiado ocupado pelos autores na implementação do PMM, tanto no MEC quanto no MS, sujeitos que explicitam e rejeitam, *a priori*, uma pretensa neutralidade científica, assumindo o caráter engajado de sua tripla implicação, como atores em situação de governo,

trabalhadores da área da Saúde Coletiva e educação pública e pesquisadores com pretensão de produzir um saber militante e comprometido com o SUS<sup>24</sup>.

Toma-se aqui, portanto, a política pública como objeto de produção de conhecimento. O PMM é ainda uma obra em aberto, indicando alguns caminhos e possibilidades sobre a formação médica e sua relação com o SUS, motivo pelo qual tomamos como referencial os marcos conceituais do campo da análise de política<sup>25</sup>.

## Resultados e discussão

A iniciativa estatal mais associada ao esforço do SUS em ordenar a formação foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no MS, em 2003. Foi a partir daí que se articulou uma política nacional de reorientação da formação profissional em saúde com ações voltadas para a indução de mudanças nas graduações, formação de docentes, integração ensino-serviço, expansão das residências prioritárias para o SUS, etc<sup>21</sup>.

As ações regulatórias do MEC, relacionadas à avaliação institucional e a critérios e processos de autorização de novas vagas, de escolas de Medicina e programas de residência, contudo, não eram orientadas em função das necessidades e prioridades do SUS. Para incidir nesse quadro e atuar intersetorialmente com o MEC, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.118, em 2005, que tinha como objetivo promover a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de RH na área da saúde. Em 2007, foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, com função consultiva. A modificação da composição da CNRM, com inclusão da representação tripartite do SUS, só ocorreu em 2011, quando foi estabelecido que a regulação das instituições e dos programas de residência médica deveria considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população.

Embora sejam medidas essenciais para a ação intersetorial da saúde e educação, seus resultados ficaram distantes dos objetivos definidos e não conseguiram, segundo diversos autores<sup>7,11,21</sup>, avançar efetivamente na ordenação da formação de RH. Havia um hiato entre a responsabilidade constitucional atribuída ao SUS e sua real capacidade estatal de ordenar a formação no Brasil.

Em 2013, com a expansão da AB e dos serviços induzidos pelos recursos alocados pelo MS nas Redes de Atenção à Saúde, o quadro ficou ainda mais problemático no que diz respeito tanto à formação, distribuição, atuação e fixação de médicos quanto à insuficiente quantidade e distribuição das vagas de graduação em Medicina<sup>2,3,18,22</sup> e de residência (quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição em 2012 das vagas de graduação em Medicina por dez mil habitantes segundo regiões escolhidas e concentração por capital

Região	Vagas por mil habitantes
Sudeste	1,08
Sul	0,93
Norte	0,85
Centro-Oeste	0,70
Nordeste	0,70

Aproximadamente 50% das vagas localizam-se nas 27 capitais dos estados e as demais, em outras 97 cidades.

De 2003 a 2013, ano de criação do programa, o número total de médicos formados no Brasil foi o equivalente a apenas 73% do número de vagas novas de emprego criadas pelo mercado de trabalho (um déficit de 27%)<sup>2,3</sup>.

Elaborado pelos autores.

O Governo Federal havia iniciado, em 2011, a adoção de medidas para enfrentar a escassez de médicos em áreas vulneráveis, tais como a regulamentação da lei do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), com incentivos específicos a médicos que se dedicassem à AB em locais mais vulneráveis, e como a criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), ambas envolvendo a parceria do MS e MEC<sup>2,3,6,7</sup>. Políticas que visam atrair profissionais para a AB em áreas com maior necessidade remontam à década de 1970, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), seguidas de outras iniciativas governamentais, como o Programa de Interiorização do SUS (1993) e de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001)<sup>6,7,22</sup>. O Provab, embora tenha tido efeitos importantes já analisados na literatura<sup>6</sup> e passado de 350 médicos em atuação em 2011 para 3.550 em 2013<sup>22</sup>, ainda não conseguiu responder à demanda dos municípios, cujo déficit era estimado em 13 mil médicos naquele ano<sup>3</sup>. No Provab pode-se identificar antecedentes do eixo de provimento emergencial do PMM<sup>2,3,7,18</sup>. Destaca-se que o PMM chegou a contar com mais de 18 mil profissionais em 2015, quando, além da ampliação do efetivo próprio do programa, incorporou os médicos vinculados ao Provab<sup>3</sup>.

Entretanto, medidas de provimento e especialização em serviço não foram suficientes para avançar na ordenação da formação, uma vez que não interferiam no planejamento da força de trabalho em saúde no médio e longo prazo. Progressivamente, a falta de médicos passou a ser apontada por gestores municipais de saúde e pesquisas de opinião como um dos mais relevantes problemas de saúde do país. A pressão exercida pelos prefeitos culminou no lançamento, em janeiro de 2013, do movimento “Cadê o médico?”, liderado pela Federação Nacional dos Prefeitos, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde<sup>2,3,26</sup>.

O PMM surgiu nesse contexto de intenso debate público, despertando o apoio dos prefeitos e gestores do SUS e imediata resistência de organizações da corporação médica<sup>2,3,26,27</sup>. Nos três meses que decorreram entre a edição da medida provisória (MP) e sua conversão em lei<sup>1</sup>, o PMM ganhou apoio da população<sup>2,3,27</sup> e de parlamentares no Congresso Nacional, o que fez com que a lei fosse aprovada, após aperfeiçoamentos importantes, por ampla maioria de votos<sup>2</sup>.

O eixo de maior visibilidade foi o provimento emergencial; contudo, o PMM aponta um escopo mais amplo em seus objetivos, dentre os quais se destacam o “III – aprimorar a formação médica no País [...]” e o “IV – ampliar a inserção do médico

em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira [...]”<sup>1</sup>.

As mudanças empreendidas no texto da lei do PMM produziram crescimento significativo do “eixo formação médica”, que passou a ser a maior parte do texto legislativo e propiciou um arcabouço legal que instrumentaliza o Estado para a ordenação de RH para o SUS. De um foco mais dirigido e emergencial, passou a dialogar com formulações mais amplas que vinham sendo debatidas no país e no mundo, relacionadas ao planejamento, regulação, provimento e formação de RH para sistemas de saúde<sup>7,10,11,15,16,21</sup>.

Do ponto de vista da capacidade estatal, a política produziu também uma inovadora atuação conjunta dos ministérios na atribuição de responsabilidades compartilhadas e complementares, na criação de espaços de governança comum do PMM e no desenho de processos que obrigavam a atuação articulada, como na autorização da abertura de novas escolas, no qual um insumo essencial para a ação do MEC – a identificação da localidade com necessidade de abertura de novas escolas – era de responsabilidade do MS<sup>1,3</sup>.

Para cumprir esse novo papel, o MS e o MEC realizaram adaptações institucionais. Em 2013, o MS criou, no âmbito da SGTES, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. No MEC foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, vinculada à Secretaria de Ensino Superior, e novas atribuições foram dadas à Diretoria de Regulação da Educação Superior, além de ter sido criada a Coordenação-Geral dos Processos de Chamamento Público, vinculadas à Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior.

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, deferidas após a aprovação da Lei do PMM na resolução 3/2014 do Conselho Nacional de Educação, envolveram maior participação do MS e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua formulação e apontaram para um maior grau de integração entre os sistemas de Saúde e Educação. São normas mais claras e objetivas para a reorientação do curso às necessidades do SUS e de saúde da população; e determinam prazos e instrumentos para a implementação das mudanças.

As DCN atualizaram a formação médica às reformas curriculares contemporâneas da área da Saúde que têm acontecido no mundo<sup>28</sup>, incluindo a ênfase nas pedagogias ativas e a integração com os serviços de saúde na reorientação dos campos de prática, com o objetivo de formar um profissional com as competências requeridas pelo SUS<sup>4,10,12-14</sup>, e na identificação de competências para a gestão e educação, além do cuidado em saúde, que já vinha sendo desenvolvido na Política Nacional de Educação Permanente do SUS. Reforçaram, ainda, a prática em equipe multiprofissional e a importância de o educando lidar com problemas reais e assumir responsabilidades crescentes compatíveis com seu grau de autonomia. A maior exigência da integração ensino-serviço ganhou regras explícitas, com 30% do período do internato em serviços de AB e de urgência. O perfil de competências tornou-se mais amplo, com centralidade na AB e coordenação pela área de conhecimento da MFC.

A legislação estabeleceu que os cursos de Medicina, de instituições públicas ou privadas, devem implantar até 2018 as novas diretrizes, o que será verificado por meio de auditorias e processos avaliativos do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes)<sup>1</sup>. Além disso, foi criada uma avaliação específica para o curso de

Medicina com instrumentos e métodos que avaliam conhecimentos, habilidades e atitudes; e que visa aferir o estado momentâneo de cada educando em relação ao novo perfil esperado pelas novas DCN e acompanhar o crescimento e aquisição de competências. Em 2016, em processo dirigido por uma comissão com participação do MEC, MS, CNS, Associação Brasileira de Educação Médica, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Conselho Federal de Medicina, foi concluída a criação de um novo instrumento de avaliação do Sinaes, por meio da Portaria 386, de maio de 2016, com 15 novos indicadores para avaliar o cumprimento das regras das DCN. Também foi implementado (ainda que parcialmente) o teste de progresso – Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) –, que era previsto na lei do PMM e que deveria ser aplicado regularmente a todos os estudantes de Medicina do 2º, 4º e 6º anos.

As normativas construídas esboçaram um sistema de avaliação com grande capacidade de orientar a formação, na medida em que, além de determinar as medidas regulatórias do MEC (que, em último caso, podem resultar até na interrupção do vestibular e no fechamento de um curso), poderia ser utilizado também como modalidade de acesso à residência, como será abordado mais à frente. Buscava-se construir, para a passagem da graduação para a residência, um modelo similar ao sistema Enem-Sisu<sup>3</sup>.

O PMM também previu medidas para maior integração entre as instituições de educação superior (IES), os serviços e a gestão da saúde, entre as quais se destacam a criação de um instrumento de pactuação e delimitação de compromissos e responsabilidades entre estes atores – denominado Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – e a elaboração de planos e processos de qualificação dos preceptores – profissionais vinculados ao serviço de saúde, e não às IES – que atuam como docentes do processo de formação.

Para atender os objetivos do PMM em longo prazo, o MEC planejou a expansão das vagas de graduação em Medicina, estabelecendo como meta passar de 1,8 médicos por mil habitantes para 2,7 até 2026, tomando como referência o patamar do Reino Unido em 2013<sup>3</sup>. Para tanto, seria necessário ampliar 11.500 vagas de graduação em um prazo de 5 anos. A criação dessas vagas elevaria a proporção de vagas de ingresso em cursos de Medicina de 0,8 para 1,34 vagas por dez mil habitantes e teria também o objetivo de promover a interiorização e distribuição territorial das vagas, levando em conta a regionalização do SUS e a democratização do acesso ao curso de Medicina<sup>3</sup>.

Foi implementada uma mudança significativa na lógica de abertura de vagas de graduação. Até então, a iniciativa formal era sempre de uma IES privada ou pública e cabia ao MEC autorizar ou não. Para abertura de novas vagas em Medicina, Odontologia e Psicologia, era prevista uma avaliação específica realizada pelo CNS para identificar a necessidade social do curso, conforme definido pelo Decreto nº 5.773, de maio de 2006.

Com o PMM, a iniciativa de planejamento e regulação passou a ser do Estado, a partir de novas regras. Para cumprir a meta de expansão de vagas, identificou-se, primeiramente, o potencial de expansão das universidades públicas. A diferença entre a expansão pública e a meta geral definiu o tamanho da expansão a ser efetuada por meio de instituições privadas. A análise das normativas mostra claramente que foi criado um modelo de regulação da abertura de vagas privadas. Em primeiro lugar,

o MS identificou os estados, regiões e municípios com necessidade de abertura de cursos de Medicina, conforme critérios objetivos previamente definidos: porte do município, condições da rede de saúde para receber o curso de Medicina (de cobertura de AB a leitos do SUS), não existência de escola médica nas proximidades ou na região de saúde, etc. Essa etapa fez parte do edital coordenado pelo MEC, dirigido aos municípios que manifestaram interesse e se inscreveram voluntariamente para se candidatarem a receber um curso privado de Medicina. Ao MEC, coube a avaliação desses municípios, incluindo uma avaliação *in loco*, verificando o cumprimento dos requisitos estabelecidos. Após anunciar os municípios selecionados, um segundo edital foi publicado pelo MEC. Tratou-se de um chamamento público, no qual as mantenedoras de IES privadas concorreram entre si para obter o direito de abrir um curso de Medicina em cada um dos municípios selecionados na etapa anterior. Elas foram avaliadas por um conjunto de critérios, como pontuação nas avaliações do MEC; projeto político-pedagógico; planejamento de infraestrutura; estabilidade financeira; proposta de integração ensino-serviço; e, com o objetivo de democratizar o acesso ao curso, o volume de adesão ao Programa Universidade para Todos (Prouni) e Fies, além da proporção de bolsas que as mantenedoras se comprometiam a garantir aos educandos de baixa renda.

O elemento essencial a ser considerado na mudança promovida pelo PMM é este dotou o Estado de instrumentos que fazem a formação dos médicos e a abertura de escolas se tornarem *policy-oriented*, em vez de *market-oriented*<sup>9</sup>. Esse modelo fortalece a regulação do Estado sobre o ensino privado, articulando-o à ordenação da formação. O Estado assume a iniciativa e passa a dirigir, conforme critérios públicos e necessidades definidas a partir do interesse público, os locais que deverão ser beneficiados com os cursos. Foram também tomadas medidas concretas para a garantia da qualidade, tanto na avaliação dos municípios quanto das IES. Produziu-se a inversão de uma prática privada comum em diversos setores: ao invés de a IES exigir benefícios para escolher em qual local se instalará, teve que se comprometer e apresentar a melhor proposta de contrapartidas em benefício do SUS. Estava indicado, ademais, que na implantação do curso as DCN teriam que ser cumpridas e que instrumentos previstos na lei, como o Coapes, deveriam obrigatoriamente ser implementados.

Pedidos de autorização de abertura protocolados previamente no MEC, antes da promulgação da lei do PMM, seguiram o modelo antigo. Até 2016, para a expansão privada posterior à lei do PMM, ocorreu tal como foi disciplinado, a partir de dois editais, publicados em 2014 e 2015, o segundo dirigido exclusivamente às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com o objetivo de promover a interiorização dos cursos nessas regiões, apenas parcialmente atingidas na primeira.

A atuação integrada e complementar do MS e do MEC e a realização dos chamamentos públicos demonstram a implementação dessas normativas. Segundo os dados e relatórios do MEC, até 2016, foram criadas aproximadamente 6.600 vagas (quase 60% do previsto) em instituições públicas e privadas. A maior equidade na distribuição das vagas, além de ter promovido a interiorização dos cursos, permitiu que a oferta de vagas nas regiões Norte e Nordeste ultrapassassem uma vaga por dez mil habitantes e se aproximassem daquela observada nas regiões Sul e Sudeste, enfrentando uma desigualdade histórica.



Contudo, é importante destacar que essa expansão segue sofrendo forte resistência da corporação médica e; com diferença de critérios utilizados entre os estudos oficiais que dão base às projeções e planejamento dos Ministérios da Saúde e Educação, e a série de estudos “Demografia Médica”<sup>17</sup>, do Conselho Federal de Medicina; a maior discordância entre esses atores sociais está na definição da quantidade necessária de médicos para o país. O PMM estabeleceu uma meta, como referido acima, considerada elevada pelas entidades médicas. Entretanto, após as medidas implementadas pelo PMM, a proporção de profissionais só atingiu o patamar de 2,2 médicos por mil habitantes e de 1,02 vaga de Medicina por um mil habitantes<sup>17</sup>, quadro que situa o Brasil ainda no quartil inferior dos 34 países da OCDE<sup>17</sup>, ainda distante da meta do próprio PMM.

Com a expansão de vagas já promovida, o Brasil atingirá a meta de vagas programada, ainda que não em todas as regiões de saúde, e poderá chegar a três médicos por mil habitantes até o fim da próxima década. Cabe destacar que 23 dos 34 países da OCDE já atingiram esse patamar e vários estão expandindo ainda mais as vagas<sup>17</sup>. Além disso, o sistema de saúde no Brasil tem características que demandam uma maior quantidade de médicos que os países europeus com sistemas universais.

Com relação à regulação da formação de médicos especialistas, Aléssio e De Sousa<sup>7</sup> constataram que o PMM trouxe contribuições inéditas e estruturantes que indicaram a decisão do Estado de assumir a responsabilidade e criar instrumentos para o planejamento e regulação dessa força de trabalho. A residência médica no Brasil expressa as contradições da relação público-privada e regulatória do SUS. Financiada quase em 100% pelo setor público, ocorre majoritariamente em serviços públicos ou que prestam serviços ao SUS, mas, até a criação do PMM, havia pouca atuação do Estado no planejamento e regulação de quais vagas de especialidades e em quais localidades deveriam ser abertas e. Tal quadro é muito diferente de países que também valorizam e investem nesse tipo de formação, mas que não abrem mão de regulá-la, como Canadá, Espanha e Portugal, que direcionam a composição de especialistas no sistema de Saúde<sup>3,4,7,11</sup>.

Tradicionalmente, os pedidos de credenciamento de novas vagas ou programas de residência médica dependiam da iniciativa e disponibilidade de alguns médicos especialistas, da tradição de uma determinada instituição de saúde ou de ensino e do interesse e disposição de financiamento de uma unidade da federação. Por outro lado, em alguns casos, mesmo com necessidade e capacidade disponível, organizações da corporação conseguem restringir a ampliação de vagas em algumas especialidades, levando em conta interesses de mercado<sup>4,7</sup>.

A desregulamentação estatal permite que os mais variados interesses resultem na abertura de programas alheios à necessidade social e sanitária ou no cerceamento da abertura. Dá espaço, ainda, para ações regulatórias presididas por atores e interesses privados que, muitas vezes, atuam contra a iniciativa pública e interesse da coletividade.

Aléssio e De Souza<sup>7</sup> identificam na formação de especialistas no país: expressiva desigualdade com grande concentração dos programas e vagas no Sudeste e no Sul; inexistência de oferta em diversas especialidades essenciais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; déficits nacionais em especialidades como geriatria, endocrinologia, otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria e anestesiologia; e baixíssima oferta de vagas em MFC.

As bases de dados sobre os especialistas sempre foram fragmentadas e dispersas. A CNRM retinha as informações dos médicos que concluíram a residência. As associações de cada especialidade registravam aqueles que obtinham o título e se mantinham adimplentes no pagamento de suas mensalidades. Já os Conselhos Regionais de Medicina tinham informação somente daqueles médicos que decidiam registrar o título no Conselho e ganhar o direito de fazer publicidade como especialista. Nos sistemas de informação do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, registros com regras específicas nos quais gestores, prestadores de saúde e operadoras de planos de saúde precisam informar os médicos e suas especialidades. Essa desarticulação das informações sobre especialistas pode ser exemplificada pela variação de 3 mil a 18 mil oftalmologistas existentes no país, a depender da fonte que se considere.

A lei do PMM<sup>1</sup> criou o Cadastro Nacional de Especialistas para unificar as informações disponíveis sobre os médicos e identificar a necessidade de especialistas, permitindo conhecer a quantidade e distribuição regional desses profissionais e, assim, planejar a expansão de vagas de formação e serviços de saúde. Determinou que todas essas bases de dados fossem disponibilizadas ao MS. A publicação do Decreto 8516/2015, sob protesto das entidades médicas que se colocavam francamente contra a regulação estatal da formação de especialistas e, portanto, do próprio cadastro, garantiu a operacionalização e disponibilização do cadastro no site do MS. Com base nele, iniciou-se um processo de construção de critérios da necessidade de especialistas por região com a intenção de induzir, financiar e autorizar vagas e programas para cada região de saúde.

Outras medidas de grande impacto na ordenação de RH determinadas pela lei do PMM foram a universalização de vagas de residência médica e o redesenho do itinerário de formação de especialistas, de modo que a especialidade de MFC se tornasse uma formação base no país. A lei determina a universalização da residência até 2018 e exige que, antes de ingressar em qualquer programa (com exceção de nove especialidades), o médico curse um ou dois anos de residência em MFC. Esta terá que acontecer obrigatoriamente no SUS, em serviços de AB, urgência, atenção domiciliar e saúde mental; e permite que o Governo Federal complemente a bolsa para atrair esses residentes e proponha programas de formação de preceptores, com o objetivo de garantir a expansão com qualidade. Tais medidas visam garantir a formação de médicos com competência para atuar no SUS em áreas estratégicas e, em alguns casos, como na AB, objetivam também o provimento. Se a determinação legal tivesse sido cumprida, a AB receberia em 2019 aproximadamente 16,5 mil médicos residentes de 1º ano, número que poderia chegar a 25 mil até o ano de 2024 – maior que o número máximo de médicos que o eixo provimento já teve (18.240). Assim, além do objetivo almejado pelo PMM de garantir uma formação adequada às necessidades do SUS, fica evidente também o efeito pretendido no provimento de médicos, em quantidade e qualidade, para avançar rumo à universalização do acesso da população brasileira à AB.

Conforme os dados disponibilizados pelos MS e MEC, para cumprir a determinação legal, o Governo Federal expandiu 6.750 vagas de 2013 a 2016. Lançou, em 2016, o Programa Nacional de Formação de Preceptores, com oferta de mil vagas no primeiro ano e meta de dez mil vagas, até 2019. Ofertou uma bolsa-formação adicional específica para os residentes e preceptores em MFC e exigiu metas de

expansão da residência em MFC, tanto para as antigas e novas IES quanto para os municípios participantes do PMM.

Cinco elementos podem ser identificados no PMM com potencial para fortalecer sobremaneira a ordenação da formação de especialistas: 1) a avaliação da instituição, do programa e do educando como relevante força indutora associada a consequências definidas; 2) Estado dotado de instrumentos que permitem organizar e regular a demanda e a oferta por vagas e operacionalizar a distribuição dos educandos pelos programas disponíveis, sem sobreposição e necessidade de um educando ter que fazer mais do que um processo de seleção; 3) centralização da seleção, retirando esse poder dos grupos locais, que detêm grande poder discricionário na seleção dos educandos; 4) avaliação que mede o aproveitamento do educando na especialidade que está cursando e, com base nela, determina o acesso a outras subespecialidades, evitando assim que deixe de aprender o que cursa no momento por se dedicar ao conteúdo que será cobrado no concurso da subespecialidade desejada (base atual da estratégia de ganho dos “cursinhos médicos”); e, por fim, 5) integração desse sistema com a própria avaliação de revalidação de diplomas (Revalida), na medida em que a “régua” utilizada para avaliação do médico brasileiro ao terminar a graduação e qualquer especialidade pode passar a ser utilizada (inclusive técnica e operacionalmente) para revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, evitando padrões de exigência distintos.

## Considerações finais

Os dados e análises aqui contidos indicam que o PMM, a despeito dos demais eixos previstos na legislação aqui não tratados, apresentou avanços objetivos na atuação do Estado no ordenamento da formação de RH para o SUS. Trata-se de uma política fortemente alinhada ao compromisso ético-político de construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Sua proposição, aprovação e implementação inicial, marcada por resistências e tensões, representou a possibilidade de implementar uma ousada inversão da lógica de formação, tanto na graduação quanto na residência médica.

Analisando as medidas mais importantes aqui destacadas, é possível perceber que, a partir de 2016, com o governo Temer, a política – particularmente o eixo Formação em Saúde, em especial no que diz respeito à mudança da formação e ampliação do acesso à graduação em Medicina e, principalmente, o planejamento e regulação da formação de especialistas – teve sua implementação interrompida, colocando em risco os objetivos de médio e longo prazo do programa, já que a supressão ou redução de quaisquer de seus componentes afeta, profundamente, o PMM como um todo. Tomando-se como referência as perspectivas do campo de análise de políticas públicas<sup>25</sup>, pode-se considerar que o PMM se encontra em etapa inicial de implementação e em processo de reformulação de objetivos.

A expansão de vagas de graduação chegou a atingir 60% da meta. Entretanto, a expansão pública prevista foi interrompida e a privada, por sua vez, prevista para os locais com maior necessidade, limitou-se às vagas autorizadas inicialmente. Já para os grandes centros foram autorizadas ampliações de vagas em cursos já existentes, ou seja, não submetidas aos critérios de regulação criados pelo PMM. Em 2017, foi anunciado

pelo MEC uma “moratória” de cinco anos na autorização de novas vagas, frustrando dessa forma as metas previstas no PMM para a próxima década.

A implementação das DCN sofreu duros golpes com a suspensão dos efeitos das mudanças realizadas no Sinaes, por meio da Portaria nº 1.503, de setembro de 2016. Sabemos que há uma distância importante entre a criação de normas e instrumentos nacionais e a produção da mudança nos espaços concretos das escolas médicas e serviços de saúde. A interrupção da indução federal, contudo, deixa de fortalecer grupos que se mobilizavam localmente em prol da mudança, ainda que não os impeça de seguir lutando e avançando em objetivos que compartilhem com o PMM. Sem a mobilização de atores e recursos em prol da superação das resistências, sua interrupção, praticamente, fez o processo recuar a contextos anteriores ao PMM.

A expansão de vagas de residência pelo MEC foi suspensa e a de vagas ofertadas pelo MS teve redução drástica, de modo que a meta prevista em lei de universalização do acesso à residência médica será mais um dispositivo legal descumprido. A Anasem foi interrompida e a avaliação pelo Inep para as residências não foi implementada. Posteriormente, a avaliação da graduação e da residência foi suprimida da legislação pela Lei nº 13.530 de 2017. A integração dos processos de avaliação e acesso à residência e revalidação de diplomas deixou, portanto, de ser objetivo do Estado. O Cadastro Nacional de Especialistas foi retirado do ar e o Coapes deixou de ser uma agenda de governo.

O PMM é uma iniciativa ousada e contundente do Estado brasileiro para ampliar o número de vagas na formação médica para um nível mais adequado às melhores práticas internacionais e, ao mesmo tempo, reformular a formação em saúde para atender às necessidades da população e do SUS.

Tanto o eixo emergencial do PMM quanto o eixo mais estruturante e sustentável do programa – ao qual dedicamos este artigo – atenderam em boa medida a esses objetivos, mas há ações previstas a médio e longo prazo que, por terem sido descontinuadas, ou desconsideradas, colocam em risco o alcance das metas estabelecidas e adiam, mais uma vez, o cumprimento do princípio constitucional que prevê que o SUS deveria ordenar a formação de RH em saúde de acordo com as necessidades da população.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos às Universidades Federais do Recôncavo da Bahia (UFRB), de São Paulo (Unifesp) e do Rio Grande do Sul (UFRGS); à Universidade de São Paulo (USP); às equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Educação; às contribuições e orientações de Soraya Côrtes, docente da UFRGS e orientadora de um dos autores da pesquisa que envolve o tema do artigo; a todos os profissionais da saúde e da educação; e professores, pesquisadores, gestores de todas as esferas, trabalhadores e organizações da sociedade civil que têm se esforçado para pesquisar, implementar, aperfeiçoar e dar sustentabilidade às iniciativas e políticas que avançam na perspectiva de efetivar o princípio constitucional que prevê a ordenação da formação de recursos humanos (melhor dizendo, da força de trabalho) em saúde conforme as necessidades da população brasileira.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
5. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2009.
6. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
7. Aléssio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
8. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. v. 1, p. 4-26.
9. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
10. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9):133-42.



11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24):124-40.
13. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):375-80.
14. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM, Fiocruz; 2004.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Relatório Final 11<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
17. Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Coordenação de Scheffer M. Demografia Médica no Brasil, 2018. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2018.
18. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101.
19. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2011.
20. Nunes MPT. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cad ABEM*. 2004; 1:30-2.
21. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
22. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
23. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
24. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
25. Muller P, Surel Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat; 2002.
26. Frente Nacional de Prefeitos. Cadê o médico [Internet]. 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com/>
27. Universo Online (UOL). Apoio da população ao Mais Médicos sobe a 84,3% dos brasileiros [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2013/11/07/apoio-da-populacao-ao-mais-medicos-sobre-a-843-da-populacao-diz-pesquisa.htm>
28. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.



---

The More Doctors Program has been considered, in recent studies, the most important normative change of the State's attributions in the organization of the education of human resources for the Brazilian National Health System (SUS). This article analyzes the most structuring axis of the program, education in health, by revising literature, and analyzing documents and databases in order to describe its model as a public policy and discuss which normative changes had an effect on the State's action. The article identifies institutional changes in the Brazilian Ministry of Health and Ministry of Education, in the reorientation of medical education, in the expansion and redistribution of undergraduate and residency seats, and in the creation of public policy instruments to plan, regulate and assess the education of specialists. The paper is concluded by identifying interruptions in the program's structuring actions and objectives, and goals and objectives that will probably not be met within the established deadlines.

**Keywords:** Primary healthcare. Human resources in health. Health education. More Doctors Program.

---

El Programa Más Médicos se ha considerado el más importante cambio normativo en las atribuciones del Estado en la ordenación de la formación de recursos humanos para el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo analiza el eje más estructurador del programa, el de la formación en salud, por medio de revisión de literatura y análisis documental y de bancos de datos con el objetivo de describir su modelado como política y discutir cuáles fueron los cambios normativos que afectaron la acción del Estado. Identifica cambios institucionales en los Ministerios de Salud y Educación, reorientación de la formación médica, ampliación y redistribución de plazas de graduación y residencia; y la creación de instrumentos para la planificación, regulación y evaluación de la formación de especialistas. Concluye identificando la interrupción de acciones estructurantes del Programa y objetivos y metas que probablemente no se cumplirán en los plazos establecidos.

**Palabras clave:** Atención primaria. Recursos humanos en salud. Educación para la salud. Programa Más Médicos.

Submetido em 15/02/17.

Aprovado em 15/08/18.

## Debatedores

### O Programa Mais Médicos no Brasil sob a ótica do ciclo das políticas públicas: argumentos para debate a partir da análise de Heider Pinto e colegas

The More Doctors Program in Brazil under the perspective of the public policies cycle: argument for debate based on the analysis of Heider Pinto and colleagues

El Programa Más Médicos en Brasil bajo la óptica del ciclo de las políticas públicas: argumentos para debate a partir del análisis de Heider Pinto y colegas

Tiago Correia<sup>(a)</sup>

<tiago.correia@iscte-iul.pt>



<sup>(a)</sup> Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Avenida das Forças Armadas, 1649-026. Lisboa, Portugal.

O artigo de Heider Pinto e colegas<sup>1</sup> traz elementos para debate que merecem ser discutidos sob a ótica do ciclo das políticas públicas. Portanto, ainda que os autores expressem o seu estatuto engajado com a política que propõem analisar, a sua reflexão tem relevância para o debate acadêmico *per se* e para informar a ação governativa futura.

O artigo mostra o quanto a decisão política é um processo pautado por circunstâncias. Falar em processo remete para o entendimento dos diferentes ciclos das políticas públicas: emergência e agendamento do problema; e formulação, implementação e avaliação das políticas<sup>2</sup>. Falar de circunstâncias remete para o fato de a concretização dos ciclos políticos ser variável. No fundo, trata-se de abrir a “caixa negra” da ação governativa, entendendo que as decisões adotadas no decorrer dos ciclos das políticas resultam da estrutura e organização momentânea de grupos de interesse<sup>3</sup>. Esses grupos incluem comunidades políticas alargadas (partidos e múltiplos movimentos de organização social com fins políticos), como também profissões, mercado, instâncias de regulação internacional e, claro está, a universidade.



O argumento é que o aspecto estrutural do Programa Mais Médicos (PMM) adotado no Brasil procurou reconfigurar o papel do Estado na regulação dos recursos humanos em saúde (RHS), do ponto de vista tanto da oferta quanto do ensino e, conseqüentemente, das práticas assistenciais.

Quanto à emergência da política, o artigo aponta dois problemas que o PMM visava responder. Um era o desequilíbrio da distribuição de médicos no território, quer em termos gerais, quer em termos de certas especialidades; o outro era a necessidade de o Estado regular a educação médica na ótica da oferta e do ensino. O argumento dos autores é que o primeiro problema decorre do segundo e a questão é simples de compreender: os governos não têm forma de assegurar o compromisso com a universalidade e integralidade dos cuidados a não ser por intermédio de mecanismos de controle e previsibilidade dos múltiplos meios necessários nessa prestação. Esses meios incluem a tecnologia, as infraestruturas, o conhecimento e os profissionais. Não agir politicamente em algum desses meios remete os sistemas de saúde a graus variáveis de exposição ao mercado, a interesses parcelares ou a ambos. Sabe-se da dificuldade de regulação para escala nacional do mercado global de tecnologia e inovação em saúde (ex: medicamentos), pelo que é razão acrescida serem aplicados esforços naquilo que pode ser eficazmente regulado dentro das fronteiras de um país. O conhecimento e os profissionais são exemplo disso.

Ainda assim, desequilíbrios na oferta de RHS são encontrados na maioria dos países, mesmo naqueles que fortaleceram a regulação estatal das vagas de formação. Isso não significa que a regulação estatal seja irrelevante para a disponibilidade de profissionais em exercício. Uma vez mais, os dados de Pinto e colegas mostram o contrário: a autorregulação do mercado não só não se adequa à garantia de prestar cuidados para todos e em todas as fases da vida<sup>4</sup>, como também é permeável a interesses corporativos e parcelares.

O que está em causa é um aspecto que sai fora do escopo da análise de Pinto e colegas, mas que deve orientar o debate futuro sobre o PMM: a retenção dos RHS. Respostas para as seguintes perguntas são necessárias: até que ponto os médicos – RHS em geral – têm dinâmicas de mobilidade territorial no Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício profissional? Quais os motivos dessas dinâmicas? Até que ponto essas dinâmicas são desejáveis ou indesejáveis na organização e planejamento dos cuidados e são politicamente reguláveis?

É decorrente de problemas relacionados com a retenção dos RHS que se explica que, mesmo entre os países onde a regulação da formação foi fortalecida, a distribuição dos profissionais possa continuar a apresentar desequilíbrios.

Quanto ao agendamento político, os elementos referidos no artigo permitem enquadrar o surgimento do PMM em 2013 e também a sua relativa suspensão a partir de 2016 sob várias perspectivas teóricas que análises futuras devem desenvolver com mais detalhes. Uma é a metáfora dos fluxos<sup>5</sup>, segundo a qual janelas de oportunidade para a emergência de uma política resultam da coexistência de três fluxos: o fluxo dos problemas (percepção que existe um problema que precisa ser resolvido), o fluxo das políticas (posse de soluções e estratégias políticas concretas) e o fluxo da política (condições de governança favoráveis para essa formulação). Outra perspectiva é o equilíbrio pontuado<sup>6</sup>, segundo o qual a emergência e fim do ciclo de uma política pública decorre da disputa de monopólios políticos. Conseqüentemente, o

entendimento político sobre se desequilíbrios na distribuição de vagas de formação de médicos são ou não um problema explica, logo de início, a propensão para ação ou omissão governativa. Essa perspectiva ajuda a mostrar o quanto o jogo político é povoado por vários grupos de interesse, alguns deles contrários do ponto de vista dos valores e do entendimento do papel e função dos demais atores do sistema político. O equilíbrio é pontuado porque em diferentes momentos as relações de poder entre eles se alteram. Uma terceira perspectiva diz respeito aos ciclos de atenção pública e midiática dos problemas<sup>7</sup>. Sabendo-se da influência da mídia e opinião pública no agendamento político, o relativo abandono da implementação política do PMM após 2016 revela ou uma fraca adesão pública ou o seu desconhecimento midiático. Ambas as possibilidades mostram o quanto a divulgação massificada deve acompanhar o agendamento político para que a formulação política venha a ser a mais apropriada possível por vários setores da sociedade.

Quanto à formulação política, os elementos referidos no artigo apontam para elementos enquadráveis por diferentes perspectivas que análises futuras devem procurar entender de forma mais detalhada. Uma perspectiva é a dependência da trajetória<sup>8</sup>, considerando os elementos políticos prévios nos quais o PMM foi alicerçado. Contudo, a inovação trazida pelo reforço da regulação estatal na formação e distribuição das vagas aponta para um misto de abordagens: as que se centram nos atores<sup>9</sup> e as que se centram na difusão das políticas<sup>10</sup>. As primeiras salientam o papel ativo que atores-chave desempenham no desenho das políticas públicas; portanto, até que ponto, como e quais atores individuais formularam o PMM em 2013. Da mesma forma, é necessário perceber até que ponto, como e quais atores individuais alteraram o PMM após 2016. As segundas abordagens salientam a influência internacional no desenho de políticas nacionais, ou seja, até que ponto e como o PMM resultou de orientações decorrentes de organizações internacionais (como a Organização Mundial de Saúde, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, etc.) e como essa influência foi adaptada ao contexto nacional.

Relativamente à implementação política – e porque a aparente quebra de ciclo do PMM em 2016 apenas permite avaliar parcialmente os seus efeitos –, o artigo fornece elementos bastante pormenorizados, além de mostrar o quanto o PMM teve na sua origem o entendimento sistêmico que a ação governativa no setor da Saúde requer. A informação permite ainda colocar novas perguntas para análises futuras, inclusive para melhor entender a mudança a partir de 2016. Reitera-se que a evidência internacional legitima o eixo estrutural que o PMM procurou implementar em 2013. A questão é que lições podem ser aprendidas sobre o modo como a implementação foi conduzida no sentido de no futuro ser possível dar continuidade ao PMM mesmo perante ciclos governativos desfavoráveis. Sabe-se que a implementação de políticas públicas é tanto mais eficaz quanto maior for a apropriação por setores alargados da sociedade. É isso que garante a estabilidade das políticas em diferentes ciclos governativos. Portanto, interessa saber como o PMM estava sendo percebido pela diversidade de atores e o que motivou a alteração verificada em 2016. Em que medida o propósito em 2016 não foi precisamente “cortar pela raiz” a política antes que esta viesse a ser efetivamente apropriada pelos atores? Ou, por outro lado, se já havia tempo suficiente para que a sua apropriação tivesse acontecido, o que explica a fraca apropriação da política? Houve resistência ou não à mudança de ciclo governativo em 2016? Quais as condições

necessárias para que o PMM volte a tentar cumprir o seu objetivo? Respostas claras para estas perguntas constituirão um recurso valioso para melhor informar e, se possível, alterar a ação governativa.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Pinto HA, Andrezza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e170960.
2. Rodrigues M. Exercícios de análise de políticas públicas. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda e ISCTE-IUL; 2014.
3. Bourgeault IL. Conceptualizing the social and political context of the health workforce: health professions, the state, and its gender dimensions. *Front Sociol*. 2017; 2:16. doi: 10.3389/fsoc.2017.00016.
4. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015.
5. Kingdom J. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Longman; 2003.
6. Baumgartner F, Breunig C, Green-Pedersen C, Jones BD, Mortensen PB, Nuytemans M, et al. Punctuated equilibrium in comparative perspective. *Am J Polit Sci*. 2009; 53(3):602-19.
7. Hogwood B, Peters BG. Policy dynamics. New York: St. Martin's Press; 1983.
8. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *Am Polit Sci Rev*. 2000; 94(2):251-67.
9. Dye T. Understanding public policy. Boston: Longman; 2012.
10. Dolowitz D, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*. 2000; 13(1):5-24.

Submetido em 30/10/18.  
Aprovado em 05/11/18.

### Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde?

More Doctors Program and work development: a continuing education effect in health?

Programa Más Médicos y desarrollo del trabajo: ¿un efecto de la educación permanente en salud?

Alcindo Antônio Ferla<sup>(a)</sup>

<alcindoferla@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110.

O artigo em debate analisa o componente formativo do Programa Mais Médicos (PMM), mobilizando pensamentos para o diálogo. Entre esses, é inegável que o programa constituiu marco político e epistêmico no debate sobre a formação profissional na saúde, conforme apontam os autores, sob a ação da política pública. Inicialmente, destaco um aspecto que está pouco visível no debate sobre a relação entre formação, políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) de educação na saúde e o Programa: o efeito grandioso de educação permanente em saúde para os profissionais e equipes participantes.

A mobilização de tamanha quantidade de profissionais – médicos com registro no Brasil ou intercambistas; entre esses, destacam-se os médicos cubanos – é, por si só, uma estratégia forte. Embora com visibilidade reduzida para o efeito de qualificação da atenção à saúde, o intercâmbio problematiza o desenvolvimento do trabalho em saúde a partir da educação e em consonância com as políticas do SUS, sendo, assim, relativo à regulação e ao ordenamento da formação e do trabalho.

A associação entre mobilidade profissional e educação/desenvolvimento do/no trabalho não é apenas uma constatação empírica, senão a própria finalidade declarada do programa, conforme está explicitado no primeiro artigo da Lei Federal nº 12.871/2013<sup>1</sup>: o Programa é instituído “com a finalidade de ‘formar’ recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>1</sup> (Art. 1º). Entre os objetivos do programa estão: redução da carência de médicos em áreas prioritárias, fortalecimento da atenção básica, da educação permanente em saúde e da integração ensino-serviço, aperfeiçoamento profissional na atuação em políticas públicas, estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS e “troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras”<sup>1</sup> (Art. 1º, Inciso VI).

Enfatizo a relação entre formação profissional e fortalecimento de experiências na diversidade de serviços e âmbitos de abrangência do SUS como dispositivo para a mudança na formação e desenvolvimento do/no trabalho, que tem sintonia com políticas implementadas conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Na textualidade da lei, destaco o reconhecimento da troca de experiências entre os profissionais brasileiros e aqueles formados em outros países como dispositivo de aprendizagem e de formação. Há algum tempo, tenho afirmado que o PMM se tornou um “Ciência Sem Fronteiras” com fluxo às avessas, uma vez que o apoio à mobilidade de profissionais para a aprendizagem científica e cultural se dá com a vinda de estrangeiros para, no processo de aprendizagem, compartilhar experiências e, com isso, desenvolver o trabalho na atenção básica. O programa Ciência Sem Fronteiras (CsF) foi criado em 2011<sup>2</sup> e implementado por meio dos Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação e da Educação, com meta ambiciosa de concessão de 20 mil bolsas/ano em 18 áreas e temas prioritários, entre os quais encontra-se a saúde<sup>3</sup>. O Programa CsF teve visibilidade pelo aspecto da internacionalização da ciência e da formação, mas está bastante vinculado à ideia de inovação e desenvolvimento científico, tecnológico e industrial pela qualificação de profissionais por meio de experiências (cognitivas, sociointerativas e laborais) diversas em mobilidade internacional.

A relação entre formação profissional e desenvolvimento do trabalho está associada, na área da saúde, aos programas de residência em saúde e à Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS<sup>4</sup>. A base epistêmica dessa política considera o mundo laboral submetido a condicionalidades e determinações mais complexas do que a capacidade explicativa das ciências disciplinares e atribui ao trabalho uma capacidade pedagógica de mobilizar aprendizagens nos diversos âmbitos relacionados ao fazer profissional no interior de sistemas e serviços de saúde<sup>5,6</sup>. “O princípio educativo do trabalho”, nesse caso, relaciona-se ao estranhamento mobilizador de conhecimentos que impulsionam travessias de fronteiras disciplinares, superam fragmentações especializadas, agregam diferentes dimensões à atuação assistencial e associam iniciativas de “aprendizagem significativa” (efeito de contato com a diversidade) capaz de ativar, construtivamente, transformações no conhecimento produzido e na atuação laboral<sup>6</sup>. Aqui não se trata de revisão teórica ou de instrumentos legais, mas de identificar que algumas ideias do PMM pertencem ao campo epistêmico da educação na saúde e a sua legislação recente, que tem buscado induzir mudanças na formação e no trabalho em saúde, mas que, paradoxalmente, estão pouco visíveis no debate público e nas análises sobre este.

Considerando que, como registra o artigo, mais de 18 mil vagas em serviços diversos foram preenchidas por profissionais médicos, principalmente em territórios com condições de vulnerabilização extrema da saúde, e que esses estabeleceram contato com os demais profissionais das equipes (130 mil trabalhadores, em projeção conservadora), esse cenário permite supor um processo de trocas; colaboração interprofissional; e intercâmbio técnico e cultural de dimensões intangíveis. Se considerado, adicionalmente, que os profissionais mobilizados pelo PMM receberam atualização sobre políticas do SUS pouco antes de ingressar nas equipes e que a maioria deles – em particular, os médicos cubanos – tinha um perfil de formação e experiência profissional prévia muito diferenciado, em termos de atuação na atenção básica e em cooperações internacionais<sup>7</sup> teremos estruturado um quadro de hipóteses para os efeitos percebidos nas pesquisas avaliativas disseminadas e uma questão para pesquisas específicas futuras que aponta o desenvolvimento do trabalho com iniciativas de educação permanente em saúde, tal qual propõe a política do SUS, como um efeito real e ainda não dimensionado do programa.

Entretanto, as imagens que foram postas a circular sobre a relação entre a formação e o trabalho no Programa Mais Médicos dizem respeito, sobretudo, à tensão de ideias sobre modos de produção e organização do Estado no país caribenho, carregadas de preconceito sobre o trabalho dos profissionais cubanos. Mais do que quadro explicativo e questão de pesquisa, nesses tempos em que a verdade parece ser mais um efeito da repetição de enunciados do que da sua comprovação empírica, temos aqui um débito das pesquisas avaliativas ao PMM, que é o destaque aos processos de educação permanente e desenvolvimento do trabalho em saúde, inclusive em seus aspectos micropolíticos.

De toda forma, essa também é uma necessidade para fazer avançar o debate mais geral sobre a formação em saúde. Volto ao artigo em debate, agora para associar às hipóteses e constatações duas questões teóricas. A primeira delas – lembrando, entre outros, Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves – é relativa à lógica liberal predominante na profissão médica e às tensões produzidas nesta pelas transformações no mundo do trabalho. Penso que não será possível analisar a atuação das entidades médicas no programa apenas compreendendo-as como “atores” no processo de implementação de uma política. Teremos que ser capazes de identificar as mudanças no mundo do trabalho e na organização das profissões, assim como as mudanças na formação nas últimas duas décadas, particularmente a diversificação no perfil dos ingressantes no ensino superior, para compreender parte das reações de entidades e instituições.

A segunda questão, conforme já evidenciado no artigo, ante a ampliação do papel do Estado na regulação da formação profissional para o SUS e as discontinuidades no programa com a mudança da composição de governo em 2016, é a necessidade de pensar em formas de regulação que resistam à fragilidade das instituições democráticas, como a história recente tem nos demonstrado no Brasil e em outros países. As instituições de ensino e pesquisa, que compõem a estrutura social e são reflexo de seus valores e entendimentos do mundo, não parecem suficientemente fortes para a resistência de ideias e para a universalidade de pensamentos, como no seu projeto inicial.

Por fim, há a constatação de que o artigo nos põe a refletir sobre a formação profissional em saúde, mas também sobre a democracia e as instituições que compõem Estado e sociedade. Um mérito indiscutível, em momentos em que tudo o que é sólido parece esfacelar-se no ar, utilizando a conhecida imagem de Marshall Berman, não para falar da produção no capitalismo, mas de direitos humanos, cidadania, liberdade, educação e saúde na atualidade.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei Federal nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Brasil. Presidência da República. Decreto Federal nº 7.642, de 13 de Dezembro de 2011. Institui o Programa Ciência sem Fronteiras. Diário Oficial da União. 14 Dez 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 9 de Janeiro de 2013. Institui as áreas e temas prioritários de atuação do Programa Ciência sem Fronteiras. Diário Oficial da União. 11 Jan 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
6. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):443-56.
7. Gomes LB, Merhy EE, Ferla AA. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de cuba no Programa Mais Médicos. *Trab Educ Saude*. 2018; 16(3):899-918.


Submetido em 12/12/18.  
Aprovado em 12/12/18.

### A formação médica socialmente referenciada e as políticas mercadológicas de regulação da qualidade

Socially referenced medical education and market policies of quality regulation

La formación médica socialmente referenciada y las políticas mercadológicas de regulación de la calidad

Mara Regina Lemes De Sordi<sup>(a)</sup>

<maradesordi14@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Ensino e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Avenida Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-865.

Em meio a uma conjuntura nacional fortemente marcada pelo *ethos* da competitividade, da performatividade e da meritocracia, estranho seria que políticas públicas tão caras à população, como as de Educação e Saúde, não fossem atropeladas. Trata-se de abrir espaço à privatização sem maiores constrangimentos sequestrando dos brasileiros (em especial dos mais fragilizados socialmente) o direito de ter um futuro digno e seguro. Assistimos ainda perplexos (porém indignados) ao desmantelamento de nossa frágil democracia. Como nos comportaremos frente às discontinuidades do Programa Mais Médicos (PMM)? Ou, o que é pior, como nos comportaremos a sua pseudomanutenção com os rearranjos de conveniência? Um dos pilares que mais corre risco é o da formação médica e, por conseguinte, as políticas públicas que a regulam. As discontinuidades já em curso prenunciam a posterior eliminação das transformações recém-implementadas.

Nessa perspectiva, a leitura do texto de Chioro e colegas mostrou-se preciosa por duas razões:



Pelo rigor com que recupera os tensos movimentos que acompanham e demarcam um ciclo de políticas que desafia estruturas pesadas e conservadoras tais como as da Saúde. As marcas do modelo hospitalocêntrico e a justificação nada justificável de concentração dos cursos de Medicina em determinadas e privilegiadas regiões do país que remanescem, mesmo e apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) – 2001 e 2014 – explicitarem que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o ordenador da formação em saúde. Os argumentos trazidos à tona pelos autores revelam a distância e as contradições que existem entre o que se aprova e o que se executa de fato, destacando a relevância de mecanismos de regulação mais contundentes evidenciados em programas organicamente concebidos e negociados em múltiplas instâncias.

Pela postura de não neutralidade assumida pelos autores ao descreverem, analisarem e exercitarem formas de prospecção acerca das repercussões advindas de alterações das políticas públicas que buscavam reorientar o eixo de formação médica. A não neutralidade não se atém aos aspectos científicos da escritura do texto (como pesquisador da área), mas se inscreve também na forma como os autores, compreendendo-se como profissionais de Saúde engajados na luta pelo SUS, usam-se de forma protagônica quando ocupam espaços políticos, exercendo uma gestão pública disposta a induzir e fomentar mudanças na forma de ensinar e produzir saúde. Depreende-se daí a indissociabilidade dos valores que nos acompanham em nossas diversas formas de atuar em diferentes cenários e exercer influência tanto nas microdecisões quanto no âmbito macro. Qualquer concessão ou justificativa para o não agir em conformidade com os valores que regem nosso trabalho merece esclarecimento.

Isso posto, ao nos defrontarmos com a historicidade das políticas de saúde e a forma como os mecanismos de regulação acionados pelo Estado evidenciaram avanços significativos tentando construir uma linha de coerência entre os diferentes programas voltados à formação médica, temos que lamentar, profundamente, as repercussões que se avizinham frente às discontinuidades dos programas e das parcerias entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). Os desafios da sustentabilidade do SUS não prescindem da reorientação do eixo da formação dos médicos e dos demais profissionais da saúde.

As DCN tornaram clara a exigência de uma reforma curricular que afetasse o perfil do médico requerido pelo SUS. Cuidadosamente indicaram a necessidade de integração ensino-serviço, a centralidade da atenção básica na formação, a relevância dos métodos ativos de aprendizagem e a impropriedade de formar um médico distante da perspectiva da interprofissionalidade. Criteriosamente indicaram as parcerias mais resolutas entre as universidades e as secretarias de saúde, firmadas por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde Coapes, entre outras coisas. Reforçaram a necessidade de que os instrumentos de avaliação da qualidade dos cursos de Medicina fossem construídos incluindo dimensões e indicadores próprios da área e que atentassem para a especificidade do compromisso social do futuro médico junto com os serviços de saúde.

A compreensão da delicadeza da mudança fomentou um sem número de programas e ações, inclusive intersetoriais, visando garantir uma maior aderência dos cursos de Medicina aos novos requerimentos da formação médica. Se inicialmente o foco visou afetar o provimento e a expansão de vagas médicas, a grande mudança ocorreu na

forma de entender e estabelecer regras para tal processo, invertendo a lógica do mercado como o indicador para a abertura dos novos cursos para atender às demandas legítimas de saúde da população, em especial àquela situada em áreas remotas e distantes dos interesses dos empresários da Educação.

Políticas públicas de Saúde detentoras de compromisso social, tais como o PMM, corajosamente demonstraram ser possível conceber, negociar e implementar determinadas formas de regulação da formação médica com seus previsíveis desdobramentos na qualidade da atenção à saúde da população tergiversar, no entanto, nesse campo é perigoso.

Observa-se que há um campo aberto a disputas que afetam os destinos dos brasileiros no que concerne à saúde como direito inalienável a ser garantido para todos. E há responsabilidades do Estado no que concerne ao respeito às conquistas constitucionais entre as quais se inscreve o SUS. De forma complexa e contraditória, houve certa disjunção temporal entre as conquistas sociais e as normativas que serviriam como balizamento à ação do Estado em defesa das necessidades de saúde da população. Tal hiato contou com a ajuda nada desinteressada de parte da corporação médica que resistiu fortemente aos avanços contidos nas políticas indutoras de mudanças na formação dos médicos que beneficiariam exatamente aqueles que mais necessitam do SUS ou que apenas têm no SUS sua possibilidade de atenção à saúde.

Observamos, atônitos, o crescimento de discursos desqualificadores do SUS e de políticas indutoras de mudanças na lógica da formação médica que são preocupantes. Parece que foram novamente autorizados. Discursos proferidos por profissionais médicos e endossados por suas corporações que se contrapõem às novas DCN e que desconhecem (negam) os avanços do PMM. Para Ball, recorrendo a Foucault, pensar a política como discurso significa pensar “[...] como discursos são construídos e como eles mudam, mas também como eles moldam todos os dias a existência, isto é, em parte pelo menos, como eles ‘formam os objetos de que falam’”<sup>1</sup> (p. 2).

Se considerarmos as repercussões desses discursos conservadores fortemente afetados pelo *ethos* do mercado nas subjetividades dos futuros profissionais médicos, podemos inculcar/reforçar o desinteresse por uma Medicina entendida como prática social inserida em um país carente de uma assistência humanizada e integral. Podemos também produzir médicos que se negam a atuar em regiões remotas, sonhando de tantos brasileiros o direito sagrado de ter acesso a tratamento digno e resoluto.

Mas como atores políticos podemos também surpreender e ultrapassar os limites impostos e desconstrutores de programas, voltados a uma formação médica ampliada, organicamente pensada, executada e avaliada que revelou, nos limites temporais de sua existência, a potência que possuía, tendo como um de seus indicadores de êxito ter levado a brasileiros a experiência única de ser cuidado. Os avanços dos números dos programas no que tange às metas atingidas e as repercussões positivas nas vidas dos usuários indicam os riscos da estagnação conforme o texto evidencia.

O que explicaria a pouca disposição para o engajamento neste modelo de formação médica que olha de modo implicado para a realidade de saúde da população brasileira? O que estaria por trás das resistências explícitas ou subliminares que ganharam força após 2016? Há espaços para reação propositiva<sup>2,3</sup> diante do que Ball chama de os terrores da performatividade<sup>4</sup>, que acabam afetando a própria subjetividade do que é ser profissional nestes tempos nebulosos?

Mais do que nunca é necessário reagirmos a esse estado de conformismo social<sup>5</sup> e atuarmos politicamente em nossos espaços de trabalho. Reconhecer as lógicas impostas pelas políticas neoliberais implica a luta pela superação de uma visão estática e racional da política. Para Ball<sup>6</sup>, as políticas são estabelecidas em arenas de disputas sociais, econômicas, ideológicas, etc. O discurso político, por algum momento, torna-se hegemônico, mas estará sempre em disputas com outros discursos que se fazem presentes nessas arenas.

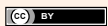
Podemos refletir a respeito das políticas em termos de espaços e em termos de tempo, de trajetórias políticas, movimentos de políticas no decorrer do tempo e de uma variedade de espaços. Uma política tem uma trajetória semelhante à de um foguete: decola, atravessa o espaço e depois aterrissa. Algumas vezes, acidenta-se; em outras, atinge uma realização espetacular, mas move-se no decorrer do tempo e, em algumas vezes, simplesmente desaparece<sup>7</sup> (p. 306-7).

Parece necessário admitir que nossas conquistas transformadas em políticas públicas de Saúde referenciadas nos interesses da população sofreram forte abalo. Porém, estas que se insinuam e que nos preocupam não se estabelecerão linearmente. Encontrarão atores políticos, situados em diferentes espaços, comprometidos com o bem comum e cientes de seu contexto de influência na realidade; e certamente saberão resistir e lutar em nome de bandeiras históricas.

Trata-se de reinventar possibilidades emancipatórias. Algumas vezes, certa desobediência político-pedagógica aos padrões de qualidade que pretendem nos impor no campo da formação médica pode retratar a coragem cívica<sup>8</sup> que estamos dispostos a praticar em nome dos direitos à saúde de nossa população.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Ball S. What is policy? 21 years later: reflections on the possibilities of policy research. *Discourse*. 2015; 36(3):306-13.
2. Freitas LC. Os reformadores empresariais da educação e a disputa pelo controle do processo pedagógico na escola. *Educ Soc*. 2014; 35(129):1085-114.
3. Sordi MRL, Varani A, Mendes GSCV, organizadoras. *Qualidade(s) da escola pública: reinventando a avaliação como resistência*. Uberlândia: Navegando Publicações; 2017.
4. Ball S. Reformar escolas/reformar professores e os terrores da performatividade. *Rev Port Educ*. 2002; 15(2):3-23.
5. Sousa Santos B. Para uma pedagogia do conflito. In: Silva HL, Azevedo JC, Santos ES. *Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais* Porto Alegre: Sulina; 1996.



6. Ball S. Textos, discursos y trayectorias de la política: la teoría estratégica. Páginas. Rev Esc Cienc Educ. 2002; 3(2):19-33.
7. Mainardes J, Marcondes MI. Entrevista com Stephen Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. Educ Soc. 2009; 30(106):303-18.
8. Afonso AJ. Para uma conceptualização alternativa de accountability em educação. Educ Soc. 2012; 33(119):471-84.

Submetido em 17/12/18.

Aprovado em 04/01/19.

### A sustentabilidade do Programa Mais Médicos como política pública

Sustainability of the More Doctors Program as a public policy

La sostenibilidad del Programa Más Médicos como política pública


**Hêider Aurélio Pinto**<sup>(a)</sup>

<heider.aurelio@ufrb.edu.br> 

**Rosemarie Andreazza**<sup>(b)</sup>

<andreazza@unifesp.br> 


**Renato Janine Ribeiro**<sup>(c)</sup>

<rjanine@usp.br> 

**Maria Rosa Loula**<sup>(d)</sup>

<mariarosaloula@gmail.com> 

**Ademar Arthur Chioro dos Reis**<sup>(e)</sup>

<arthur.chioro@unifesp.br> 

<sup>(a)</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44574-490.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(c)</sup> Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(d)</sup> Instituto Brasiliense de Direito Público. Brasília, DF, Brasil.

<sup>(e)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

Os comentários cuidadosos e consistentes feitos ao nosso artigo por Alcindo Ferla, Mara De Sordi e Tiago Correia, a quem de antemão agradecemos, convergem quanto à relevância e complexidade da abordagem e análise do eixo Formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Programa Mais Médicos (PMM) como política pública. Aportam, sobremaneira, outros enfoques possíveis a partir do tema e para a necessidade de um grau maior de aprofundamento na análise que, se já tivessem sido enfrentadas no artigo principal, teriam resultado em uma contribuição mais potente que a original.

Nosso desafio agora é o de dialogar com os novos problemas por eles apontados e fomentar elementos para o diálogo que visem à sustentabilidade de uma política que está sendo disputada em ato e que enfrentará o desafio de ser conduzida centralmente, a partir de 2019, por aqueles que se constituíram em seus principais adversários na arena política em que foi construída.

Ferla aponta uma dimensão de ações e efeitos do PMM que estaria ausente na maioria dos trabalhos e não abordada em nosso artigo: o efeito grandioso de educação permanente em saúde para os profissionais e equipes. Para ele essa discussão pertence ao “campo epistêmico da educação na saúde e sua legislação recente, que tem buscado induzir mudanças na formação e no trabalho em saúde”. Considera que o mundo do trabalho está submetido a condicionalidades e determinações mais complexas que a organização disciplinar do conhecimento, o que termina por atribuir ao trabalho uma capacidade pedagógica singular e necessária capaz de superar fragmentações especializadas, agregar dimensões à atuação assistencial e, por meio da aprendizagem significativa, transformar o conhecimento produzido e a atuação.

Concordamos com as proposições de Ferla. Nossa análise foi centrada nas mudanças estabelecidas nos marcos legais, na condição de “estatuto da política”<sup>1</sup>, relacionadas ao eixo do PMM voltado à produção de mudanças na formação.

Tal opção de análise apresentou ao menos dois vieses. O primeiro foi deixar de fora aquilo que é mais transversal ao texto da lei e que está presente no eixo Formação para o SUS, mas ainda mais presente no eixo Provimento<sup>2</sup>, no qual a educação permanente em saúde<sup>3</sup>, mais uma vez, mostra toda sua potência como um modo de conceber e implementar políticas públicas no campo da Saúde. Fato é que a observada (e inédita) atuação integrada entre os Ministérios da Saúde e da Educação tem feito com que a educação permanente seja o modo de atuação prevalente na formação e atuação de tutores e supervisores do PMM.

O segundo viés é que a análise produzida no artigo original é de uma perspectiva mais do tipo *top down*<sup>4</sup>. Está focada no estatuto e busca perceber se a política foi ou não modificada e implementada. Essa forma de abordar o problema dificulta dar luz a efeitos mais perceptíveis na análise de campo, junto com os médicos e suas equipes, supervisores, tutores, docentes e gestores locais. Concordamos que mais estudos deveriam focar esse efeito que, para nós, de fato, é absolutamente relevante e tem trazido inovações importantes que podem ajudar a qualificar diversas políticas públicas.

Correia recupera a noção eurística de ciclos de políticas e identifica um conjunto de mesoteorias – ou teorias sintéticas da análise de políticas, na denominação de John<sup>5</sup> –, que podem lançar luz sobre a emergência do problema; sobre sua decisão e formulação; e sobre a implementação e avaliação da política. Suas provocações são valiosas. O artigo original, contudo, teve escopo mais restrito: descrever que política foi formulada, as alterações normativas produzidas no modo como o Estado ordena a formação de recursos humanos em Saúde e os novos instrumentos de políticas públicas dela resultantes.

Correia observa também que “os desequilíbrios na oferta de [Recursos Humanos] RH são encontrados na generalidade dos países, mesmo naqueles que fortaleceram a regulação estatal das vagas de formação”. Reconhece que a regulação estatal é importante para a disponibilidade de profissionais em exercício – visto que a autorregulação do mercado não se adequa à garantia de uma atenção integral e universal, além de ser permeada de interesses corporativos e parcelares –, mas que a experiência tem mostrado que aquela, isoladamente, não é suficiente para reter os profissionais.

Concordamos com suas observações. Anteriormente, analisando o eixo Provimento<sup>2</sup>, pode-se tratar sobre como o PMM buscou implementar recomendações

da Organização Mundial da Saúde sobre o tema da retenção<sup>6</sup>. Contudo, não foi objeto do artigo principal essa análise e serão necessários outros estudos dando destaque a esta temática essencial, corretamente indicada por Correia, como também aquelas propostas por Ferla e De Sordi tratando de outros elementos constitutivos deste debate: a corporação médica, as instituições médicas e o comportamento dos médicos no SUS e no mercado de trabalho.

Correia dá destaque ao o que os médicos entendem ou não como problema, comparativamente àqueles que o PMM toma como objeto de intervenção e que, conseqüentemente, é tema importante na análise da posição e atuação dos médicos com relação à política.

De Sordi argumenta que parte da corporação médica “resistiu fortemente aos avanços contidos nas políticas indutoras de mudanças na formação dos médicos que beneficiariam exatamente aqueles que mais necessitam do SUS ou que apenas tem no SUS sua possibilidade de atenção à saúde” e que essa atuação interessada ajudou a resultar em um hiato entre vigência e institucionalização das políticas públicas de saúde e educação do último período.

Ferla resgata estudos referenciais da Saúde Coletiva para alertar que, no estudo do PMM, não basta compreender a corporação médica como mera atriz no ciclo da política, sendo imperioso analisar a “lógica liberal predominante na profissão médica”, as “tensões produzidas nesta pelas transformações no mundo do trabalho” e “as mudanças na formação nas últimas duas décadas, particularmente a diversificação no perfil dos ingressantes no ensino superior.”. Tais considerações são essenciais em qualquer análise que foque a dinâmica de emergência, formulação e implementação do PMM.

Por fim, os três debatedores abordam o tema das possibilidades e condições de sustentabilidade do PMM ante uma ação de desmonte que identificam a partir das evidências apresentadas em nosso artigo.

Correia questiona em que medida a ação de desmonte de iniciativas, decisões e normatizações do PMM está também relacionada ao modo e grau de implementação do programa. Pergunta se o propósito do governo, a partir do golpe de 2016, “foi ‘cortar pela raiz’ a política antes que esta viesse a ser efetivamente apropriada pelos atores” ou se o modo como está sendo modificada revela uma “fraca apropriação da política”. Indaga, ainda: quais seriam “as condições necessárias para que o PMM volte a tentar cumprir o seu objetivo”?

Para De Sordi, a intenção do atual governo é “abrir espaço à privatização sem maiores constrangimentos”. Afirma que, embora os “desafios da sustentabilidade do SUS” demandem a reorientação do eixo da formação, voltam a se fortalecer discursos que se contrapõem às novas diretrizes curriculares, que negam os avanços do PMM e que desqualificam o SUS e as políticas indutoras de mudanças na lógica da formação médica. Aposta, contudo, que existem “atores políticos, situados em diferentes espaços” que “saberão resistir e lutar em nome de bandeiras históricas”.

Já Ferla indica que as instituições de ensino e pesquisa não parecem suficientemente fortes para produzir a resistência necessária e que a ação de desmonte em curso leva a refletir não só sobre “a formação profissional em saúde, mas também sobre a democracia e as instituições que compõem Estado e sociedade”.

Compreendemos que o eixo “provimento” do PMM deixou de avançar a partir de 2016, mas só enfrentou mudanças significativas a partir do fim da participação dos médicos cubanos no final de 2018, após a eleição de Bolsonaro e por efeito desta. Situação bem distinta, contudo, apresenta-se com relação ao eixo Formação.

Diversos são os elementos e as hipóteses que poderíamos sugerir para estudos futuros sobre essa questão. O Provimento teve maior exposição e debate midiático. Excetuando-se a corporação médica, suas medidas são aceitas por quase todos os atores relevantes do setor Saúde, seus efeitos são mais imediatos e conta com significativo apoio de atores sociais relevantes nos municípios e em alguns estados que buscam preservar esses efeitos.

Já o eixo Formação requer tempo maior de implementação para que seus efeitos sejam sentidos, desde suas ações mais centralizadas até as diversas mudanças necessárias nas instituições de ensino. Conta com maior resistência e sentido de conservação nos aparatos governamentais e nas instituições de ensino, onde predominam docentes médicos, muitos deles contrários ao PMM e às mudanças propostas. Teve, ainda, menos exposição midiática e foi menos debatido, tendo sido, portanto, menos apropriado pelos atores sociais que atuam para sustentar o eixo Provimento.

Como os debatedores, identificamos que o conjunto de medidas do PMM tem respaldo na literatura internacional e que a mudança intencionada pelo eixo Formação é necessária à sustentabilidade do SUS. Por essas e outras questões, como os efeitos produzidos pelo programa, percebidos pela população ou evidenciados por pesquisas, acreditamos que o projeto original do PMM – ou uma nova formulação, a partir dele concebida – enquanto solução de política pública poderá ser retomado em outro contexto mais favorável. Em qualquer hipótese, o desafio será implementá-lo com o maior envolvimento de atores possível para ampliar a sustentabilidade da política, elemento que envolve e depende de diversos aspectos, muitos deles ainda não abordados em nossos estudos.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Sabatier P, Mazmanian D. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Stud J*. 1980; 8(4):538-60.





2. Pinto HÁ, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Elmore RF. Backward mapping: Implementation research and policy decisions. *Polit Sci Q*. 1979; 94(4):601-16.
5. John P. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: using evolutionary theory to explain policy change? *Policy Stud J*. 2003; 31(4):481-98.
6. World Health Organization - WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retentions: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.


Submetido em 03/01/19.

Aprovado em 14/01/19.


### A história da expansão recente das escolas médicas no Brasil: uma conversa sobre educação, inovação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS)

The history of the recent expansion of medical schools in Brazil: a conversation about education, innovation and commitment to the Brazilian National Health System (SUS)

La historia de la expansión reciente de las escuelas médicas en Brasil: una conversación sobre educación, innovación y compromiso con el Sistema Brasileño de Salud (SUS)

**Mara Regina Lemes De Sordi<sup>(a)</sup>**  
<maradesordi14@gmail.com> 

**Eliana Goldfarb Cyrino<sup>(b)</sup>**  
<ecyrino@fmb.unesp.br> 

**Carolina Siqueira Mendonça<sup>(c)</sup>**  
<siqueira.carol@uol.com.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Ensino e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Avenida Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP, Brasil. 13083-865.

<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP, Brasil.

<sup>(c)</sup> Pós-graduanda do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, FMB, Unesp, Botucatu, SP, Brasil.

Henry Campos é médico, nefrologista, com especialização em Educação Médica. Atualmente é reitor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e tem uma participação importante, no Brasil e no exterior, como líder de projetos de mudanças na educação médica, comprometidos com a responsabilidade social e com maior envolvimento com os sistemas públicos de saúde e as necessidades sociais. É um entusiasta de inovações na formação em saúde e está sempre muito atento a possibilidades de chamar à mudança. Teve importante participação na Secretaria do Ensino Superior (SESu), no Ministério da Educação (MEC) nos últimos 15 anos e



Imagem cedida pelo autor.

também no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), liderando o Sistema de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), bem como em ações de parceria entre o MEC e Ministério da Saúde (MS). Além disso, integra a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), alinhando-se aos demais reitores na valorização e defesa da universidade pública brasileira.

Conhecemos o Henry em um evento do MS, em 2005, e logo o reencontramos durante o Curso de Ativadores de Mudança<sup>(d)</sup>, no mesmo ano, quando participava do grupo de avaliação daquele curso. Em 2006, no fim do Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), em Gramado, encontramos-nos na saída do evento para o aeroporto e tivemos oportunidade de conhecê-lo um pouco mais. Ele nos contou sobre o Ceará, o orgulho de ser nordestino, falou um pouco sobre a história do seu estado e começou a discorrer sobre um grande projeto que estava planejando com outros professores de diversas escolas brasileiras: a formação de lideranças para a mudança da educação médica em nosso país.

Nesses últimos 12 anos coordena, juntamente com um grupo de docentes de várias instituições de ensino superior, o Programa Instituto Regional de Educação Médica Faimer Brasil (Faimer), que tem sido considerado uma grande rede colaborativa e uma potente comunidade de práticas para formação docente e para fortalecer mudanças nos cursos de formação na saúde com base nos princípios do SUS e em inovações pedagógicas. Nos dias que antecederam nossa entrevista a UFC, havia realizado, pelo trigésimo ano consecutivo, o Cine Ceará, um dos maiores festivais de cinema do Brasil. Ele estava entusiasmado e nos contou que a mostra de filmes tinha sido muito especial.

O foco de nossa entrevista, realizada por videoconferência, foi sobre o trabalho do Henry como coordenador da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de escolas Médicas (Camem)<sup>(e)</sup>, do MEC. Explicamos a ele que a entrevista está contida na proposta de publicação de um suplemento da revista Interface sobre o eixo Formação, do Programa Mais Médicos.

### Discorra um pouco sobre o seu papel como liderança da educação médica no país.

Na verdade eu comecei a ter uma atuação mais direta na educação médica no Brasil enquanto era diretor da Faculdade de Medicina da UFC e comecei a frequentar os fóruns de ensino, as reuniões, embora eu já tivesse uma vinculação com toda essa luta da saúde... pelos hospitais, e pela qualificação dos hospitais universitários, principalmente os da rede federal de ensino. Participava da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Além disso, também desenvolvia atividades no Conselho Federal de Medicina, mas realmente a entrada no mundo do ensino foi a partir de 1999, quando assumi a direção da Faculdade de Medicina. Nesse período, fui para o Estados Unidos fazer uma especialização em educação médica no Programa Faimer, na Filadélfia. Quando assumi a direção, pensei: “Não, isso aqui não é para amador, eu preciso me profissionalizar para assumir essa tarefa”; principalmente porque um dos desafios que tínhamos pela frente era a mudança curricular, e isso me fez aproximar, dando-me um olhar mais abrangente... havia todo o movimento da Associação Brasileira das Escolas Médicas (Abem) e de outras escolas para a mudança e

<sup>(d)</sup> Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e a Rede Unida. Foi um curso de pós-graduação *lato sensu*, modalidade semipresencial, ofertado pelo Programa de Educação a Distância da ENSP e realizado de maio de 2005 a julho de 2006. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Caderno do especializando. Brasília, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (MS), Fiocruz; 2005.

<sup>(e)</sup> Instituída pela Portaria nº 306 de 26 de março de 2015, com a finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em Medicina nas Instituições Federais de Educação Superior (Ifes), juntamente com a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. A Camem tem por objetivos participar dos processos de avaliação relacionados a cursos de graduação em Medicina, com vistas a auxiliar os procedimentos regulatórios; realizar visitas de avaliação *in loco* na fase de execução dos projetos de implantação dos cursos nas Ifes, sendo ao menos duas visitas por semestre até a emissão do ato autorizativo dos novos cursos; realizar visitas periódicas de acompanhamento e monitoramento *in loco* nos novos cursos de Medicina criados nas Ifes, até a emissão do ato regulatório de reconhecimento dos cursos; realizar eventuais visitas de acompanhamento, avaliação e monitoramento *in loco* em Ifes, conforme demanda da política de Educação Superior e de suas instâncias regulatórias (<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59441>).

formalmente [ou finalmente] aquilo foi tomando corpo, assinamos o convênio com o Faimer Filadélfia e instalamos o Faimer em Fortaleza, que começa a funcionar no Brasil em 2007. Mas, antes disso, eu comecei a ter uma inserção na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), logo que ela foi criada era chamado para colaborar, também participava de discussões no MS e isso acabou me levando a ter uma presença muito constante em tudo que dizia respeito à educação médica.

Aí surge um novo desafio: a questão da revalidação do diploma que enfrentávamos aqui, a nossa universidade recebia muitas demandas e considerávamos que era um processo muito cartorial, que precisava ser mudado. Eis que, em encontro com o Fernando Haddad, Ministro da Educação à época, ao qual compareci com o meu reitor, coloquei para ele: “Ministro, por que não instituímos um processo nacional, em que se avalie não apenas conhecimento teórico mas também a prática? Tem toda essa nossa questão de adequação do médico para o SUS, enfim, acredito que possamos dar um grande salto, qualificando esse processo, o que pode ser uma forma de contribuição para nossas escolas, que pode induzir mudanças”.

E a reação do ministro foi o começo de tudo: “Você aceita fazer isso? Fazer esse trabalho? Vocês aceitam?”

Naturalmente que o *locus* para desenvolver esse projeto foi a SGTES, onde encontramos apoio e entusiasmo. O trabalho começa com a professora Ana Estela Haddad e comigo. Eu já trazia um bom conhecimento do processo para definição do perfil para o exercício profissional nos Estados Unidos e em outros países. Ampliamos o “grupo pensante”, incluindo a reitora Ana Dayse Dorea, então Presidente da Andifes [Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior], e a Neile Torres. O nosso propósito era construir um processo isonômico, transparente, no qual os candidatos à revalidação fossem tratados com respeito e que nos indicasse com clareza sua aptidão ao exercício profissional.

O passo seguinte foi reunir um grupo de médicos especialistas. Com a participação decisiva de Antonio Sansevero e Rui Lima refinamos as bases conceituais do processo e fizemos um trabalho que depois culminou com a elaboração de uma matriz das competências que deveria ter o graduando brasileiro<sup>1</sup>, em trabalho posterior já mais ampliado, envolvendo um painel do qual participaram professores de 17 escolas médicas.

No primeiro momento desse trabalho, os professores definiam as competências da sua área e, em um segundo momento, cada um opinava sobre as demais, evitando aquele processo em que cada um quer marcar presença mais forte de sua área. Promovendo várias rodadas de atribuição de escores para cada habilidade, utilizando estratégias de balanceamento, progressivamente chegamos à definição da Matriz de Competências, que nortearia todo o processo do Revalida. O ponto mais forte dessa matriz era que, a exemplo de documentos similares, que começavam a ser construídos, como o Tomorrow’s Doctors, ela explicitava com clareza o nível de desempenho esperado para cada competência: o que o graduando tinha que ter apenas de informação, o que ele teria que realizar sob supervisão, o que teria que fazer de modo autônomo e ainda o que era indispensável que ele fosse capaz de executar com destreza, incluindo-se aí as situações de risco iminente de morte. Tudo isso, enfim, com muita propriedade e abordagem holística, destacando a questão da responsabilidade social,

realçando a importância das habilidades de comunicação, já em uma linguagem bem atual de educação médica, estimulando a formação por competência.

Definiu-se, assim, um percurso acadêmico que o aluno precisaria ter percorrido para poder praticar a Medicina no Brasil, obviamente incluindo a apropriação sobre o nosso sistema de saúde, o SUS, o exercício profissional com ética e compaixão e o compromisso com a defesa da vida. Uma vez adotada essa matriz e nomeada a subcomissão, começamos a fazer os exames. Esses se encontravam bastante deficientes em relação ao que se esperava, que era a questão de isonomia, de ter critérios, enfim, e nessa perspectiva de inovação surge o Revalida, que progressivamente foi sendo apoiado pela sociedade.

Em 2013 ocorre a marcha de prefeitos em Brasília e aquele acontecimento me traria uma outra missão. O Padilha era o Ministro da Saúde; o Mercadante, o Ministro da Educação. A grande reivindicação dos prefeitos naquela marcha era por médicos – havia 750 localidades no país sem médicos... sem médicos nas proximidades; eram grandes vazios assistenciais. Nessa ocasião foi feita uma reunião no MEC, com a Comissão de Especialistas em Ensino Médico, para a qual fui convidado. Foi quando surgiu a ideia de implantação do Programa Mais Médicos e primeiro se discutiu a vinda dos médicos de Cuba, que seria seguida de plano para expandir a formação de médicos no país. Tínhamos um estudo que mostrava uma diferença, principalmente na distribuição dos profissionais, aquela concentração que a gente já conhecia nos grandes centros urbanos, uma concentração muito grande, por exemplo, em Brasília, e alguma coisa precisava ser feita, e não era só abrir novas escolas médicas tradicionais. A primeira decisão a ser tomada era de trazer ou não os cubanos, e de certo modo fiquei um pouco constrangido porque o ministro Mercadante foi me passando as atribuições, mesmo tendo a Comissão de Especialistas. O Ministro dizia: “Não, quem vai coordenar as tomadas de decisão, dar os encaminhamentos, é o Henry”.

Mercadante acaba por fim me nomeando Assessor Especial para Assuntos de Educação nas Profissões da Saúde. O primeiro embate que tivemos, de uma certa maneira, entre o MEC e o MS, foi porque eu defendia a opinião de que não devíamos chamar de cara os cubanos, pois tinha havido uma convocação para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB) e cerca de três mil brasileiros tinham ficado de fora, não foram alocadas vagas para eles. Na ocasião eu afirmei “Acho que devemos fazer uma primeira chamada para os brasileiros não atendidos pelo ProvaB, dizendo quais são os municípios a serem atendidos, qual o provimento que se quer. Se os brasileiros não responderem, não aderirem, então fica inteiramente legitimada a vinda de profissionais de outros países”. Não houve o provimento esperado e se fez um trabalho enorme levantando países de onde poderiam ser recrutados esses profissionais, mas a oferta de médicos cubanos estava ali, aparecendo como a solução mais rápida para preenchimento dos vazios assistenciais.

Eu ajudei um pouco nesse trabalho, a planejar a recepção, o treinamento deles aqui, mas investi mesmo no que já vinha sendo feito antes, para construção de um novo modelo de escola médica nesses locais remotos ou desassistidos, já que os cursos não poderiam reproduzir o modelo tradicional. Começamos a definir esse novo modelo – os professores Maria Neile Torres de Araújo, da Universidade Federal do Ceará, Ruy Guilherme Silveira de Souza e Antonio Sansevero, da Universidade Federal de Roraima, e eu. Em momento anterior, no MEC, quando ocorria a grande expansão

das Ifes, as universidades pleiteavam, todo político queria uma escola médica, muitas universidades novas estavam sendo abertas, e eu já vinha trabalhando, inicialmente com a Jeanne Michels, e depois com a Adriana Weska, que assumia a chefia da Diretoria de Redes das Ifes. Estudamos projeções de custo e dimensionamento dos cursos, entrada anual, números de alunos e servidores, tudo isso levando em conta referenciais geográficos, econômicos, dados populacionais e indicadores de saúde. Foi um aprendizado riquíssimo. Em uma brochura publicada no MEC estabelecemos as diretrizes para essas novas escolas e nelas, o que existia de mais atual: o compromisso com o SUS, a presença do aluno na comunidade desde o início do curso, as metodologias ativas, a questão da avaliação formativa, enfim, tudo aquilo que aponta para um processo que leve o aluno a construir o seu próprio conhecimento, a ter autonomia e, principalmente, a uma formação com base na realidade local, sendo a escola como um todo voltada, orientada muito por essa realidade. Nesse processo a escola já nasce discutida, combinada e articulada com o sistema de saúde, com a participação assim, muito... eu diria... muito igualitária do profissional da rede com o docente, quebrando um certo paradigma da academia, que coloca uma diferença. O documento explicita esses princípios, indicando para cada um deles uma imagem-objeto e seus indicadores, podendo-se identificar as escolas que estão alcançando as metas, as intermediárias e as que não estão bem.

Da necessidade de seguir de perto essas 38 escolas, implantadas progressivamente, surgiu a Camem, nomeada por Portaria Ministerial. Uma dupla de especialistas em educação médica visitava duas escolas a cada dois meses e monitorava a evolução dos indicadores, registrando não só números e fatos, mas empregando a metáfora utilizada pelo professor Francisco Campos, a do sinal de trânsito – verde, amarelo e vermelho. Esse era uma espécie de termômetro, que muitas vezes abreviava o intervalo entre as visitas.

A Camem fazia também o processo de formação pedagógica dos docentes. Chegamos a formatar um projeto de 13 centros de formação docente para os profissionais dos novos cursos. A comissão trabalhou de uma maneira muito estruturada, seguindo diretrizes, obedecendo um roteiro de visitas, realizando o acompanhamento e, realmente, o que vimos foi o nascimento de escolas diferentes, escolas realmente orientadas para servir em uma perspectiva integral, de atendimento comunitário, atentas aos determinantes sociais de saúde, servindo-se de hospitais em um raio de até 50 km, tendo por base os hospitais distritais, regionais e os conveniados com o SUS. Esse modelo foge bastante do modelo hospitalocêntrico tradicional e cria fortes vínculos com o sistema público de saúde, o SUS.

Participamos, ainda, do processo de avaliação de projetos para seleção de escolas privadas e tentamos aplicar os mesmos princípios, tanto na avaliação para manutenção das instituições mantenedoras quanto nas visitas para autorização de funcionamento. Posso dizer que encontramos projetos de qualidade e que, pelo menos nas visitas das quais participei, encontramos boas condições de infraestrutura e docentes competentes.

Julgo da maior importância que as escolas médicas sejam acompanhadas e que sejam oferecidas oportunidades de desenvolvimento docente. Instrumentos que unem o MEC e o MS, como o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes), devem ser fortalecidos.

Particpei da concepção do Coapes e o víamos como um instrumento integrador, poderoso, no sentido de levar o município a ter obrigações com a escola, principalmente no que diz respeito a disponibilizar os acessos à rede, a construir unidades no meio rural para que os alunos também tivessem treinamento, mas principalmente desenvolver uma parceria, dando ao profissional da rede um *status* de docente, com uma bolsa que complementaria o seu salário, motivando-o a engajar-se no processo de formação na graduação e na residência médica.

Nesse processo de construção das nossas escolas começamos também a trabalhar, a partir do exemplo do curso de Caicó, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na luta para que os alunos da região tivessem uma bonificação no processo do Exame Nacional do Ensino Médio - Sistema de Seleção Unificada (ENEM-SISu), porque sabemos que o profissional que fica no lugar é aquele da região, que tem laços. A escola de Caicó é um exemplo fantástico, foi tudo muito bem articulado, e também vimos a ideia prosperar em algumas escolas de Minas.

Outra coisa que defendemos foi uma quebra de paradigma, que o recrutamento de professores para essas escolas se desse majoritariamente (principalmente quando se tratasse de médicos) entre os profissionais locais. São esses profissionais que conhecem a patologia local, conhecem a comunidade e têm amor por ela. A escola teria como compromisso assegurar a formação, não só a formação docente, como também o acesso desses profissionais à pós-graduação, com incentivos para o mestrado e doutorado, seguindo o exemplo do que nós fizemos no Ceará, em 2001, iniciando o primeiro processo de instalação de escolas fora de sede no sistema federal de ensino superior. Criamos duas escolas no Ceará – Sobral e Barbalha –, e o processo só começou a funcionar mesmo quando abandonamos a história de orientar os concursos por titulação, só fazer concursos para doutor; eu dizia ao reitor “Isso não dá certo, eles vêm, fazem o concurso e vão embora. Nós precisamos valorizar o profissional local e assim a gente forma”. Fizemos isso e hoje, nesses dois cursos, quase 80% do corpo docente está titulado. A partir desse exemplo procuramos seguir esse modelo também no âmbito das novas escolas.

Ocasionalmente tenho notícias dessas escolas e digo que na maioria delas as coisas vão caminhando, apesar das dificuldades que enfrentam. Isso representa uma semente que tem tudo para florescer, desde que se volte a ter uma política que seja realmente de apoio ao SUS. Porque estamos assistindo a um desmonte. Se o próprio MS não promove o apoio, o fortalecimento, a consolidação do SUS, como conseguir que o MEC tenha isso como premissa dos seus movimentos, nas suas diretrizes? Acredito que há todo um campo para ser recuperado e tenho muita esperança de que nós vamos retomar, sim, esse caminho que havíamos começado de uma maneira, eu diria, muito feliz, muito bem-sucedida. Foi um processo orientado pela responsabilidade social, todas as pessoas que acompanhavam estavam comprometidas – corpo docente, estudantes.

Também vivemos momentos memoráveis nas comunidades que abraçaram esses cursos, em especial das escolas públicas, que tivemos oportunidade de acompanhar. Mesmos nos cursos privados que foram abertos pudemos induzir os princípios que precisam estar presentes nos projetos pedagógicos e ser fortalecidos quando da visita de autorização de funcionamento. Eu mesmo fiz várias visitas e me surpreendi com o que

tinha sido preparado e com a articulação que tinha sido construída com a prefeitura, com o sistema de saúde.

Henry, na verdade você foi respondendo várias perguntas que programamos fazer. Sobral e Barbalha são exemplos de escolas médicas em um processo de interiorização, anterior a esse momento. Assim, qual foi a motivação que tiveram quando vocês da UFC criaram Sobral e Barbalha? Porque talvez esse seja um momento precursor do que aconteceria depois. O que vocês pensaram naquele momento? Em que ano foram criados os cursos de Sobral e Barbalha? Você acha que esse processo influenciou seu papel de coordenador da Camem?

A abertura dos cursos de Medicina em Sobral e Barbalha, em 2001, obedeceu a uma lógica. Eram cursos que iriam ser situados em polos de desenvolvimento, que tinham uma comunidade médica relativamente bem estabelecida, onde havia também uma receptividade local para a questão do fortalecimento do SUS, da Medicina de Família, da Saúde da Família, que no Ceará sempre foi muito presente. Acredito que fomos precursores do trabalho com os agentes de saúde, de implantação das equipes de Saúde da Família.

O ambiente era naturalmente receptivo e quando você olhava o entorno das cidades, dos municípios, havia carência de médicos. Configurava-se, assim, um ethos ideal para formar, um lugar que oferecia as condições para a formação e que favoreceria a fixação de médicos nos arredores da região, desde que o processo fosse bem orientado. Como estávamos implantando um currículo novo em Fortaleza, o mesmo currículo foi proposto para Sobral e Barbalha e era um currículo já com as metodologias ativas, a responsabilização com a questão da saúde, da comunidade, a atuação nos diferentes níveis, o afastamento daquele modelo hospitalocêntrico. Isso realmente fez diferença, porque em Fortaleza nós tínhamos que combater toda uma história, toda uma estrutura já estabelecida. Foi muito mais fácil inserir o aluno na comunidade, foi uma coisa totalmente normal e penso que esses exemplos foram inspiradores sim, deram uma orientação para o modelo. Claro que nos aprofundamos muito mais e alargamos os horizontes. O processo passou a incorporar outras pessoas, outras ideias foram surgindo, outras experiências também; por exemplo, a de Roraima, que é um curso inovador tanto em questão de metodologia quanto na questão da responsabilidade social, um curso que, apesar de ter mais de vinte anos, funciona sem hospital próprio. Aos poucos outras ideias foram sendo agregadas, outras pessoas foram chegando e passou a ser um processo abraçado por muita gente, passou a ser o projeto do ministério, do governo, um projeto de Estado; e foi isso que eu acho que perdemos... Nós tínhamos todo o apoio e toda autonomia para cobrar, inclusive dos reitores, qualquer coisa que fugisse do que havia sido pactuado. Se, por exemplo, um reitor não cumpria cronograma de obra ou usava vaga de curso de Medicina para contratar professores para outros cursos, ele era cobrado. Também tínhamos uma conversa muito franca com os secretários de saúde – havia um mandato, então nós íamos com uma representatividade do Estado, como representante de uma política de Estado. Isso fazia uma diferença muito grande e esse empoderamento passava também para os docentes, estudantes e a comunidade. Com a defesa do coletivo aquele projeto tornou-se de todos. Não foi um projeto de escola conseguido em gabinete, nem só



entre professores, e sim muito compartilhado, com bastante participação de estudantes, com a presença da comunidade, muito rico, realmente muito rico.

**Como você construiu essa equipe que trabalhou com você? Por quanto tempo a Camem esteve sob sua coordenação? Como foi criada essa comissão e quais são as suas principais marcas? Qual era a relação da comissão com o MEC? E quais os principais desafios que ela enfrentou?**

O trabalho da Camem começa em 2015, na segunda fase do Mais Médicos<sup>2</sup>. Os integrantes da comissão recebiam uma bolsa e havia, como já me referi, essa sistematização de trabalho e a contribuição significativa foi todos terem tido a compreensão do alcance da missão, que foi seguida à risca. O modelo que idealizamos está sintetizado em uma brochura que circulou apenas internamente no MEC, ainda não foi publicada. Nela são detalhados todos os eixos, a imagem-objeto para cada ponto; por exemplo, articulação com a comunidade, inserção do aluno na comunidade, avaliação, qualidade da avaliação, utilização de metodologias ativas, enfim, tudo o que o modelo estabelece, que consideramos como o melhor processo de formação no sentido de ter uma escola libertadora e formadora de cidadãos e defensores do SUS, bem preparados cientificamente. O controle e o acompanhamento pela Camem não era só um processo, digamos, de acompanhar obra, de ver como é que as coisas estavam indo. Verificávamos se estavam contratando pessoal, se as aulas estavam acontecendo, acompanhávamos a implantação do próprio currículo, que era revisto com os professores e os alunos, em uma estratégia de formação pedagógica.

Os membros da comissão foram recrutados por adesão; o imprescindível era que tivessem uma formação em educação médica. A quase totalidade desse grupo saiu dos trezentos e tantos profissionais formados pelo programa Faimer, tinham o domínio da educação médica, essa consciência de que para ser um bom professor você precisa de uma formação específica, precisa ser também um bom gestor e ter uma convicção muito forte da necessidade de mudar o sistema, de consolidar o SUS, de mudar o modelo de formação, que na verdade contribui para a perpetuação dessa desigualdade na assistência.

**Quais foram os maiores desafios da comissão enquanto você coordenou? Quais eram as questões mais desafiadoras?**

Apesar de as escolas terem pactuado com o MEC que seguiriam os princípios do modelo construído, quando chegávamos na escola, com muita frequência tinham sido contratados os célebres consultores de currículo, o que era a volta ao currículo tradicional, cujo formato não daria conta da missão. Fazia-se, então, necessário argumentar com fundamentação e sensibilizando as pessoas sobre a inadequação do modelo para o que era pretendido, para alcançar o que havia sido pactuado. Com frequência fazíamos o exercício de listar os princípios e pedir ao próprio grupo de professores para analisar o projeto conosco, questionando: “Isso aqui no projeto você acha que atende àquela imagem objeto? Onde estavam os sinais verdes, amarelos, vermelhos?” Então eles mesmos tomavam consciência do que era preciso mudar e íamos construindo coletivamente o novo currículo, fugindo da fragmentação, da

separação entre ciclo básico e ciclo clínico. Progressivamente, as coisas começavam a se integrar: a experiência na comunidade e os encontros educacionais, sejam aula expositiva, trabalho em grupo, *Problem Based Learning* PBL. O desafiador foi romper com o modelo tradicional, em especial nas escolas que já tinham cursos tradicionais de Medicina, nas quais havia com frequência a pressão para manter o velho currículo. Foi muito gratificante ver surgirem progressivamente grandes educadores, com práticas inovadoras que permitiam ao estudante a visão holística, a atenção aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esse foi o maior desafio da comissão que na grande maioria das situações deu conta de reverter o processo e ganhou aliados entre os professores, vendo-os crescer como docentes.

**E como é que você vê o futuro dessas escolas? Quais são as marcas da Camem na luta por uma formação, a partir dessa própria base que você trouxe referenciada pelo SUS?**

A marca da Camem nas escolas foi trabalhar o processo educacional de modo estruturado; os professores se imbuíram muito desse espírito, sabe, e trabalhavam de uma maneira muito integrada. Acredito que o trabalho deixou seguidores, tanto que hoje ainda temos lista de discussão, WhatsApp da Camem, das novas escolas e vemos que o processo continua, apesar da dificuldade que enfrentam, seguindo e buscando os mesmos princípios.

Como eu vejo o futuro? Eu tenho muita esperança de que a gente tenha mudança no país, uma mudança para melhor, com a recuperação de um governo socialmente mais orientado, de mais valorização da educação e da saúde.

Este trabalho, esta construção coletiva tem grande chance de ser retomada, para que possamos voltar a ver florescer todos aqueles movimentos de formação, com os quais o Brasil virou exemplo para o mundo. Eu tenho muita esperança de que isto volte acontecer, todos estamos com muita vontade de voltar a participar.

### Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração da entrevista e na revisão e aprovação da versão final do texto.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).





## Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC 306, de 26 de março de 2015. Diário Oficial da União. 27 Mar 2015; sec. 1, p. 39.

**Palavras-chave:** Educação médica. Formação em saúde. Responsabilidade social. Programa Mais Médicos. Política pública.

**Keywords:** Medical education. Health education. Social responsibility. More Doctors Program. Public policy.

**Palabras clave:** Educación médica. Formación en salud. Responsabilidad social. Programa Más Médicos. Política pública.

Submetido em 19/02/2019.

Aprovado em 28/02/2019.