Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Swheelen de Paula Vieira

Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

Swheelen de Paula Vieira

Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V658 Vieira, Swheelen de Paula

Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina : o panorama do estado do Rio de Janeiro / Swheelen de Paula Vieira. – 2015.

163 f.

Orientadora: Celia Regina Pierantoni.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Educação médica – Rio de Janeiro - Teses. 2. Medicina – Estudo e ensino – Rio de Janeiro - Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. I. Pierantoni, Celia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 37:61

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Swheelen de Paula Vieira

Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 02 de março de 2015.

Orientadora: Prof.ª Drª. Celia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Drª. Tania França

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Faculdade de Ciências Médicas - UFRJ

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Roberto e Eny Maria, pelo apoio incondicional, pelo incentivo e por acreditarem em meus sonhos, me impulsionando a ir sempre além.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, autor da minha vida, sem Ele nada disso seria possível.

“Nunca me deixes esquecer que tudo o que tenho, tudo o que sou e o que vier a ser... vem de Ti Senhor!”.

Aos meus pais, por todo amor dedicado a mim e por compreender os momentos de ausência. Vocês são essenciais ao meu equilíbrio vital!

À minha querida orientadora, Celia Pierantoni, pela parceria incrível, ensinamentos, palavras de ânimo e conforto nas horas certas e por confiar em mim. Você acreditou e chegamos aqui. E iremos além!

À Helena Seidl e Márcia Fausto, pessoas especiais e profissionais incríveis que somam nessa minha jornada e que tenho o prazer de conviver. Obrigada pela torcida, compreensão e amizade! Vocês fazem parte dessa trajetória.

Ao profº Mario Dal Poz, pela escuta generosa das minhas inquietações quanto ao meu futuro objeto em suas disciplinas. Pelas observações valiosas que contribuíram com os rumos do presente trabalho.

À Tania França, pelo carinho, pelas contribuições e pelo acolhimento desde minha chegada ao grupo. Você também apostou em mim.

Ao profº Carlos Eduardo Aguilera, carinhosamente Cadu. Por sua contribuição em minha formação (desde a residência) e agora aqui estamos! Muito obrigada!

Aos meus amigos e companheiros de vida, em especial: Marlos Cesar, Vanessa Lira, Juliana Braga e Wesley Oliveira. Pelas alegrias e angústias compartilhadas desde sempre. Obrigada por me raptarem nos momentos estratégicos para sobreviver às pressões do dia a dia e também por compreenderem os momentos em que eu precisava me ausentar. “Deles não quero resposta, quero meu avesso. Que me tragam dúvidas e angústias e aguentem o que há de pior em mim. Para isso, só sendo louco!” (Oscar Wilde)

Aos meus companheiros de turma, mestrandos 2013, pela rica troca de vivências

durante todos os momentos que compartilhamos. Vocês são 10.

À querida amiga, Juliana Gagno, pelo companheirismo, parceria em todos os momentos e pelo prazer de dividir o cotidiano com você. Nossas conversas me revigoram. Seguimos juntas!

À Carinne Magnago, pelo apoio em momentos estratégicos ao longo desse trabalho. Generosidade e amizade lhe definem. Para você, minha querida, Clarice Lispector: "Já chamei pessoas próximas de 'amigo' e descobri que não eram. Algumas pessoas nunca precisei chamar de nada e sempre foram e serão especiais para mim".

À Márcia Ney, pela preciosa contribuição em momentos estratégicos deste trabalho, especialmente durante o trabalho de campo. Muito obrigada!

À toda equipe do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do IMS-UERJ, pelo acolhimento, incentivo, apoio em todos os momentos. Vocês são especiais.

À equipe PMAQ Fiocruz, pelo aprendizado constante, pelos momentos compartilhados e apoio incondicional. Vocês são um presente.

Aos médicos participantes desta pesquisa, toda minha gratidão.

Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.

Cora Coralina

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

RESUMO

Vieira, Swheelen de Paula. **Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina:** o panorama do estado do Rio de Janeiro. 2015. 162p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar o contexto atual dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro para a atuação na Atenção Básica em Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória de investigação narrativa e abordagem qualitativa, tendo como campo de pesquisa, o estado do Rio de Janeiro. A população alvo do estudo foi composta por egressos de cursos de medicina de instituições de ensino localizadas no estado do Rio de Janeiro que optaram pela formação e atuação na Atenção Básica. Tratou-se de amostragem proposital, intencional ou deliberada. A presente pesquisa foi constituída por duas fases, sendo uma primeira etapa de análise documental de currículos e projetos pedagógicos e uma segunda fase, que foi caracterizada por entrevistas. As entrevistas foram tratadas por estatística descritiva para compor a discussão. Os resultados apontaram para a frágil contribuição da graduação em medicina para a sensibilização dos futuros médicos quanto à escolha e atuação futura na atenção básica. Com relação à adequação das estratégias adotadas para a reorientação da formação de médicos no país com vistas à atenção básica, 60% dos participantes considerou que estas não são adequadas ou não impactam a formação. Observou-se também, que dentre os aspectos levantados como fatores facilitadores, foi bastante marcada a relevância da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e sua abordagem na graduação, a integração entre serviço, instituição de ensino e comunidade, fortalecimento das disciplinas que abordam a atenção básica e estímulo à residência em MFC. Apesar desse cenário complexo, algumas experiências tem sido narradas, onde algumas escolas de medicina tem apostado em estratégias e até mudanças pedagógicas e metodológicas para mudança desse quadro. Cabe ainda mencionar a necessidade de se realizar novas pesquisas, mais abrangentes, no campo da formação, de modo a ampliar esta análise e contribuir para o debate.

Palavras-chaves: Atenção básica em saúde. Educação médica. Currículo.

ABSTRACT

Vieira, Swheelen de Paula. **Approach to primary health care in undergraduate courses in medicine: the overview of the state of Rio de Janeiro**. 2015. 162p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This research aims to analyze the current context of medicine in undergraduate courses in the state of Rio de Janeiro for the performance in Primary Health Care. This is an exploratory study of narrative research and qualitative approach, having as a research field , the state of Rio de Janeiro. The study target population consisted of graduates of educational institutions of medical schools in the state of Rio de Janeiro who opted for education and performance in primary care. It was deliberate, intentional or deliberate sampling. This study consisted of two phases, the first stage of document analysis of curricula and pedagogical projects and a second phase, which was characterized by interviews. Interviews were treated by descriptive statistics to compose the discussion. The results pointed to the fragile graduation in medicine contribution to the awareness of future physicians regarding the choice and future performance in primary care. Regarding the appropriateness of the strategies adopted for the reorientation of training of doctors in the country with a view to primary care, 60% of participants considered that these are not appropriate or do not impact the formation. It was also observed that among the issues raised as facilitating factors, was quite marked the relevance of Family and Community Medicine (MFC) and its approach to graduation, the integration of service, educational institution and community, strengthening of disciplines that address primary care and stimulation of residence in MFC. Despite this complex scenario, some experiments have been narrated, where some medical schools has focused on strategies and to educational and methodological changes to change this situation. It is also worth mentioning the need for more research, more comprehensive in the field of training, in order to expand this analysis and contribute to the debate.

Keywords: Primary health care. Medical education . Curriculum.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica, 1991-2013- Brasil, 2013 49

Gráfico 2- Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2013..... 50

Gráfico 3- Distribuição de ingressos em cursos de medicina por região. Brasil, 2013 52

Gráfico 4- Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2012 53

Gráfico 5- Taxa de ociosidade de vagas segundo cursos de graduação da saúde. Brasil, 2012 53

Gráfico 6- Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina, 2000-2010- Brasil, 2012 54

Gráfico 7- Relação inscritos/vaga em cursos de graduação da saúde, 2000-2012- Brasil, 2012 54

Gráfico 8- Percentual de cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica. Brasil, 2013 56

Gráfico 9- Relação de inscrições por vaga nos cursos de graduação em medicina do estado do Rio de Janeiro, 1991-2012. Brasil, 2012 58

Gráfico 10- Taxa de ociosidade de vagas de medicina no estado do Rio de Janeiro, 1991-2012. Brasil, 2012 59

Gráfico 11- Quantitativo de cursos de graduação em medicina segundo municípios, 2012. Brasil, 2012 59

Gráfico 12- Distribuição dos cursos de medicina que compõe a amostra da análise documental, Brasil, 2013 92

Gráfico 13- Distribuição dos cursos de medicina segundo ano de atualização curricular, Brasil, 2013 93

Gráfico 14- Distribuição dos respondentes segundo gênero, Brasil-2014 93

Gráfico 15- Natureza jurídica das IES onde os respondentes realizaram a graduação em medicina, Brasil-2014 112

Gráfico 16- Distribuição dos respondentes segundo ano de formação, Brasil, 2014 112
Gráfico 17- Respondentes que referiram possuir alguma pós graduação- Brasil, 2014 114
Gráfico 18- Respondentes segundo área da pós graduação- Brasil, 2014..... 114
Gráfico 19- Respondentes com intenção de realizar outra pós graduação- Brasil, 2014 115
Gráfico 20- Tempo de atuação dos respondentes na Atenção Básica, Brasil, 2014 115
Gráfico 21- Distribuição dos respondentes segundo mudança curricular durante a graduação de medicina- Brasil, 2014 116
Gráfico 22- Aspectos negativos do currículo da graduação em medicina- Brasil, 2014 117
Gráfico 23- Aspectos negativos do currículo da graduação em medicina. Outros- Brasil, 2014 117
Gráfico 24- Disciplinas ministradas em curto período/carga horária- Brasil, 2014 118
Gráfico 25- Opinião dos respondentes sobre conteúdos não abordados durante sua graduação em medicina- Brasil, 2014 120
Gráfico 26- Opinião dos respondentes sobre a abordagem da Atenção Básica no currículo de sua graduação em medicina- Brasil, 2014 120
Gráfico 27- Estratégias utilizadas para trabalhar a Atenção Básica na graduação- Brasil, 2014 121
Gráfico 28- Abordagem da atenção básica segundo períodos, Brasil, 2014 122
Gráfico 29- Opinião dos respondentes sobre o currículo da graduação em medicina para a atuação na Atenção Básica- Brasil, 2014 123
Gráfico 30- Respondentes que referiram adesão por parte da Instituição de Ensino por algum programa/iniciativa que visa impulsionar a reorientação da formação, quais sejam: PROMED, PRÓ SAÚDE ou PET SAÚDE- Brasil, 2014 124
Gráfico 31- Programas para a reorientação da formação referidos pelos respondentes- Brasil, 2014 124

Gráfico 32- Participação dos respondentes no Programa- Brasil, 2014 125
Gráfico 33- Opinião dos respondentes quanto a adequação das estratégias adotadas para reorientação da formação- Brasil, 2014 125
Gráfico 34- Aspectos que a formação médica deveria rever para a abordagem da atenção básica (AB)- Brasil, 2014 128
Gráfico 35- Classificação dos cursos de graduação em medicina no que tange a sensibilização para atuação na Atenção Básica- Brasil, 2014 129
Gráfico 36- Fator determinante para escolha pela especialidade em medicina de família e comunidade e/ou atuação na atenção básica- Brasil, 2014 130
Gráfico 37- Opinião dos respondentes sobre a inserção precoce nos campos de prática durante a graduação- Brasil, 2014 134
Gráfico 38- Opinião dos respondentes sobre infraestrutura e recursos materiais adequados para abordagem do SUS e da Atenção Básica no currículo- Brasil, 2014 135
Gráfico 39- Opinião dos respondentes sobre os docentes que ministram os conteúdos relativos à atenção básica e/ou com vivência no SUS- Brasil, 2014 135
Gráfico 40- Opinião dos respondentes sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de prática na rede hospitalar, 2014 ... 136
Gráfico 41- Opinião dos respondentes sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de atuação prática em Unidade Básica de Saúde, 2014 137
Gráfico 42- Opinião dos respondentes sobre a abordagem teórico-prático do SUS e da Atenção Básica ao longo da graduação- Brasil, 2014 ... 137
Gráfico 43- Opinião dos respondentes sobre o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, na graduação- Brasil, 2014 138
Gráfico 44- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado abordagem das dimensões éticas e humanísticas, nos cursos de graduação em medicina- Brasil, 2014 139

Gráfico 45- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a promoção da interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais- Brasil, 2014 139
Gráfico 46- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a inserção precoce em atividades práticas relevantes para a futura vida profissional- Brasil, 2014 139
Gráfico 47- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem e da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional- Brasil, 2014 140
Gráfico 48- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a interação ativa do aluno durante a graduação com usuários e profissionais de saúde desde o inicio de sua formação -Brasil, 2014 141
Gráfico 49- Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a integração ensino-serviço vinculada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS -Brasil, 2014 141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Conferências nacionais de saúde, ministros e presidentes da República, 1941-2011. Brasil, 2014 35

Quadro 2- Quantitativo dos cursos de medicina por Grandes Regiões e Unidades da Federação segundo Localização. Brasil,2013..... 51

Quadro 3- Evolução de ingressos de medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica, 1991-2012. Brasil, 2012 56

Quadro 4- Evolução de vagas de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica, 1991-2012. Brasil, 2012 57

Quadro 5- Evolução dos cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro segundo quantitativo de cursos, número de vagas, inscrições e ingressos. 1991-2012. Rio de Janeiro, Brasil, 2012 60

Quadro 6- Síntese dos principais programas/iniciativas para adequação da formação médica a partir de 2001, Brasil, 2015 81

Quadro 7- Distribuição dos cursos segundo ano de vigência curricular- Brasil, 2014 93

Quadro 8- Descrição curricular dos cursos de medicina analisados, Brasil, 2015 94

Quadro 9- Abordagem da atenção básica nos cursos analisados segundo período letivo- Brasil, 2015 99

Quadro 10- Síntese dos pontos de reflexão para o ensino na APS na graduação em Medicina- Brasil, 2011 108

Quadro 11- Sínteses de possíveis estratégias para superar os desafios da inserção da MFC na graduação, Brasil, 2011 109

Quadro 12- Justificativas dos respondentes com relação à não adequação das iniciativas do governo com vistas à reorientação da formação- Brasil, 2015 126

Quadro 13- Opinião dos respondentes quanto aos aspectos favoráveis para a readequação da formação médica para atuação na AB, Brasil, 2015 130

Quadro 14- Opinião dos respondentes quanto aos aspectos desfavoráveis para a

readequação da formação médica para atuação na AB, Brasil, 2015 .. 132

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Quantitativo de cursos de graduação em medicina por municípios do estado do Rio de janeiro. Brasil, 2013 55

Figura 1- Linha do tempo das iniciativas/programas para reorientação da formação nos cursos de medicina, Brasil, 2015 80

Tabela 2- Quantitativo de cursos de graduação em medicina por municípios do estado do Rio de janeiro. Brasil, 2013 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IES	Instituição de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho
PRÓ SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PMM	Programa Mais Médicos
IDA	Programa de Integração Docente
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIGRAS	Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNI	Uma Nova Iniciativa

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	22
1	**FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL**	29
1.1	**Breve histórico da medicina no Brasil**	29
1.2	**As Conferências Nacionais de Saúde: a formação em saúde e a educação médica em pauta**	34
2	**PANORAMA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: BRASIL E ESTADO DO RIO DE JANEIRO**	48
2.1	**Panorama da graduação em medicina no Brasil**	48
2.2	**Caracterização dos cursos de medicina no estado no Rio de Janeiro** ...	55
3	**PROGRAMAS E INICIATIVAS PARA REORIENTAÇÃO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL: UMA DESCRIÇÃO DO PERÍODO DE 2001 A 2014**	62
3.1	**Antecedentes**	63
3.1.1	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- 1961e 1996.....	63
3.1.2	Programa de Integração Docente Assistencial (IDA)	64
3.1.3	Projeto UNI	65
3.1.4	Rede Unida	65
3.1.5	CINAEM	66
3.2	**Programas e iniciativas para reorientação da graduação em medicina no Brasil: 2001 a 2014**	67
3.2.1	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina (2001)	67
3.2.2	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina-PROMED (2002)	70
3.2.3	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (2005)	71
3.2.4	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde- VerSUS (2002)	73
3.2.5	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET SAÚDE (2010).....	75

3.2.6 Programa Mais Médicos e as novas Diretrizes Curriculares para a graduação em medicina (2013-2014) 76

4 **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS** 84
4.1 **Desenho do estudo** 84
4.2 **População** 84
4.3 **Critérios de inclusão e exclusão** 84
4.4 **Revisão da literatura e pesquisa de dados secundários** 85
4.5 **Coleta de dados** 86
4.6 **Aspectos éticos** 89
5 **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 90
5.1 **1ª Fase: Análise documental** 90
5.2 **2ª Fase: Entrevistas** 111
CONSIDERAÇÕES FINAIS 143
REFERÊNCIAS 147
APÊNDICE A- Termo de Consentimento livre e Esclarecido 152
APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de Dados 154

INTRODUÇÃO

A questão da formação em medicina está introduzida no debate que envolve as políticas educacionais para o ensino superior vigentes no Brasil e que se encontram muito presentes atualmente. Muito se tem discutido sobre o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a necessidade de proporcionar mudanças no ensino da medicina com vistas principalmente a aproximar sua formação das necessidades do SUS, do perfil e das necessidades de saúde da população, aproximando assim, os médicos da sociedade. Esta, porém, parece ser uma missão que exige tempo, dedicação e decisão política.

O ensino médico no Brasil e no mundo vem sendo debatido e há de certa forma, um consenso quanto à insatisfação no atendimento das necessidades da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos desta formação. As propostas de mudanças no SUS, em especial no que concerne aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de medicina. A educação médica no Brasil parece não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido. (KOIFMAN, 2001)

Para Koifman (2001), no que concerne à formação médica, é possível identificar dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, sendo esta centrada nas ciências biomédicas que reforçaria a prática individualista da medicina e, uma abordagem social, com dificuldades de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática.

Assim, a formação médica é historicamente influenciada por fatores como: concepção predominante do processo saúde-doença, relações socioeconômicas, políticas e ideológicas, a organização, administração e avaliação dos serviços de saúde e mercado de trabalho. (FEUERWERKER, 2007)

Apesar disso, a conjuntura política brasileira tem apresentado mudanças ao longo dos anos no que tange a tentativa de algumas instituições em implementar transformações curriculares, com vistas a reorientação da formação médica, tal como apontam alguns estudos. (AMARAL, 2002; BELTRAME, 2006; OLIVEIRA, 2007; LAMPERT, 2002).

Destarte, nos últimos anos, mais precisamente a partir de 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação têm formulado políticas e programas destinados a impulsionar mudanças na formação, onde podemos destacar: o Promed, Programa de Incentivo às

Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina; o Ver-SUS, estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho, PET Saúde; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da graduação em medicina, regulamentadas no ano de 2001 e reeditada recentemente no ano de 2014. (OLIVEIRA, 2007; PIERANTONI *et al*, 2012) É inevitável, contudo, a seguinte reflexão: Essas políticas e programas tem conseguido influenciar na reorientação da formação médica no Brasil? Qual seu impacto nos cursos de graduação em medicina?

Fato é que o cenário das políticas públicas na área da saúde, nesse caso no que tange a formação dos profissionais de saúde, parece ainda se constituir em um terreno árido, especialmente pelos questionamentos e conflitos que levantam e pelos desafios para a implementação de tais transformações.

Ainda no que tange as iniciativas de reorientação da formação, as Diretrizes Curriculares apontam o caminho a seguir para que haja a mudança de paradigma no ensino médico que é tão imperativa para promover a formação de profissionais críticos e reflexivos, cujas prioridades incluam a Atenção Básica em Saúde, a promoção à saúde, a prevenção de doenças e que sejam capazes de resolver os casos das doenças prevalentes na comunidade. E é esse o perfil de profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina (2001; 2014). (BELTRAME, 2006; BRASIL, 2001)

Para CAMPOS (2001), apesar de garantido constitucionalmente, o SUS enquanto ordenador de recursos humanos na área de saúde ainda se restringe à dimensão teórica. Reconhecê-lo como ordenador da formação exige também uma profunda reestruturação nos currículos de formação em saúde, tal como a Medicina. Para AMARAL (2002), apesar do papel de ordenador do processo de formação profissional em saúde e da força de trabalho que absorve, o SUS ainda sofre limitação para que esta se efetive enquanto prática institucional.

Somam-se a isso, a dificuldade de articulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação que contribui para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. (AMARAL, 2002)

Ainda segundo Pierantoni *et al* (2003), é consensual a incapacidade de adequação das instituições formadoras à velocidade com que são demandados novos perfis profissionais, tanto no referencial para atuação técnica específica quanto na introdução de concepções pedagógicas que desenvolvam habilidades para apreensão e aplicação crítica dessas novas

técnicas. Portanto, para além da quantidade de escolas médicas, é essencial garantir e atentar para a qualidade do ensino de medicina no Brasil e sua adequação para com as necessidades do sistema de saúde.

Contudo, o cenário é complexo. A complexidade se dá em termos dos diversos atores chaves que devem ser envolvidos no processo de mudança, bem como a interação entre estes. O SUS (e toda sua complexidade), o setor privado ("os diferentes" setores privados) e as corporações médicas podem se relacionar com as escolas médicas de distintas maneiras, demandando diferentes perfis de formação. Além disso, as escolas médicas por seu lado, também estão longe de compor um conjunto homogêneo. (FEUERWERKER, 2007)

Para Feuerwerker (2007), três questões são fundamentais no debate da formação médica no Brasil: 1) As disputas envolvidas na definição do perfil de formação dos médicos em nosso país; 2) A maneira como os diferentes sujeitos envolvidos na formação se relacionam com elas; 3) E o que seria necessário mobilizar para produzir uma transformação da formação médica?

Para Oliveira (2007), nenhuma outra palavra tem sido tão associada à educação médica como a palavra mudança, sendo na última década tema de congressos, debates e publicações, recebendo ainda foco de interesse de diversos atores e entidades à medida que ia aumentando a percepção de que sem profissionais formados com um novo perfil torna-se muito difícil a missão de reorganizar modelos de atenção à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

Nesse contexto, a adequação da formação médica à Atenção Básica em Saúde, já vinha sendo discutida a partir da Conferência de Alma Ata, mas intensificou-se no processo de construção do SUS, o que tem levado a questionamentos, proposições e inúmeros debates sobre ensino médico. (OLIVEIRA, 2007)

Dentre os variados aspectos relativos à inadequação da formação médica, um

dos fatores diz respeito ao perfil do médico formado, majoritariamente centrado no modelo biologicista, pautado no paradigma biomédico que tem no hospital o principal centro de toda a formação médica e, por conseguinte, a atuação profissional futura, muito em desacordo com as necessidades de saúde da população. (OLIVEIRA, 2007)

Neste sentido, entende-se que a análise da formação médica é essencial dada a importância desse profissional no sistema de saúde e na sociedade, bem como pela sua inserção crescente nas equipes multidisciplinares nos últimos anos dado a ampliação da Estratégia Saúde da Família, modelo de reorientação da Atenção Básica no Brasil. (OLIVEIRA, 2007)

Inicialmente, uma hipótese levantada e que de certa forma se constituiu como um fio condutor para o presente estudo foi de que embora esteja ocorrendo movimentos de transformações no ensino de medicina nos últimos anos, ainda há o predomínio de 'conservadorismo' nas instituições de ensino, refletindo em um ensino pautado no paradigma biomédico, cujo principal cenário de prática continua centrado em hospitais e procedimentos.

Essa afirmação obriga a no mínimo uma sucinta definição do que a autora está chamando de paradigma ou modelo biomédico, bem como o porquê de sua crítica.

Examinando autores como Barros (2002), Camargo Jr. (2003) e Luz (2005), considera-se que ao longo do século passado, uma maneira de lidar com a saúde e o adoecimento tornou-se hegemônica. Tal modelo teórico e prático, segundo esses autores, tem sido denominado de paradigma biomédico[1].

Tal paradigma possui como principais características a redução da experiência de sofrimento físico e mental a alterações observáveis e mensuráveis no corpo humano, identificadas e classificadas como patologias, bem como a presença de abordagens

[1] No estudo de Thomas Kuhn, intitulado "A estrutura das Revoluções Científicas", trouxe à tona o uso do conceito de paradigma nos anos 1970/80, aplicado à história do fazer científico. Sua concepção é a de que "um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma", p. 219. Partindo da premissa de que a ciência é aquilo que os cientistas fazem, e da observação de que dentro de determinadas disciplinas o consenso é virtualmente unânime com relação às questões básicas do trabalho científico, este autor tenta descrever, numa perspectiva histórica, como, por exemplo, a física se tornou o que é hoje em dia. Cria, assim, uma descrição do *modus operandi* da ciência, baseada na alternância de fases de consolidação do conhecimento consensual (ciência normal) e de descontinuidade (revoluções científicas). CAMARGO (2013) em sua leitura sobre Kuhn complementa que *"A chave para a produção desta descontinuidade seria dada pela substituição de paradigmas, uma categoria descrita com várias acepções ao longo de toda a obra"*. Este seria constituído pelo conjunto de exemplos compartilhados que guiam, sem ser questionados, a atividade do cientista em seu trabalho regular. Esta conceituação inicialmente vaga foi posteriormente aperfeiçoada, sendo um paradigma definido como uma matriz disciplinar, subdividida em: a) generalizações simbólicas, b) compromissos com crenças em modelos, c) valores e d) exemplos.

terapêuticas que também se limitam às vias físicas, químicas e biológicas de intervenção, consideradas mais eficazes e modernas. (LUZ, 2005)

Segundo Barros (2002), na trajetória de evolução das concepções e da prática sobre a saúde e a doença poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico religiosa, na antiguidade, finaliza na abordagem do modelo biomédico, que é predominante hoje.

Parte da crítica ao modelo biomédico é que este é, via de regra, um modelo com grande foco na atenção hospitalar (hospitalocêntrico), com valorização das tecnologias e altamente centrado na esfera biológica, o que alguns autores tem chamado de modelo biologicista. (OLIVEIRA, 2007) Assim, essa é a concepção teórica na qual a autora tem como base quando se refere ao paradigma/modelo biomédico.

Partindo do contexto apresentado, a problemática do presente estudo se insere no encontro da temática da formação e a saúde coletiva, onde através do cenário apresentado, surgem algumas questões relevantes para o objeto a ser estudado e que nortearam a construção dos objetivos da pesquisa, quais sejam:

- Os cursos de graduação em medicina tem despertado ou incentivado os futuros médicos para a atuação na atenção básica?
- A Atenção Básica é contemplada nesses currículos? Se sim, quais as estratégias de ensino utilizadas pelos cursos de medicina para trabalhar a atenção básica na graduação? E em qual etapa da formação ela se insere?
- Há influência das iniciativas/programas implementados pelos Ministérios da Educação e Saúde, na reorientação da formação médica?
- Quais fatores facilitam e dificultam o processo para adequação da formação médica, tendo em vista o modelo de saúde com base na Atenção Básica?

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo geral*:* **Analisar o contexto atual dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro para a atuação na Atenção Básica em Saúde.**

Para responder ao objetivo proposto, foram elencados os objetivos específicos a seguir:

- Descrever os perfis de currículos vigentes dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina e na perspectiva da formação para a Atenção Básica em Saúde;
- Verificar de que forma a Atenção Básica é contemplada pelos cursos de graduação em

medicina;

- Mapear os cursos de medicina que adotaram iniciativas/programas fomentados pelo Ministério da Saúde/Educação que visam reorientar a formação de médicos, identificando possíveis influências;
- Analisar a contribuição dos cursos de medicina para sensibilização para atuação na atenção básica;
- Apontar os principais fatores facilitadores e limitantes para adequação da formação médica, tendo em vista o modelo de saúde com base na Atenção Básica.

Tendo em vista a aposta que tem sido feita nos últimos anos no que tange a reorientação do Sistema de Saúde a partir da Atenção Básica enquanto 'porta de entrada' preferencial, todo esforço empreendido em prol de promover avanços nesse nível do sistema não é possível sem que se pense também na provisão de recursos humanos qualificados para atuar no mesmo. Fato é que a Atenção Básica, considerada pelo Ministério da Saúde como uma das áreas estratégicas, carece de profissionais e lida com questões referentes à dificuldade em fixar os mesmos.

Reconhece-se que, existem inúmeras questões que contribuem para a problemática descrita, tais como: processo de trabalho na Atenção Básica, resistência em atuar em áreas remotas, remuneração, carreira, entre outros... Contudo, no presente estudo optou-se por estudar a formação, que também compõem esses elementos.

Enquanto residente em Saúde da Família por dois anos atuando em uma unidade básica de saúde, pude conviver e perceber de perto alguns dos potenciais e fragilidades existentes no que tange o trabalho nesse nível de atenção.

Alguns profissionais que desconheciam completamente a realidade de uma equipe de atenção básica, onde alguns deles referiam que não tinham sido 'preparados' para atuar nessa lógica de atenção. Nesse caso, leia-se também na lógica do trabalho compartilhado em equipe, no trabalho com ênfase no vínculo, e ênfase nos determinantes e na história de vida e não apenas na doença. Chamou a atenção o descompasso entre o modelo para a reorientação do Sistema de Saúde que priorizamos e o perfil dos médicos que chegavam para atuar nesse nível da atenção.

Longe de pensar que a graduação por si só dará conta da totalidade dessa formação, contudo, cabe à ela o papel de introduzir os futuros médicos ao primeiro contato com esse nível de atenção, além do mais, é na graduação que se dão as escolhas quanto a futura especialização.

No caso brasileiro, cujo sistema nacional de saúde tem se organizado tendo como base uma Atenção Básica em Saúde robusta e exercendo papel estratégico no ordenamento do sistema, se faz necessário que a formação de recursos humanos esteja em concordância com essa aposta a fim de se alcançar esse objetivo. Muitas são as necessidades do SUS com relação aos perfis profissionais, assim, o perfil voltado para atuação na Atenção Básica se constitui em um desses.

Sabemos que qualquer intervenção sob a perspectiva da formação se configura em obtenção de resultados em médio e longo prazo e que se pretendemos uma reorientação com vistas a atender as demandas do nosso Sistema de Saúde, o esforço deve ser contínuo nessa direção.

Esse trabalho assim, se justifica pela relevância de compreender o contexto de formação dos profissionais médicos identificando os fatores que precisam ser revistos para a mudança desse cenário. Que médicos queremos ofertar para o nosso Sistema de Saúde nos próximos anos?

A contextualização e o desenvolvimento deste estudo se deram de forma estruturada através de capítulos. O primeiro capítulo intitulado como formação de médicos no Brasil, traz um breve histórico sobre a medicina no Brasil e posteriormente se propõe resgatar os aspectos tratados sobre a formação em saúde e a educação médica nas pautas das Conferências Nacionais de Saúde.

O segundo capítulo versa sobre o panorama dos cursos de graduação em medicina no Brasil e no estudo do rio de Janeiro, cenário da presente pesquisa.

O terceiro capítulo aborda sobre os programas e iniciativas para a reorientação da graduação em medicina no Brasil, trazendo primeiramente os antecedentes desses programas e posteriormente destacando o período entre os anos de 2001 a 2014.

No capítulo quatro está descrita todas as etapas do presente estudo, sendo o capítulo destinado às considerações metodológicas.

O quinto capítulo aborda os resultados e discussão que está dividido em duas partes: a primeira, a análise documental e a segunda refere-se a etapa de campo que foi a etapa das entrevistas. Por último, têm-se as considerações finais e recomendações do presente estudo.

1. **FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL**

Pensar o passado para compreender o presente e idealizar o futuro.

(autor desconhecido)

Resgatar mesmo que sucintamente o histórico da medicina no Brasil e a evolução da educação médica permite embasar contextualmente e analisar os dados quantitativos do perfil da graduação em medicina no país, que será abordado no capítulo seguinte deste trabalho. Assim, olhar o passado e compreender como se deram questões como a expansão do ensino e sua distribuição, permite correlacionar e analisar de maneira mais clara o perfil e o comportamento das escolas de medicina que temos hoje. Portanto, acredito que 'olhar para trás' em alguns momentos pode nos ajudar a projetar o futuro que desejamos. E este é o objetivo principal deste capítulo.

1.1. **Breve histórico da medicina no Brasil**

O ensino da medicina no Brasil tem seu marco inicial em 1808, com a chegada da família real portuguesa em Salvador, Bahia. Pouco tempo após a chegada da família real, foi criada a primeira escola de medicina no Brasil, por determinação do então príncipe regente D. João VI. (AMARAL, 2007; FERREIRA, 2004)

No ano seguinte (1809), foi fundado no Rio de Janeiro o curso de Anatomia e Cirurgia, o que veio a ser a segunda escola de ensino da medicina no Brasil, e que a partir de 1937 passou a ser denominada como Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, hoje a então Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ (assim denominada a partir de 1965). Cabe destacar que, a escola de cirurgia da Bahia, veio a se constituir em 1965 na então Faculdade de Medicina da Bahia, após passar por inúmeras denominações ao longo do século XIX e XX. (AMARAL, 2007)

Em 1832 as escolas passaram a ser denominadas de Faculdades de Medicina, ampliando o tempo de formação de 4 para 6 anos. Durante este período, o ensino da medicina muito se pautava pelas normas e programas das escolas médicas de Paris e essa inspiração da escola francesa durou até aproximadamente o final da segunda guerra (1945), quando então passou a sofrer maior influência do modelo norte-americano (conhecido como modelo Flexneriano). (TOGNOLI, 2006)

Ao longo do século XIX, já se experimentava importantes avanços na medicina em termos internacionais, onde, sobretudo o modelo europeu passa a ser visto como um modelo de qualidade de ensino para a formação médica.

Em 1895 no contexto internacional de avanços no campo médico, após 89 anos sem a abertura de nenhuma escola de medicina, é criada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, que veio a ser a terceira escola de medicina no Brasil.

Assim, até 1895 só existiam três escolas de medicina no país, localizadas nas regiões: Nordeste, Sudeste e Sul. No cenário internacional nesse período de virada para o século XX, vale destacar que, em 1905, na França, Alfred Binet e Theodore Simon criaram o teste para medir a inteligência para avaliar o rendimento educacional dos estudantes, e em 1910 nos Estados Unidos, seguia a Avaliação das Escolas Médicas conduzida por Flexner, o que já sugeria que nesses dois continentes se registrava alguma preocupação com a qualidade e a quantidade de instituições de ensino superior. (AMARAL, 2007)

O Relatório elaborado por Flexner não só determinou a diminuição quantitativa no aparelho formador americano, como se tornou, em diversos países, inclusive no Brasil, o modelo predominante de todos os currículos das faculdades de medicina. O que segundo analisa Rego (2000):

> O equívoco é deixar de compreender o momento em que esta Reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram. Em meu entendimento ela foi absolutamente crucial para o desenvolvimento científico da profissão. Até então, o ensino médico era caótico, com faculdades que formavam em um ano, dois anos, que não exigiam ensino prático. Houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciadas no século passado, mas que tiveram um ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910. (REGO, 2000 p.9)

O Relatório Flexner propiciou o fechamento de diversas faculdades americanas e influenciou a mudança curricular com destaque para as disciplinas das ciências básicas. No Brasil, dois anos depois, era criada a quarta faculdade de medicina: a Faculdade Federal de Medicina do Paraná, região Sul do país.

Segundo Amaral (2007), a virada do século XIX para o século XX pode ser caracterizado como o primeiro “boom” de expansão das escolas de medicina no país, que passou 89 anos sem nenhuma expansão.

Em ritmo de expansão, registra-se em 1919 a primeira escola de medicina da região Norte (Universidade Federal do Pará) e a segunda escola de medicina no Nordeste, na cidade de Recife.

Em 1926, foi fundada a faculdade de medicina em Niterói, contabilizando a décima escola de medicina do país, estando assim distribuída segundo grandes regiões: 1 no Norte, 2 no Nordeste, 2 no Sul e 5 no Sudeste. Analisando o perfil de expansão das escolas na época, nota-se que até então não havia escolas de medicina na região Centro-Oeste e que a região sudeste representava metade das escolas de medicina do país (5 das 10 escolas).

De acordo com Amaral (2007), até o fim da década de 1940, existiam no país 13 escolas de medicina, sendo todas públicas, contudo, na década de 1950 é quando registra-se o surgimento da primeira escola de medicina de esfera jurídica privada.

No cenário internacional, destaca-se nas décadas de 1950 e 1960, alguns eventos na América Latina considerados marcos relevantes, tais como: o 1º Congresso Pan-americano de Educação Médica (1951, Peru), o 1º Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Chile), a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina (1957, México), o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos e no Canadá (1960), a 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, patrocinada pela Fundação Kellogg (1961, Brasil). Segundo Amaral (2007), estes eventos e o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos e no Canadá, complementaram o cenário da proposta de transformação do ensino médico e dos modelos de atenção à saúde nos países.

No Brasil, segundo Almeida (1999) apud Amaral (2007), a aproximação das faculdades de medicina brasileira com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento influenciou em certa medida, a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e o surgimento dos departamentos que estavam de acordo com o Relatório Flexner.

Em 1963 havia no Brasil 36 escolas de medicina. Predominantemente públicas. As iniciativas de aproximação com organismos internacionais de apoio técnico e com outras agências de financiamento à pesquisa foram intensificadas pelo governo Castello Branco.

No período de 1964 a 1967, ou seja, em apenas três anos, foram criadas mais 10 faculdades de medicina no país, somando 46 escolas de medicina no Brasil ao final desse período, com característica ainda predominantemente públicas, apesar da já existência de algumas faculdades privadas a partir de 1950. Este processo de expansão, respaldado pela Lei de Diretrizes e Bases da educação- LDB (Lei 4.024/61) realizou-se de forma descentralizada do ambiente universitário para as faculdades isoladas, predominantemente privadas. Cabe mencionar que a descentralização do ensino superior foi a vertente seguida na Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em vigor a partir de 1961, que será mais bem detalhada em capítulo específico do presente estudo. (AMARAL, 2007)

Ainda, segundo Tognoli (2006), apesar da grande expansão de escolas médicas durante esse período, não houve regulação dessa expansão onde, esta se deu mais concentrada na região mais rica do país, a região Sudeste.

No período do governo militar no Brasil, nota-se o segundo "*boom*" em expansão das escolas de medicina, sendo criadas entre os anos de 1965 e 1976 mais 39 escolas médicas. Contudo, essa expansão se deu predominantemente via setor privado, onde, das 39 escolas implantadas, 25 eram de esfera privada. (AMARAL, 2007)

Ainda nesse período militar, já havia maior adequação das escolas ao modelo flexneriano e aliado a um contexto de grande desenvolvimento com construção de hospitais de maneira acelerada e inserção de tecnologias de ponta, e consequentemente, uma maior superespecialização médica. (TOGNOLI, 2006)

Os cursos de medicina passaram a adotar gradualmente o modelo americano, modificando a lógica dos currículos ao estabelecer a divisão em dois ciclos separados, sendo o ciclo básico e o ciclo considerado profissionalizante. (TOGNOLI, 2006)

Amaral (2007), em sua tese de doutorado, onde propõe resgatar a história da medicina no Brasil em seus 200 anos de existência, destaca que na década de 1970 já se notava a preocupação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)[2] com a formação curricular das escolas médicas na época. Alguns dos temas dos seus congressos pareciam questionar os rumos da educação médica: planejamento do ensino médico (1970); a expansão das escolas (1971); o ensino médico e a previdência social (1972); a pós-graduação no ensino médico (1973); o ensino médico e a previdência social – o internato (1974); o ciclo básico: comum ou diferenciado, o ambulatório, a residência médica (1975); a medicina comunitária – regionalização docente-assistencial (1976); o ensino da disciplina básica – ensino de clínica médica (1977); o médico de família – formação ética do médico (1978); a experiência de novos modelos de formação (1979).

Destaca-se também nesse período a tensão entre as entidades de classes e os dirigentes ou as próprias congregações das faculdades de medicina, no que tange a implantação das alterações curriculares. Segundo Santos (1980) apud Amaral (2007), todas as experiências

[2] A ABEM foi criada em 1962 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. As Reuniões Anuais aconteceram de 1963 até 1975; a partir de 1976, receberam a denominação de Congresso Brasileiro de Educação Médica.

anteriores para a realização de reformas curriculares de acordo com os reais interesses da população fracassaram por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das escolas médicas.

Neste contexto, em 1980, existiam 76 escolas de medicina no Brasil, sendo 42 destas localizadas na região Sudeste.

No espaço educacional, com especificidade para o desenvolvimento do ensino médico, estudos como os de Fraga Filho (2001) apud Tognoli (2006), resumem a compreensão das características das últimas décadas do século XX no que tange a educação médica: A década de 1960, como a década de expansão do ensino médico; a de 1970, como a década do fortalecimento dos conceitos; a de 1980, das denúncias; e a de 1990, como sendo a década com destaque para a necessidade de avaliação da educação médica.

Ainda na década de 1980, Amaral (2007) destaca a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980)[3] e o lançamento do PREVSAÚDE (1980). No âmbito da Previdência foram criados na mesma época, em 1981, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP). Estes conselhos pretendiam reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos onde o setor privado concentrava aproximadamente metade do total dos empregos em saúde.

O Plano CONASP e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontaram, em 1982, o início do olhar da esfera pública para a atenção primária como porta de entrada de um sistema com referência e contrareferência.

Entre 1980 e 1985, houve uma inflexão com relação à abertura de novas escolas médicas, pois no início dessa década foi proibida a abertura de novos cursos de medicina no país.

A aproximação, em 1986, das escolas médicas com o INAMPS, através da assinatura do convênio para o financiamento dos hospitais universitários (HU), fortaleceu ainda mais a centralização do ensino médico dentro do ambiente hospitalar, onde segundo Amaral (2007) *"a prática médica continuava predominantemente curativa, sofisticada, especializada, excludente e sem preocupação em alterar o perfil de morbimortalidade, das doenças evitáveis".* (p.119)

No bojo dos acontecimentos dos finais da década de 1980 e início de 1990, cita-se a promulgação da Lei 8.080/90 que ampliou o arcabouço jurídico do SUS ao regulamentar as

[3] A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, teve como principais propostas a ampliação dos serviços básicos de saúde por meio do PREVSAÚDE.

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organizar o funcionamento dos serviços. Nesta legislação aparece no artigo 6º a ordenação da formação de recursos humanos no setor saúde, enquanto campo de atuação do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1990; AMARAL, 2007).

Segundo Amaral (2007) a partir dessa legislação em vigor estavam previstas todas as condições para que o ensino da medicina no país começasse uma nova fase de integração das agendas do MS e do MEC, reivindicadas por atores que sempre tiveram o entendimento de que a interface entre a saúde e a educação é inquestionável.

Na perspectiva de Campos *et al.* (2001) a desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para reforçar o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS.

As tentativas pouco exitosas de implantação de currículos mínimos para o curso médico motivaram a comunidade acadêmica, a sociedade civil e os ministérios da Educação e da Saúde a construir uma agenda política, que resultou na aprovação, em 2001, das diretrizes curriculares para os cursos de medicina no país. No contexto dessa articulação entre ministérios da Educação e Saúde em vista da necessidade de reorientação da formação, outras iniciativas e programas são implementados tais como: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) em 2002 e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em 2005. A discussão sobre estes programas será retomada em capítulo específico nesta dissertação.

1.2 **As Conferências Nacionais de Saúde: a formação em saúde e a educação médica em pauta**

Essa parte do presente estudo tem por objetivo apresentar e discutir de maneira sucinta, em que medida a temática de formação de recursos humanos em saúde e, sobretudo a educação médica já permeava o debate e reflexão em saúde no Brasil. Sem pretensões de realizar uma análise detalhada, pois esta não se encontra entre os objetivos da presente pesquisa, procura-se, contudo, destacar as principais reflexões e debates surgidos nessa temática, a fim de constituir em mais um subsídio para as análises sobre o debate acerca da educação médica no país.

A trajetória percorrida pelas conferências nacionais de saúde oferece um prisma de análise interessante para diversas temáticas, dentre elas a formação em saúde. Assim,

mediante leitura atenta dos registros oficiais disponíveis das Conferências Nacionais, bem como de fontes secundárias, destacou-se àquelas onde aparecia de maneira substancial a temática analisada. Estas se encontram subdivididas em Conferências *pré SUS* e *pós SUS* conforme poderá ser visto adiante.

As conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas. Neste período, as então conferências nacionais de educação e de saúde se constituíram como mecanismo do governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde. (BRASIL, 2009)

As conferências se constituíam em espaços apenas intergovernamentais, do qual participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre, sem a ampliação de participação para outros atores. As conferências estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. Desde esse período até os tempos atuais, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde, conforme pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 1. Conferências nacionais de saúde, ministros e presidentes da República, 1941-2011. Brasil, 2014

Conferência	Ano	Ministro da Saúde	Presidente da República
1ª	1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2ª	1950	Pedro Calmon M. de Bittencourt	Eurico Gaspar Dutra
3ª	1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart
4ª	1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
5ª	1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6ª	1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7ª	1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8ª	1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9ª	1992	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
10ª	1996	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11ª	2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12ª	2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva

13ª	2007	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva
14ª	2011	Alexandre Padilha	Dilma Rousseff

Fonte: adaptado da publicação CONASS, 2009

- Conferências Nacionais de Saúde: Pré SUS

A 1ª conferência nacional de saúde realizada em 1941durante o governo de Getúlio Vargas, teve sua tônica principalmente em relação à organização sanitária, ampliação das campanhas nacionais contra a tuberculose e hanseníase bem como desenvolvimento de serviços básicos de saneamento e saúde materno infantil. O Contexto da época remonta bem o período conhecido como o "sanitarismo clássico" ou higienista. Não muito diferente, a 2ª conferência nacional de saúde (1950) focou em temas como a malária, não havendo menção direta sobre a preocupação com a formação em saúde, sobretudo a formação médica. (SAYD *et al*, 1998)

De acordo com Sayd *et al* (1998) até o fim da década de 1950, a regulação do mercado de trabalho era quase totalmente executada por meio das instituições médicas, ou seja, suas escolas, atores e órgãos complementares. Ressalta ainda que, à época ainda não havia conselhos de medicina e assim, o Estado conferia total legitimidade aos órgãos de classe para regulamentar a profissão. O poder público assim limitava sua atuação no setor saúde não exercendo grande influência no mercado de trabalho médico que, por conseguinte, apesar da demanda pública por atividades sanitárias, estas não interferiam no curso liberal da profissão à época.

A 3ª conferência nacional de saúde ocorrida em 1963, considerada por Sayd e *cols.* (1998), enquanto a conferência de "transição" desse período higienista, traz em seu bojo a discussão sobre o planejamento em saúde e a discussão sobre problemas relacionados aos recursos humanos em saúde: carência e má distribuição de mão de obra, necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização dos profissionais de saúde em regiões mais carentes.

Neste sentido, a 3ª conferência não é considerada como parte do período campanhista (como as duas anteriores), contudo, ainda não se observa a discussão sobre os rumos da formação em saúde, necessidade de mudança, sobretudo a formação médica. (SAYD *et al*, 1998)

A 4ª conferência nacional de saúde realizada no ano de 1967 no Rio de Janeiro, sob o título: "Recursos humanos para as atividades de saúde", remonta o contexto da saúde como objeto para o desenvolvimento social e econômico dessa época. A partir dessa concepção, essa quarta conferência se estruturou em eixos de trabalho que abordaram: o profissional de saúde que o Brasil necessita, formação de pessoal de nível médio e auxiliar, responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a formação dos profissionais de saúde, responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Diferente das três conferências anteriores, a 4ª conferência basicamente focou a discussão em relação ao planejamento de recursos humanos em saúde, apesar de não focar ainda na temática da formação médica. (SAYD *et al*, 1998; BRASIL, 1967)

Na 5ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília em agosto de 1975, é possível perceber por meio do texto oficial de relatoria que a temática da formação em saúde já era preocupação marcante e suscitava debates. Particularmente nessa conferência, a questão da integração entre o ministério da educação e os demais setores, sobretudo a saúde, já eram pensados. Além disso, nota-se a discussão acerca da necessidade de adequar a formação dos recursos humanos em saúde às reais necessidades da população, conforme pode ser visto no fragmento abaixo:

> Procura o Ministério, com o mais vivo interesse, adequar a formação do pessoal de saúde aos reais problemas e necessidades de nossa população, promovendo experiências de desenvolvimento curricular e de novas metodologias de ensino e incentivando a criação de cursos em áreas não tradicionais. (BRASIL, 1975 p.23)

Nesse contexto, também foi debatido a relevância de uma reforma curricular que se adeque às realidades locais, bem como o papel essencial das instituições de ensino nessa adequação e aproximação com realidade local.

> A adequação dos currículos às reais necessidades do país e, particularmente, das suas regiões fisiográficas é da mais alta importância. Há a urgente necessidade de as instituições de ensino refletirem realisticamente sobre o seu papel na região onde estão inseridas, no sentido de, efetivamente, cumprir sua vocação regional. (BRASIL, 1975 p.24)

Ainda na temática dos recursos humanos em saúde, enfatizou-se a ausência de planejamento no sistema de ensino brasileiro, responsável pelo acelerado crescimento na oferta de cursos de formação profissional, contudo em total desarticulação com as necessidades socioeconômicas do país:

> [...] há distorções no que se refere à distribuição geográfica das instituições de ensino, tradicionalmente concentradas na faixa litorânea e no centro-sul do país; há distorções na composição da pirâmide educacional, com acentuada carência principalmente de auxiliares, técnicos e tecnólogos..., o sistema permanece ainda inteiramente voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que historicamente as tem caracterizado. (BRASIL, 1975 p.28)

Em 1977, na 6ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília, a discussão sobre a necessidade de planejamento da formação em saúde, a interface com o mercado de trabalho e a formação de especialistas, foram um dos temas que permearam o encontro durante a conferência, conforme destaque abaixo:

> De modo geral, a formação de recursos humanos procura atender às necessidades do mercado de trabalho. Na área da saúde, à medida que a oferta de serviços vai-se diversificando em áreas especializadas, o mecanismo formador de pessoal se prepara para oferecer ao mercado os especialistas procurados, portanto, considerados necessários. Na ausência de um planejamento adequado, o atendimento tende a se tornar cada vez mais sofisticado, mas caro e mais distanciado dos problemas prevalentes nas populações, para uma faixa reduzida de usuários que podem pagar pelos bens e serviços disponíveis. Nessa situação, o inverso também ocorre. A especialidade gera na sociedade uma demanda até então não evidenciada e a sociedade passa a pagar os novos serviços oferecidos pelos especialistas. Desse modo, os esforços dispendidos na formação de pessoal na área da saúde têm sido levados, por esta dinâmica, para uma direção bastante distanciada das reais necessidades da população. (BRASIL, 1977)

Em março de 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, intitulada: *"Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos"*, que ocorreu em Brasília e teve como um dos painéis de discussão a temática de recursos humanos para os serviços básicos de saúde, onde um dos pontos de discussão foi a atuação dos médicos nesse nível da atenção. (BRASIL, 1980)

Cabe lembrar que, dois anos antes, em 1978, ocorreu a conferência de Alma Ata (ex-URSS), no qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. A Declaração de Alma-Ata, como foi denominado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de Atenção Primária em Saúde:

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual

> os cuidados essenciais de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978- Alma Ata)

Nesse contexto, na 7ª Conferência Nacional de saúde, houve a tônica no que diz a relevância de preparar os recursos humanos para atuarem nessa nova lógica. No que tange os profissionais médicos, pode-se notar o debate levantado sobre a alta especialização da medicina e a necessidade de também formar profissionais com uma abordagem mais generalista e com perfil de formação próxima as necessidades da população/comunidade.

> Para a rede de serviços básicos, fulcro de todas as prioridades e atividades do Ministério da Saúde, segundo demonstram as diretrizes aqui apresentadas, não se mostra relevante as especializações. Entretanto, o programa defronta-se com a contradição da realidade do mercado de trabalho que está a privilegiar claramente as especialidades, sobretudo no campo da assistência médica, fazendo com que os programas de saúde sejam derrubados pela prática da medicina assistencial, onde permanece inarrecadável a hegemonia do médico. (BRASIL, 1980 p.25)

Para Sayd e *cols.* (1998) esse contexto norteou os debates sobre a formação e utilização dos recursos humanos onde convergem as proposições para: a necessidade de substituir a especialidade pela generalidade, aumentar a realização de ações preventivas, dedicar maior atenção aos problemas coletivos da saúde e implantar equipes médicas generalistas.

Ainda analisando os registros oficiais dessa conferência, uma questão que surgia recorrentemente nas falas dos presentes era: Como modificar a formação profissional, sobretudo do médico, para que a graduação prepare recursos humanos adequados às necessidades do serviço? Nesse ponto, destaca-se o fragmento abaixo, retirado do documento.

> Considerando que são os serviços que devem orientar o mercado de trabalho, pois que este último só terá oferta para profissionais aptos a desempenharem as atividades em que se subdividem os mencionados serviços, não é a formação que modificará a situação e sim a significação que representar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde dentro do mercado. As universidades deverão rever seus currículos e prioridades, no objetivo do preenchimento das exigências e ofertas do mercado de trabalho. Paralelamente a esta colocação, existe uma proposta alternativa na qual se busca uma aproximação entre graduação e a prática dos serviços de saúde [...]. (BRASIL, 1980 p.34)

Analisando os relatos contidos no documento bem como o fragmento destacado acima, parecia à época não se pensar tanto em políticas e articulação entre Ministério da Saúde e Educação, e sim na aposta do mercado de trabalho nessa regulação, já que se projetava a magnitude e relevância que a atenção básica iria assumir em relação à demanda de

profissionais de saúde. Contudo, já se expressava a importância de se readequar os currículos frente às necessidades de aproximação dos serviços de saúde e comunidade.

Ainda nessa conferência, Jairnilson Paim corrobora com a discussão e desdobramentos acerca da temática da reorientação da formação dos recursos humanos, enfatizando que estava havendo a concretização de intenções governamentais visando à reorientação da estrutura de prestação de serviços de saúde no país e que neste sentido, a integração entre atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas, com ênfase nos serviços básicos passavam a sugerir novas redefinições na política de formação de recursos humanos. O fragmento abaixo complementa essa reflexão:

> Também há que se fazer profundas modificações nas universidades, não apenas simples modificação de currículo- há reformistas inveterados que procuram reformar currículo mudando disciplina de lugar e etc [...] mas, sim uma mudança profunda, atingindo a raiz do problema e identificando as questões de ordem social, de política econômica e de política de produção. [...]. (BRASIL, 1980 p. 88- **grifo do autor)**

Uma reflexão que se pode tirar nessa parte do documento é discussão acerca da complexidade que envolve as modificações das instituições de ensino e seus currículos. Chama ainda a atenção o fato do reconhecimento de que esta reforma necessitava passar para além da mudança curricular, onde se reconhece que existem outros fatores condicionantes e ou determinantes que precisam ser levados em conta para efetivação de uma profunda mudança.

Em 1986 ocorreu a 8ª conferência nacional de saúde sob o tema: *"Democracia é saúde",* teve como pautas: a saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. (BRASIL, 1986)

Através da análise do documento oficial dessa conferência, nota-se a tônica voltada para a saúde enquanto direito essencial no contexto da Reforma Sanitária em curso. Como resultado das discussões para reformulação do Sistema Nacional de Saúde, surge a proposta de por meio do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) a pretensão de se superar a histórica dicotomia entre saúde pública e a atenção médica curativa. Segundo Sayd et al (1998), *"as intensas discussões em relação à política de recursos humanos necessária para implementar o SUDS deram lugar à I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde".*

Nesta conferência, a temática de formação dos profissionais de saúde, parece restrita na segunda temática quando dos requisitos para a reformulação do sistema Nacional de Saúde, onde se pontuou a necessidade da formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado. (BRASIL, 1986)

- Conferências Nacionais de Saúde: Pós SUS

A 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em agosto de 1992 sob o título: *"Descentralização é o caminho".* Essa conferência ocorreu tendo como base legal a nova constituição (1988), tendo como temas centrais: sociedade, governo e saúde, seguridade social, implementação do SUS e o controle social. (BRASIL, 1992)

No eixo referente à implantação do SUS, dentre as deliberações há a temática referente aos recursos humanos em saúde. No documento, dentre os elementos e ações para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS, inclui: a) promover a imediata regulamentação do artigo 200 inciso III da constituição federal sobre a atribuição do SUS para o ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde; b) promover a revisão dos currículos profissionais adequando às realidades sócio-epidemiológicas e necessidades das populações; c) Assegurar o estabelecimento de critérios para a formação dos profissionais de saúde, no que tange a abertura de novos cursos na área de saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento; d) Garantir a universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteiras, estabelecendo mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS. (BRASIL, 1992)

O documento ainda coloca que para cumprir esses objetivos faz se necessária a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços com o projeto de implementação do SUS, assegurando também a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde. Ainda, introduzir no currículo de formação dos profissionais de saúde o "estágio compulsório" na rede básica de serviços a fim de proporcionar maior contato com as realidades locais. (BRASIL, 1992)

Em 1996, a 10ª conferência nacional de saúde, sob o lema "*Onde dá SUS, dá certo*!", teve como eixos de discussão: saúde, cidadania e políticas públicas, gestão e organização dos serviços de saúde, controle social na saúde, financiamento da saúde, recursos humanos para a saúde, e atenção integral à saúde. (BRASIL, 1992)

Nessa conferência discutiu-se a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, onde se enfatiza a relevância do Ministério da Saúde em assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos em saúde em conjunto com o Ministério da Educação. Os tópicos abaixo retratam as principais diretrizes no que concerne a reorientação da formação em saúde:

I- Fortalecimento dos vínculos com universidades, promovendo articulações intersetoriais para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva;

II- Revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e conselhos de saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, às necessidades epidemiológicas e às demandas qualitativas e quantitativas dos SUS;

III- Estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde garantindo um intercâmbio entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;

IV- Reestruturação de programas de Residência Médica e estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do SUS;

V- Os gestores do SUS devem apoiar e valorizar os projetos das instituições formadoras de recursos humanos em saúde;

VI- O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde devem questionar junto ao Ministério da Educação, aos conselhos de profissionais da área da saúde e às universidades, os processos de revisão curricular, com o objetivo de humanizar a relação entre a equipe de saúde e os usuários do SUS;

VII- Inclusão de conteúdos de Saúde Pública e SUS, saúde comunitária e conteúdos de ciências sociais e humanas nos currículos dos cursos de graduação a área da saúde.

Nota-se nessa conferência a maior ênfase na reorientação da formação a partir das mudanças curriculares nos cursos da área da saúde bem como a valorização da integração do ensino e serviço na formação de recursos humanos em saúde.

Em dezembro de 2000, ocorreu a 11ª conferência nacional de saúde que teve como tema: "*O Brasil falando como quer ser tratado- Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social".*

O debate nessa conferência foi amplo no que tange as temáticas abordadas e conforme o documento oficial, esta foi subdivida em exposição do cenário geral (com subtemas como os recursos humanos, por exemplo) e proposições.

No que concerne à educação na área da saúde, esta foi muito enfatizada, trazendo à tona a necessidade de não formar pessoal competente tecnicamente estritamente, mas também profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde. (BRASIL, 2000)

> Nesse contexto, a relação dos profissionais com os serviços é marcada pela falta de compromisso, embora existam profissionais comprometidos. O médico se forma e não tem nenhum compromisso com a população ou com a sociedade, que é quem investe nessa formação. [...] Os participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada, hoje, para o atendimento da população usuária do SUS. Há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, que precisa ser melhor preparado quanto à humanização. (BRASIL, 2000 p.42)

É ressaltado também o papel do Ministério da Educação na readequação curricular e reorientação da formação em coerência com o Sistema Público de Saúde:

> O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica. Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera da clientela, dificultando o acesso. [...] As universidades não estão cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. 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 Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. [...] Dessa forma, cristalizam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos. (BRASIL, 2000 p.43)

Essa Conferência destacou ainda frentes de análise e consequentes proposições, cabendo aqui o destaque para a formação dos recursos humanos em saúde:

I-**Ordenamento da Formação de Recursos Humanos pelo SUS:** Onde se enfatizou a necessidade de regulamentar o artigo 200 da Constituição Nacional, no que se refere o ordenamento da formação em saúde pelo SUS; incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em Saúde no Brasil; estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS, e passar ao SUS a decisão sobre

especialidades a serem criadas ou extintas e a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da Saúde.

II- **Redimensionamento do Papel dos Aparelhos Formadores em Saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS:** Propõem-se a revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e o trabalho no SUS; promover a articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de Controle Social do SUS; conformar estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na Atenção à Saúde.

Nessa conferência ainda se discutiu a formação de profissionais sobre o prisma da regulação e o papel das instituições de ensino, onde uma das proposições diz respeito à criação de critérios rígidos para regular a implantação de novas instituições, a abertura de cursos e também a ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade de cada região. Outro ponto que tornou a ser revisitado foi a necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos de nível superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS. Discutiu-se ainda, a urgência na implementação de novas diretrizes curriculares para ensino da área da Saúde, de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da Saúde, disciplinas sobre Saúde Coletiva. (BRASIL, 2000)

A 12ª conferência nacional de saúde foi realizada em dezembro de 2003 em Brasília, sob o título: *"Saúde: direito de todos, dever do estado! A saúde que temos, o SUS que queremos".*

Entre os eixos temáticos da conferência estava o trabalho em saúde. Cabe lembrar a criação da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) nesse mesmo ano o que corrobora para o destaque desse tema.

Os debates giraram em torno das condições precárias de trabalho e vínculo dos trabalhadores de saúde e as proposições como a implantação de PCCS (Plano de Cargos Carreiras e Salários). (BRASIL, 2003)

No que se refere à formação, o que foi discutido foi a lacuna entre o sistema formador e os rumos do Sistema de Saúde, como exemplo, a expansão da Estratégia Saúde da Família como aposta de reorganização da Atenção Básica e a demanda que essa expansão gerou,

principalmente no que tange a formação de profissionais com perfil para atuação nesse nível da atenção. O fragmento abaixo contextualiza esse debate:

> O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não estão voltadas para as necessidades de saúde da população e o SUS acaba tendo que suprir as deficiências da formação formal com capacitações. (BRASIL, 2003 p.77)

Em 2008, ocorreu a 13ª conferência nacional de saúde que trazia como título: *"Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento".* Nessa conferência foi discutida a necessidade de postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e atores sociais, para a formulação de políticas que aproximem as diferentes realidades dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando também a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS. (BRASIL, 2008)

Nessa conferência, diferente das anteriores, foram citados programas e iniciativas para a reorientação da formação em saúde como relevantes estratégias, tais como o Pró Saúde e o Ver SUS. O fragmento abaixo sintetiza essa discussão:

> Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, a produção de conhecimentos e a qualificação da formação em saúde. (BRASIL, 2008 p.93)

O incentivo à pós-graduação pautada nas demandas do SUS também foi mencionado em uma das mesas:

> Os Ministérios da Saúde e da Educação, as secretarias estaduais de saúde e educação devem estimular a realização de cursos de especialização, residências multiprofissionais, residências médicas e mestrados profissionais em saúde, a partir das necessidades do SUS, com ênfase nas áreas de atenção básica em saúde da família e comunidade, e garantir no âmbito estadual e federal os mecanismos de financiamento permanente destes. (BRASIL, 2008 p.93)

Por fim, a última conferência de saúde (14ª) foi realizada em 2012 com o título: "*Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro"*. (BRASIL, 2012)

A 6ª diretriz dessa conferência versou sobre uma política nacional que valorize o trabalhador, onde a maior ênfase foi o trabalho em saúde. No tocante à formação e saúde, foi pontuada a articulação interministerial (Saúde e Educação) e a revisão e readequação dos currículos frente às demandas do SUS. O destaque abaixo transmite a ideia dessa temática discutida nessa última conferência realizada:

> Determinar que todos os cursos de formação de profissionais de saúde tenham incluídos em suas disciplinas ou módulos temas sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes e modos de funcionamento, preparando os profissionais de saúde para o trabalho no SUS. [...] Instituir, por meio de parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, nas disciplinas apropriadas, conteúdos curriculares relacionados com as políticas públicas, SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social, educação em saúde, entre outros, nos currículos e na grade curricular dos cursos de graduação de universidades públicas e privadas. (BRASIL, 2012 p.41)

Assim, essa parte do presente capítulo foi dedicada a resgatar ao longo do tempo, por meio dos registros que fazem menção às conferências nacionais de saúde (através de registros oficiais e outras fontes secundárias) a abordagem da temática da formação em saúde bem como a necessidade de reorientação da formação desses profissionais em acordo com as demandas dos SUS, dentre estas demandas, uma destas diz respeito ao cerne do presente trabalho: A Atenção Básica em Saúde.

E no que tange a esse nível de atenção, as discussões apontaram para o amadurecimento da ideia da relevância em contemplar a AB nos currículos das profissões em saúde, da relevância da integração da academia com os serviços de atenção básica e consequentemente maior imersão desses profissionais nesse nível da atenção.

O estímulo da sequência da formação por meio das pós graduações, sobretudo com destaque àquelas que se propõem a maior vivência na AB também pôde ser observado. O que também levou à reflexão foi o fato de que não foi possível captar nesses registros das conferências a discussão sobre a relevância de também implementar estratégias para maior aproximação das graduações com as residências e outras pós graduações.

Como bem apontam Feuerwerker & Sena (2002), *"Conforme avançam as mudanças, está se tornando necessário repensar o processo de formação profissional como um todo, articulando coerentemente a graduação, as várias modalidades de pós-graduação e a educação permanente"*. Penso assim, que é imperativo "costurar" essa parceria a fim de

caminhar para uma efetiva mudança na formação em saúde, sobretudo de médicos, categoria profissional alvo do presente estudo.

2. **PANORAMA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: BRASIL E ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Esse capítulo tem por objetivo apresentar um panorama geral dos cursos de graduação em medicina, em nível nacional, segundo sua distribuição, esfera organizativa, número de vagas, ingressos e concluintes, com objetivo de subsidiar a discussão acerca do perfil da graduação médica e seu contexto no estado do Rio de janeiro. Para elaboração do presente capítulo, utilizou-se como principal fonte de dados o Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – **SIGRAS** que consiste em uma ferramenta que processa dados da Educação Superior do INEP/MEC, desenvolvido pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

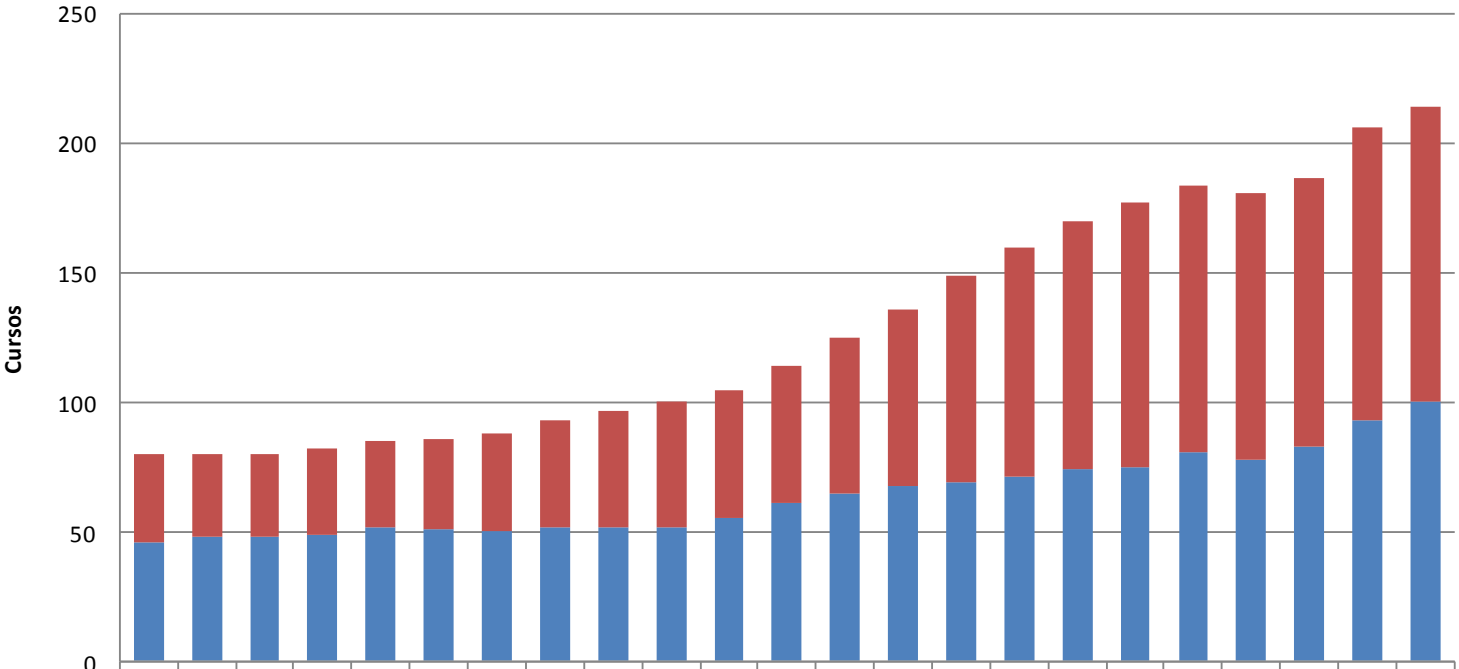
2.1 **Panorama da graduação em medicina no Brasil**

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2013 existem 214 cursos de graduação em medicina e 190 instituições que ofertam graduação em medicina no Brasil (SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ, 2013). A evolução do quantitativo de cursos nas duas últimas décadas revela o incremento na abertura de novos cursos no país, onde de 1991 até o ano de 2013 há o surgimento de 134 novos cursos de graduação em medicina. Contudo, esse crescimento se apresentou mais acentuado na última década (2002 a 2014) com abertura de 100 cursos dos 134 criados nas duas últimas décadas.

Nesse contexto de expansão, no que tange a natureza jurídica desses cursos, 53,3% pertencem a instituições privadas, ou seja, 114 cursos privados frente a 100 públicos. No ano de 1991, existiam mais cursos públicos que privados. Em 2005, o cenário se inverteu, onde se observa que o setor privado ultrapassou, em número de cursos, o setor público. Observa-se ainda que, embora na esfera pública o aumento do número de cursos também tenha se dado (102,2%), o de natureza privada foi superior (232,4%) neste período entre 1991-2005. Cabe ainda o destaque para os dois últimos anos, onde do ano de 2012 para 2013 houve aumento de sete cursos de instituições públicas frente a apenas um em instituição privada. Tais dados isolados podem não oferecer a consistência necessária, contudo, tais dados quando analisados ao longo do tempo, traduzem a tendência de criação de cursos segundo natureza jurídica no

país. O gráfico 1 apresenta a evolução dos cursos de graduação em medicina nas duas últimas décadas.

Gráfico 1. Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica, 1991-2013-Brasil, 2013



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Privado	34	32	32	33	33	35	38	41	45	48	50	53	60	68	80	89	96	102	103	103	104	113	114
Público	46	48	48	49	52	51	50	52	52	52	55	61	65	68	69	71	74	75	81	78	83	93	100

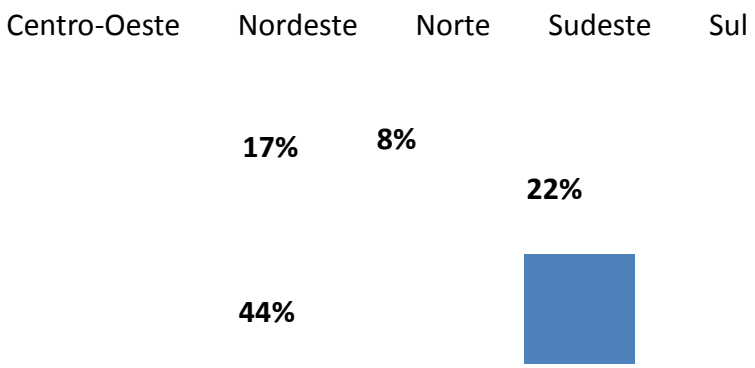
Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

No que tange o número de vagas nas duas últimas décadas, em 1991 eram ofertadas 7.786 mil vagas distribuídos entre as esferas privadas e públicas, em 2013, o total de vagas alcançou 20.670 mil em nível nacional, representando um aumento de pouco mais de dez mil vagas em 20 anos. Quando comparamos entre as esferas, fica nítido o aumento sobretudo da oferta privada ao longo dos anos, que sai de 3.146 vagas em 1991, para 12.180 vagas em 2013. Ainda, segundo dados do INEP, o Brasil formou no ano de 2013 cerca de 16.495 médicos.

Com relação à distribuição desses cursos nas grandes regiões do país, nota-se que a região Sudeste detém quase metade dos cursos de graduação em medicina do Brasil (44%), seguida pela região Nordeste, que apresenta 22% do quantitativo dos cursos. As regiões Norte

e Centro-Oeste possuem a menor oferta de cursos de medicina, representando 9% e 8% do total nacional respectivamente (gráfico 2). Ainda, apesar da concentração de 44% dos cursos na região Sudeste, a taxa de crescimento do incremento de cursos na última década aponta para o maior crescimento na região Norte representando 300,6% em expansão.

Gráfico 2. Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Ainda analisando por regiões, o estado de São Paulo é o que apresenta o maior número de cursos em 2013 (40 cursos), seguido pelos estados de Minas Gerais (32) e Rio de Janeiro (18). Cabe destacar ainda que, os estados do Acre, Amapá e Roraima são os que apresentam o menor quantitativo de cursos de medicina, com uma oferta de curso cada um. O quadro 2 apresenta o detalhamento da distribuição dos cursos de graduação em medicina por estado brasileiro.

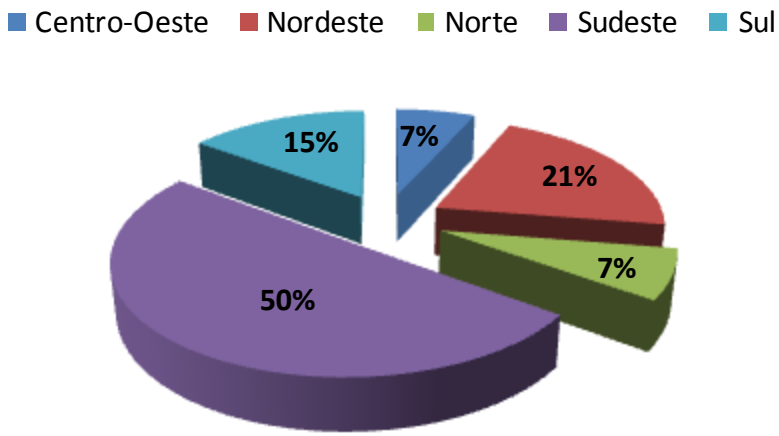
Quadro 2. Quantitativo dos cursos de medicina por Grandes Regiões e Unidades da Federação segundo Localização. Brasil - 2013

			Cursos
Centro-Oeste	DISTRITO FEDERAL	Capital	5
	GOIÁS	Capital	3
		Interior	2
	MATO GROSSO	Capital	2
		Interior	2
	MATO GROSSO DO SUL	Capital	2
		Interior	1
Nordeste	ALAGOAS	Capital	2
	BAHIA	Capital	5
		Interior	5
	CEARÁ	Capital	5
		Interior	2
	MARANHÃO	Capital	3
	PARAÍBA	Capital	3
		Interior	4
	PERNAMBUCO	Capital	6
		Interior	1
	PIAUÍ	Capital	4
	RIO GRANDE DO NORTE	Capital	2
		Interior	1
	SERGIPE	Capital	1
		Interior	3
Norte	ACRE	Capital	1
	AMAPÁ	Capital	1
	AMAZONAS	Capital	3
	PARÁ	Capital	5
	RONDÔNIA	Capital	3
		Interior	1
	RORAIMA	Capital	1
	TOCANTINS	Capital	1
		Interior	3
Sudeste	ESPÍRITO SANTO	Capital	3
		Interior	2
	MINAS GERAIS	Capital	5
		Interior	27
	RIO DE JANEIRO	Capital	7
		Interior	11
	SÃO PAULO	Capital	15
		Interior	25
Sul	PARANÁ	Capital	5
		Interior	8
	RIO GRANDE DO SUL	Capital	3
		Interior	9
	SANTA CATARINA	Capital	1
		Interior	10
Total			**214**

Fonte: INEP/MEC- SIGRAS/ObservaRH IMS-UERJ, 2014.

Segundo os dados de 2013, metade dos ingressos nos cursos de graduação em medicina do país, se deu em instituições de ensino da região Sudeste. Assim, os estados: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo concentram metade dos ingressantes em medicina do país. Em contraste, o menor percentual de ingressos se deu na região Centro-Oeste e Norte (7%), conforme demonstra o gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição de ingressos em cursos de medicina por região. Brasil, 2013

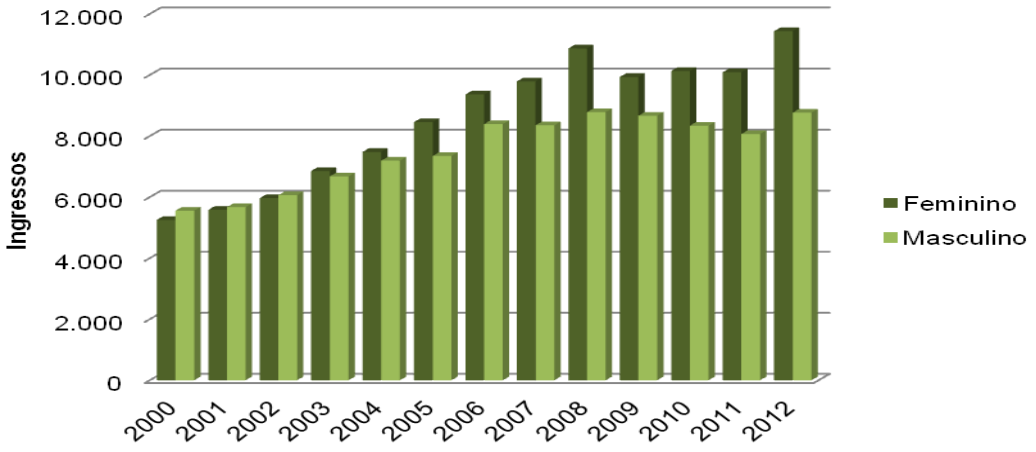


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Contudo, apesar da concentração de ingressantes na região Sudeste, a região Norte foi quem apresentou o maior aumento do número de ingressantes entre o período de 2000-2013, sendo uma taxa de crescimento de 382%, seguida da região Nordeste (164%). A região sudeste, apresentou menor taxa de crescimento de ingressantes no período (55%).

Ainda no que diz respeito aos ingressantes, o perfil aponta para a inversão na última década com relação ao gênero, com aumento de ingressos do sexo feminino (56,6% em 2012), estes dados são relevantes para a reflexão sobre as especialidades e o mercado de trabalho, haja vista a tendência de feminização da medicina nos últimos anos (gráfico 4).

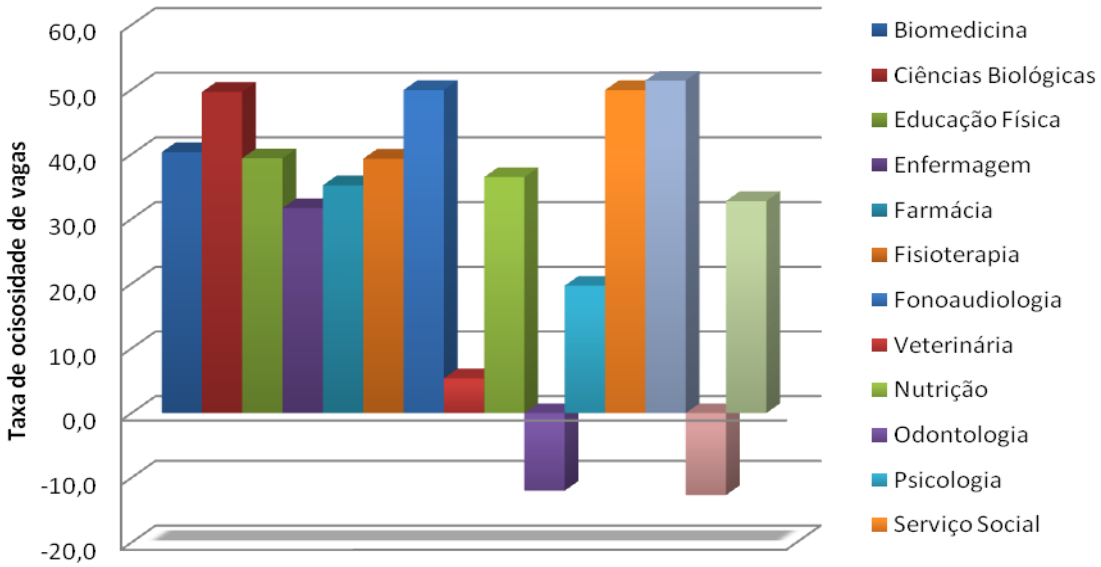
Gráfico 4. Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação em medicina segundo sexo. Brasil, 2000-2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

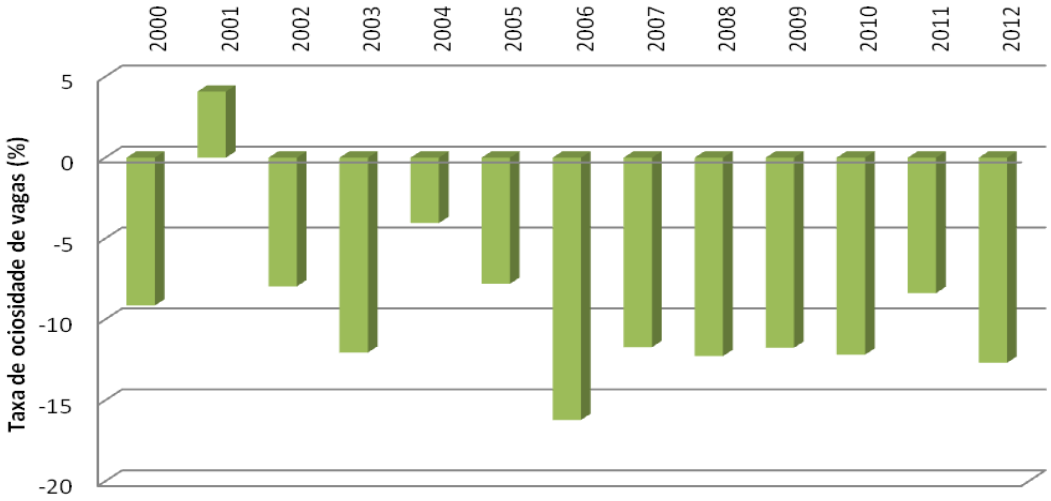
No que se refere ao percentual de vagas não preenchidas, o curso de graduação em medicina apresenta a menor taxa de ociosidade (-12,7%) quando comparado com as demais graduações em saúde, seguido pela odontologia (-12%) em 2012, conforme pode ser analisado no gráfico 5. Ainda, o gráfico 6 apresenta a tendência da ociosidade de vagas em medicina no período de 2000-2012, revelando que o número de ingressos ainda é superior ao número de vagas ofertadas no país.

Gráfico 5. Taxa de ociosidade de vagas segundo cursos de graduação da saúde. Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

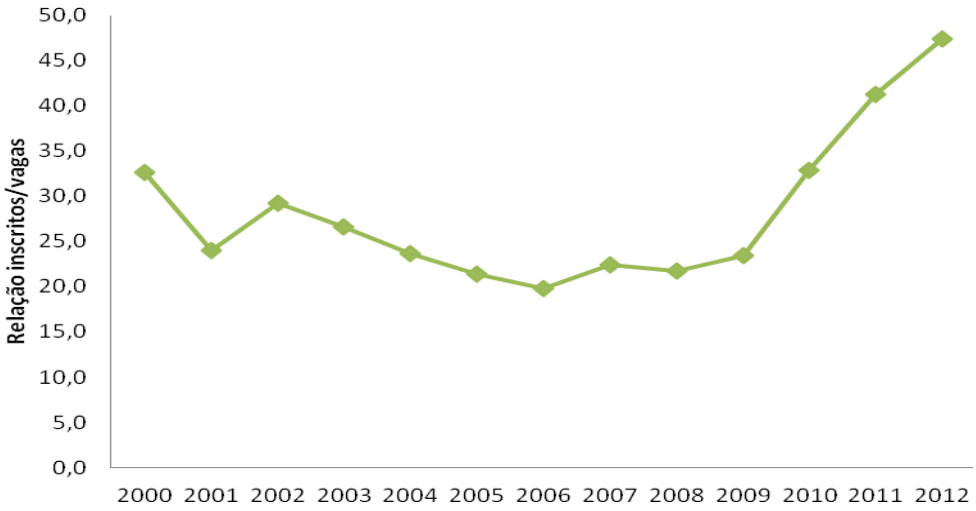
Gráfico 6. Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina, 2000-2010- Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Com relação entre o número de inscritos e o número de vagas ofertadas para os cursos de medicina, ou seja, a concorrência entre os candidatos que desejam ingressar nos cursos de graduação de medicina, no período de 2000-2012, observa-se grande procura e concorrência por cursos de medicina durante todo o período. Em 2010, a relação se dava entre 32,6 inscritos por vaga e em 2012 foi de 47,4 por cada vaga ofertada, como sugere o gráfico abaixo.

Gráfico 7. Relação inscritos/vaga em cursos de graduação da saúde, 2000-2012- Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

2. 2 **Caracterização dos cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro**

O estado do Rio de Janeiro possui 18 cursos de graduação em medicina implantados, em 14 instituições de ensino, distribuídos em 12 municípios, totalizando 9% da oferta de cursos, sendo o terceiro estado do país a concentrar o maior número de cursos.

Analisando a distribuição de cursos no estado, aponta-se para a concentração de cursos no município do RJ com 7 cursos no ano de 2013. Todos os demais municípios representados possuem um curso implantado. A tabela 1 apresenta os municípios do estado do Rio de Janeiro que possui algum curso de medicina implantado até o ano de 2012.

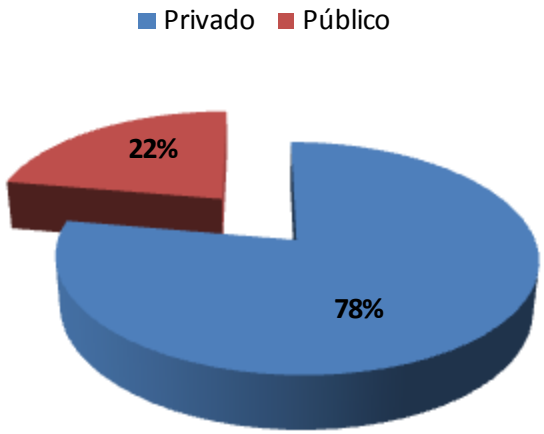
Tabela 1. Quantitativo de cursos de graduação em medicina por municípios do estado do Rio de janeiro. Brasil, 2013

Município	Cursos
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1
DUQUE DE CAXIAS	1
ITAPERUNA	1
MACAE	1
NITEROI	1
NOVA IGUACU	1
PETROPOLIS	1
RIO DE JANEIRO	7
TERESOPOLIS	1
VALENCA	1
VASSOURAS	1
VOLTA REDONDA	1
Total	**18**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Segundo dados do ano de 2013, 78% dos cursos de graduação em medicina oferecidos no estado do Rio de Janeiro são ofertados por instituições privadas frente a 22% das instituições públicas (gráfico 8), seguindo assim, o mesmo perfil do país, ou seja, oferta de cursos com predominância de instituições privadas. Sem dúvidas é importante ter em mente tal característica de predominância de oferta privada de cursos de medicina quando se pensa em políticas de reorientação da formação.

Gráfico 8. Percentual de cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica. Brasil, 2013



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

O quadro 3 apresenta a evolução de ingressos no período de 1991-2012, segundo natureza jurídica. Nota-se a maior evolução de ingressos pela esfera privada, onde, dos 2633 ingressantes do ano de 2012, 1853 pertencem às instituições privadas.

Quadro 3. Evolução de ingressos de medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica, 1991-2012. Brasil, 2012

Ano	Público	Privado	Total
1991	528	1091	1619
1992	572	1081	1653
1993	569	1137	1706
1994	604	1233	1837
1995	659	1344	2003
1996	572	1082	1654
1997	592	1504	2096
1998	609	2175	2784
1999	596	1779	2375
2000	594	2040	2634
2001	600	2135	2735
2002	604	2194	2798
2003	656	2180	2836
2004	645	2222	2867
2005	604	2286	2890

2006	622	2444	3066
2007	609	2473	3082
2008	607	2589	3196
2009	646	1904	2550
2010	688	1794	2482
2011	687	1750	2437
2012	780	1853	2633

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Quando analisado segundo vagas, os dados apresentam que para a esfera pública, apesar do menor crescimento, há uma tendência regular de ofertas de vagas obtendo pouca variação ao longo das duas últimas décadas. Quanto às vagas de origem privada, observa-se maior aumento nos anos: 2001, 2004, 2005 e 2008, seguidos, porém de redução nos anos seguintes. Neste contexto, reflete-se a maior variação de ofertas de vagas no setor privado ao longo das duas últimas décadas. Em 2012, as vagas privadas representavam 1.552 mil das 2.254 mil vagas em nível nacional (quadro 4).

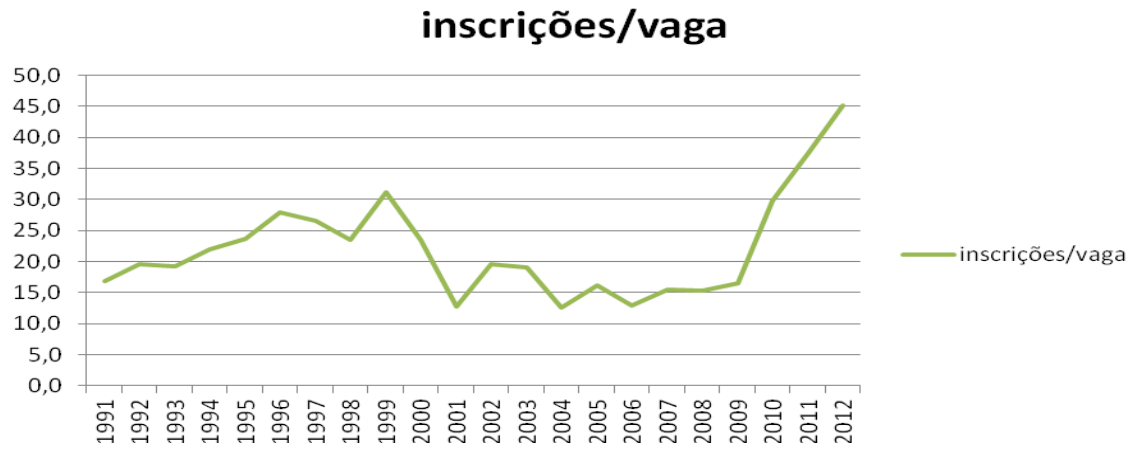
Quadro 4. Evolução de vagas de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro segundo natureza jurídica, 1991-2012. Brasil, 2012

Ano	Público	Privado	Total
1991	520	1090	1610
1992	553	1112	1665
1993	552	1092	1644
1994	564	1142	1706
1995	654	1276	1930
1996	564	984	1548
1997	564	1602	2166
1998	567	1615	2182
1999	570	1626	2196
2000	574	1686	2260
2001	584	3188	3772
2002	584	1853	2437
2003	587	1813	2400
2004	586	2952	3538
2005	586	2106	2692
2006	586	1986	2572
2007	586	1859	2445
2008	586	2082	2668
2009	616	1697	2313
2010	660	1763	2423
2011	670	1682	2352
2012	702	1552	2254

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

No que tange a concorrência numérica pelas vagas ofertadas no estado do RJ, os dados demonstram de uma maneira geral, uma evolução na procura pelo curso refletindo no aumento das inscrições, com exceção para os anos de 2001 e 2004 onde houve uma maior queda na procura. Se compararmos os anos de 1991 e 2012, temos: 16,9 candidatos por vaga e 45,1 por cada vaga oferecida, nos anos de 1991 e 2012 respectivamente (gráfico 9).

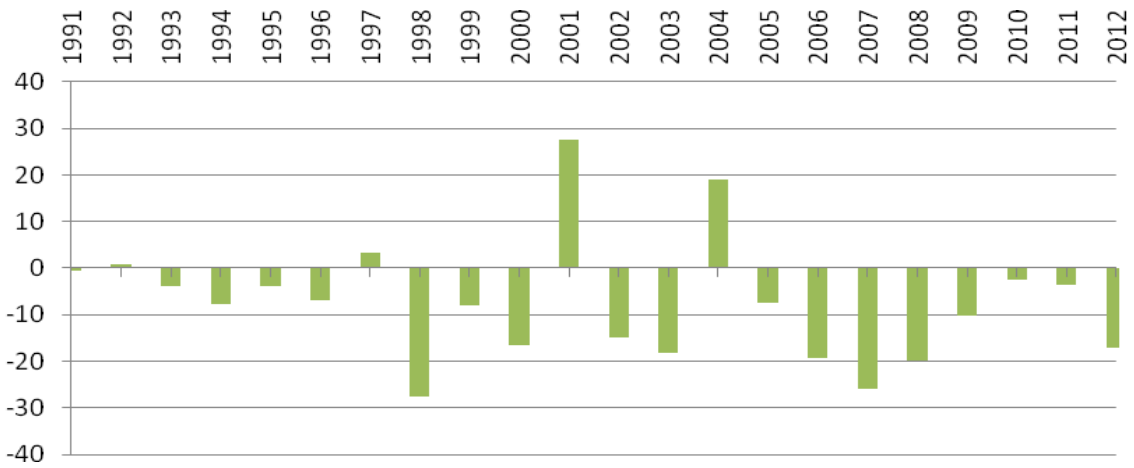
Gráfico 9. Relação de inscrições por vaga nos cursos de graduação em medicina do estado do Rio de Janeiro, 1991-2012. Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

No estado do RJ, o curso de medicina apresenta de maneira geral uma taxa de ociosidade negativa, ou seja, o número de ingressos é superior ao número de vagas ofertadas. Com exceção para os anos de 1996, 2001 e 2004, onde estes apresentaram menor número de ingressos para as vagas oferecidas havendo vagas ociosas para estes anos. Em 2012, foram 2.254 vagas e 2.633 ingressos de medicina, apontando para o não desperdício de vagas no estado (gráfico 10).

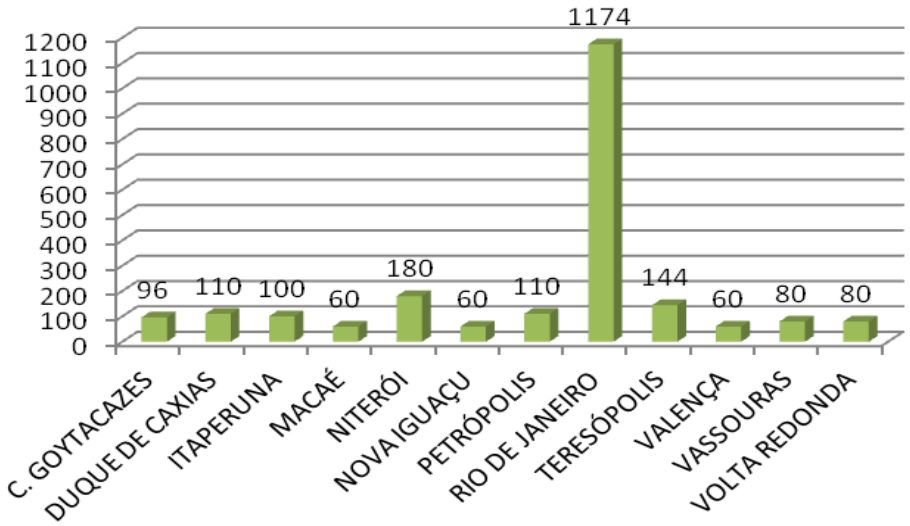
Gráfico 10. Taxa de ociosidade de vagas de medicina no estado do Rio de Janeiro, 1991-2012. Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Caracterizando o quantitativo e distribuição de vagas no estado, o município do RJ detém a maior oferta, sendo 1174 vagas no ano de 2012. Niterói (município da Região Metropolitana do estado) apresenta o segundo maior quantitativo, representando um total de 180 vagas, seguido por Teresópolis (município da Região serrana) com 144 vagas em 2012. O gráfico 11 apresenta o quantitativo de vagas de graduação em medicina segundo município.

Gráfico 11. Quantitativo de cursos de graduação em medicina segundo municípios, 2012. Brasil, 2012



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

O quadro 5 traz a síntese da evolução dos cursos de medicina segundo: cursos, matrículas/concluintes por gênero, vagas, inscrições e ingressos. Houve em duas décadas, a implantação de 6 cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro e um incremento de pouco mais de 27 mil inscritos em 1991 para cerca de 100 mil inscritos no ano de 2012.

Quadro 5: Evolução dos cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro segundo quantitativo de cursos, número de vagas, inscrições e ingressos. 1991-2012. Rio de Janeiro, Brasil

		MATRÍCULAS			CONCLUINTES					
ANO	**CURSO**	**FEM.**	**MASC.**	**TOT.**	**MASC.**	**FEM.**	**TOT.**	**VAGAS**	**INSCRIÇÕES**	**INGRESSOS**
1991	13	4.815	4.709	9.524	793	711	1.504	1.610	27.262	1.619
1992	13	4.961	4.762	9.723	802	808	1.610	1.665	32.618	1.653
1993	13	5.397	3.926	9.323	666	745	1.411	1.644	31.701	1.706
1994	13	5.234	4.060	9.294	716	820	1.536	1.706	37.595	1.837
1995	15	5.498	4.238	9.736	834	866	1.700	1.930	45.562	2.003
1996	13	4.991	4.952	9.943	623	754	1.377	1.548	43.151	1.654

1997	15	4.941	5.390	10.331	641	795	1.436	2.166	57.431	2.096
1998	16	5.478	6.031	11.509	706	761	1.467	2.182	51.366	2.784
1999	16	5.555	5.984	11.539	723	799	1.522	2.196	68.433	2.375
2000	16	6.182	6.598	12.780	817	787	1.604	2.260	53.220	2.634
2001	16	6.601	7.335	13.936	989	892	1.881	3.772	48.031	2.735
2002	16	6.749	7.165	13.914	1.003	901	1.904	2.437	47.583	2.798
2003	17	6.953	6.995	13.948	1.124	1.003	2.127	2.400	45.615	2.836
2004	17	6.913	6.834	13.747	1.186	1.042	2.228	3.538	44.828	2.867
2005	17	7.028	6.686	13.714	1.252	1.214	2.466	2.692	43.726	2.890
2006	17	7.351	6.709	14.060	1.210	1.224	2.434	2.572	33.468	3.066
2007	17	7.661	6.627	14.288	970	1.110	2.080	2.445	38.048	3.082
2008	17	8.083	6.690	14.773	1.015	1.130	2.145	2.668	41.114	3.196
2009	18	9.263	7.083	16.346	977	1.141	2.118	2.313	38.155	2.550
2010	18	9.294	7.188	16.482	1.002	1.275	2.277	2.423	72.362	2.482
2011	18	9.378	7.092	16.470	1.026	1.482	2.508	2.352	88.346	2.437
2012	**19**	9.235	6.931	16.166	1.154	1.522	2.676	2.254	101.767	2.633

FONTE: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ 2015

3. PROGRAMAS E INICIATIVAS PARA REORIENTAÇÃO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL: UMA DESCRIÇÃO DO PERÍODO DE 2001 A 2014

Antes mesmo da constituição do Sistema Único de Saúde, a formação dos profissionais de saúde já se deparava com algumas críticas, suscitando movimentos e projetos com objetivo de propor mudanças na formação. (CECCIM *et al*, 2002; CARVALHO & CECCIM, 2007; BATISTA, 2013)

Os documentos das Conferências Nacionais de saúde, conforme discutido em capítulo anterior no presente estudo, já indicavam que os problemas de inadequação e a distância existente entre a formação dos profissionais de saúde e a necessidade da população e do modelo de assistência em construção eram pautas a ser consideradas. Muitos dos movimentos que surgiram nesse sentido de proposição de mudanças na formação, convocavam as instituições formadoras a se aproximarem do serviço de saúde e a repensarem seus conteúdos e modelos pedagógicos, visando, assim, uma política de formação em saúde mais adequada ao SUS.

A integração entre o ensino e o serviço, levam as instituições de ensino, bem como o serviço, a repensarem seu papel e postura já há algumas décadas. Assim, alguns movimentos de mudanças na formação acenderam questionamentos e ações de reflexão e revisão do modelo biológico e hospitalocêntrico, característicos da formação e das práticas em saúde, principalmente da medicina. (CARVALHO & CECCIM, 2007)

No Brasil, o movimento em prol da mudança na formação em saúde foi ganhando espaço, onde fundamentalmente havia uma crítica contundente à forma fragmentada do ensino e na atenção em saúde. Consequentemente, projetos como: Uma Nova Iniciativa (UNI), Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), surgem representando iniciativas expressivas de transformação na formação de médicos e demais profissionais da saúde, mobilizando discussões principalmente nas universidades. Considera-se, contudo que, neste primeiro momento, a participação governamental na propulsão destas iniciativas era ainda incipiente e, pouca mudança permanente foi instalada. (BATISTA, 2013)

Mesmo que pontuais ou com ações de pouco efeito na mudança da formação biologicista e na prática fragmentada, essas propostas e experiências alimentaram e fortaleceram ideais de questionamento e enfrentamento ao modelo biologicista dominante.

Assim, o presente capítulo busca resgatar as principais iniciativas para a reorientação da graduação em medicina no Brasil tendo como plano de análise a última década (2001 a 2014). Tal ponto de corte justifica-se pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina em 2001, considerado como marco importante no âmbito para a reorientação do ensino de medicina no país.

3.1 **Antecedentes**

Muitas experiências inovadoras desenvolvidas nas décadas de 1970 e 1980 tiveram como um elemento central a diversificação dos cenários de ensino e de aprendizagem através da integração ensino-serviço e constituem importantes precedentes nesse contexto de novimento pela mudança na formação em saúde.

Algumas dessas experiências tiveram um impacto relevante sobre o processo de formação, estimulando que mudanças mais amplas acontecessem posteriormente. A maioria, no entanto, teve muito pouco impacto, por conta de vários problemas, entre eles, o tipo de relação que estabelecida entre universidades e serviços, caracterizando enquanto relações de subjugação e às vezes conflituosas. (FEUERWERKER, 2002)

Apesar do objetivo deste capítulo focar nas iniciativas e programas implementados a partir de 2001, entende-se a importância de resgatar, ainda que brevemente, os antecedentes históricos no cenário da formação em saúde. Esses marcos que consideramos relevantes estão apresentados sucintamente a seguir.

3.1.1 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- 1961e 1996

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) foi fixada pela Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961. No intuito de oferecer uma educação igualitária como direito de todos foi proposto pelo então Ministro da Educação Clemente Mariani o Projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que resultou na primeira Lei de Diretrizes e Bases. Esta lei foi modificada por algumas emendas e artigos, sendo reformada pelas leis 5.540/68, 5.692/71 e posteriormente, substituída pela LDB 9.394/96. (BRASIL, 1961; BRASIL, 1996)

A LDB fixa que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas atuais, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, devendo haver prestação de serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade. (FEUERWERKER, 2002)

Entretanto, a LDB é considerada um antecedente importante no cenário educacional, uma vez que a autonomia universitária é definida na *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB) como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e programas; planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, bem como para a elaboração da programação dos cursos. Assim, essa lei proporcionou maior autonomia às instituições de ensino. (FEUERWERKER, 2002)

Em 20 de dezembro de 1996, foi fixada a Lei no 9.394, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, reformulando e revogando alguns aspectos da LDB/61. Esta passa a ser a legislação mais recente no que tange a regulamentação das bases da educação nacional, onde permanece o princípio de autonomia universitária, tal como na LDB de 1961. (BRASIL, 1996)

Outro ponto relevante dessa nova LDB é o fato de que esta passa a apresentar uma perspectiva de organização de trajetórias de formação com fundamento em diretrizes gerais e não mais em "currículos mínimos", representando um caminho para a flexibilização curricular, para a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar.

3.1.2 Programa de Integração Docente Assistencial (IDA)

O Programa de Integração Docente (IDA), implantado em 1981 pelo Ministério da Educação, tinha por objetivo desenvolver projetos de formação profissional através da inserção dos estudantes em unidades de atenção básica visando à interação entre a academia e o serviço de saúde.

O projeto contou com 86 projetos distribuídos por 9 redes de programas no Brasil e em outros países da América Latina, ao longo da década de 1980. Contudo, apesar dos avanços expressos na conformação da Rede IDA – Brasil, da qual surgiram inúmeras experiências no país, o IDA limitou-se à assistência em saúde, com baixa participação de docentes e com a segmentação das ações, não resultando em significativas transformações nos currículos. (DIAS *et al*, 2013)

Entretanto, o projeto IDA se destaca pela inserção dos estudantes nos serviços de saúde através da extensão universitária e pela aproximação com a comunidade, por meio da integração ensino-serviço. Tais experiências, segundo alguns autores, se caracterizaram por ações desenvolvidas isoladamente por alguns setores ou departamentos, agregaram

professores, alunos e movimentos populares, tendo inclusive repercussão na 1ª CNRH (1986). (BATISTA, 2013)

3.1.3 Projeto UNI

No início dos anos 1990, surge Uma Nova Iniciativa (Projeto UNI), financiado pela Fundação Kellogg, com a finalidade de redimensionar questões relativas ao Programa IDA, implantado na década de 1980. As ações do UNI buscavam orientar a formação na perspectiva da multiprofissionalidade, do fortalecimento dos componentes curriculares (estágios obrigatórios na comunidade, ênfase em disciplinas que utilizassem a epidemiologia) e da aposta no componente dos serviços representado pelos Sistemas Locais de Saúde (Silos). (DIAS *et al*, 2013)

O UNI reforçava que os processos de mudança continuassem a ocorrer na comunidade, como forma de superar a dissociação entre proposições acadêmicas e sua aplicabilidade prática. No Brasil, foram implementados 6 projetos UNI, articulando diferentes atores nos serviços de saúde, universidades e organizações comunitárias. porém, sua iniciativa e financiamento não eram vinculados ao SUS, mas sim a uma articulação entre universidade, serviços locais de saúde e comunidade. Segundo Dias *et al* (2013), os projetos mobilizaram centenas de docentes e beneficiaram milhares de estudantes. Contudo, ainda segundo estes autores, a atuação do Ministério da Saúde na ordenação dos recursos humanos em saúde, mesmo após a implantação do SUS, pareceu limitada e sem forte articulação entre os ministérios da Educação e Saúde para a viabilização de mudanças curriculares em prol do Sistema Único de Saúde.

Apesar do contexto ainda desfavorável nessa época, houve de certa forma, um processo de participação das universidades neste período, sendo as ações da Rede Unida, um exemplo deste processo (que juntou os ideários dos projetos UNI e IDA, ou seja, integração ensino-serviço-comunidade). (DIAS *et al*, 2013)

No que tange a Rede Unida, esta contribuiu para a reinserção da temática dos recursos humanos na construção das políticas de saúde, articulando atores e instituições em torno de mudanças e novas experiências para a formação profissional em saúde. (DIAS *et al*, 2013)

3.1.4 Rede Unida

Por meio das experiências anteriores, principalmente dos projetos IDA e do UNI, constituiu-se a Rede UNIDA, em 1985, em Ouro Preto (Minas Gerais) que atualmente agrega

projetos, instituições e profissionais que buscam, com a participação social, potencializar a capacidade de produzir mudanças na formação em saúde, inclusive no ensino superior. (DIAS *et al*, 2013)

As posições sobre a formação em saúde trazidas pela Lei Orgânica de Saúde (1990) e pelo relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), dentre outros, e reafirmadas pela Rede Unida, serviram de referências na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do ano de 2001 (DCN), que será discutida ainda no presente capítulo, mais adiante.

3.1.5 CINAEM

Em 04 de março de 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), tendo como objetivos: Avaliar o ensino médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades da população; propor medidas de curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências encontradas; criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada. Assinale-se que, com o intuito de estreitar as fronteiras da interface entre a educação e a saúde, o colegiado decidiu zelar pela qualidade do ensino médico e pelo aperfeiçoamento do sistema de saúde, binômio indispensável à boa formação médica.

Para chegar aos objetivos traçados, a CINAEM resolveu adotar a estratégia de: a avaliação será universal e utilizará como instrumento básico um protocolo único, cujo modelo basear-se-á em outros oficiais existentes e, de acordo com os membros da comissão, utilizará a organização das entidades que compõem a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico e de entidades que integrem o Sistema de Saúde. (AMARAL, 2002)

No início de 2000, foram desenvolvidas pela CINAEM iniciativas direcionadas principalmente para transformação da graduação em medicina, em decorrência dos projetos implantados na década anterior.

O trabalho da CINAEM destacou a importância das escolas médicas no processo de ordenação de recursos humanos para a saúde e reforçou a percepção de que, até aquele momento, as agendas políticas da saúde e da educação não eram articuladas e existia premência de se estabelecerem pactuações entre elas.

3.2 **Programas e iniciativas para reorientação da graduação em medicina no Brasil: 2001-2014**

As questões relacionadas à formação profissional constituem-se objeto de discussão há décadas, conforme discutido anteriormente, sendo pauta constante das conferências nacionais de saúde e de recursos humanos e compõem os textos referentes à legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases normativas.

Evidencia-se que as políticas de gestão da educação em saúde tomaram novo fôlego a partir de 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, resultando na aproximação estratégica entre saúde e educação. A partir de então, foram implementadas mais iniciativas visando ampliar a qualificação da força de trabalho por meio de ações de educação permanente que entre outros objetivos, articulam a formação profissional às práticas dos serviços de saúde. (DIAS *et al*, 2013)

No que tange à formação profissional em saúde, as ações da SGTES incluem a indução de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços de saúde, reunidas na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Os principais eixos desta política são a integração ensino e serviço com ênfase na atenção básica em saúde; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Cabe mencionar que, a criação de uma Secretaria para a gestão do trabalho e da educação, deu maior visibilidade às questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, colocando a pauta da adequação da formação em saúde como um dos pontos prioritários para o fortalecimento do SUS. Assim, seguem os principais marcos no que tange as iniciativas e programas para reorientação da formação em saúde, sobretudo a formação médica, entre os anos de 2001 a 2014.

3.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina (2001)

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde estão inscritas sob o Parecer nº 1.133/2001CNE/CES, do Ministério da Educação - Conselho Nacional de Educação. No que tange o curso de medicina, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina até então contidas na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, aprovada em 07 de agosto de 2001, se constituía na mais

recente diretriz. Em junho de 2014, foi aprovada a nova diretriz para o curso de medicina, ainda não homologada, mas já em processo de definição, esta será discutida ao final deste capítulo em conjunto com o programa Mais Médicos. (RISTOW, 2007)

Assim, o parecer do CES 1.133/2001, de agosto de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para medicina (DCN), a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. A redação do Parecer, assim determina, "[...] *as diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior*" e visa assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, devendo:

> [...] estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. (BRASIL, 2001)

Segundo o parecer 1.133/2001 do Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares tem por objeto:

> Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referencias nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. (Parecer CNE, disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf)

Tendo também por objetivo:

> Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (Parecer CNE, disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf)

Cabe destacar que, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o *sistema de saúde vigente no país*, o *trabalho em equipe* e a *atenção integral à saúde.*

As diretrizes curriculares, no entanto, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia. A autonomia universitária foi definida na *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB) como

prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e dos seus programas; planejamento e programação de pesquisa científica e atividades de extensão e elaboração da programação dos cursos.

A Diretriz Curricular (2001) sugere um perfil dos formandos/ profissionais, conforme destaque abaixo:

> Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a 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, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001 p.1)

Observando a Diretriz curricular, nota-se a preocupação em induzir competências na formação do médico com vistas a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o perfil para o trabalho em equipe, a oferta de uma atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado, bem como, de acordo com as necessidades da população, com foco nas necessidades de saúde mais prevalentes em cada região. Outro ponto bastante destacado é a articulação entre as universidades e os serviços de saúde através da integração ensino-serviço vinculando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

A ênfase para formação voltada para a atenção primária e secundária também pode ser observada nessa diretriz, onde se estimula a inserção precoce dos estudantes nos cenários de aprendizagem, promovendo a maior articulação entre teoria e prática.

Neste sentido, ao valorizar a formação de um profissional "generalista" e com formação "humanística", as diretrizes rumam na contramão da superespecialização precoce vigente na maior parte dos cursos de medicina.

Assim, entende-se o avanço no contexto das iniciativas para readequação da graduação em medicina, tendo as DCN enquanto um relevante precedente no cenário dessas proposições para mudança. Essa ação realizada pelo Ministério da Educação (MEC) em articulação com o Ministério da Saúde, e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, visou reorientar a formação em saúde, propondo e regulamentando modificações nos currículos das graduações em saúde com vistas à adequação ao SUS.

Além disso, pode-se considerar a implementação das DCN enquanto um marco importante no que tange a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, onde, antes era praticamente inexistente esta articulação para as definições políticas.

3.2.2 Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina-PROMED (2002)

No ano de 2002, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), fruto de uma articulação entre os Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, contando ainda com a parceria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida. O PROMED visava à proposição de ações com objetivo de adequar a formação médica ao SUS, provendo cooperação técnica para as mudanças curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde. (DIAS *et al*, 2013)

Mediante apresentação de projetos em concorrência pública, o PROMED visava apoiar financeiramente as escolas médicas que desejavam adequar seus processos de ensino, bem como formar médicos adequados para o atendimento às reais necessidades de saúde da população e em acordo com as necessidades do SUS. (OLIVEIRA et al, 2008) O PROMED surge em um contexto onde reafirma o processo de incentivo às mudanças curriculares iniciadas pelas DCN flexibilizando o processo de ensino e abrindo o campo para que as escolas se transformem.

Dentre os objetivos do PROMED, estão:

- Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em Medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde;
- Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasse contemplando os principais problemas de saúde da população;
- Capacitar os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isso, que os cursos de medicina possibilitassem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica. (OLIVEIRA *et al*, 2008)

No âmbito do PROMED, o incentivo às mudanças curriculares dirige-se apenas às escolas médicas e um dos motivos parece ter relação com a necessidade imediata de formação de médicos com perfil para atuação na atenção básica. Com tudo isso, o PROMED surgiu como parte de um sistema de incentivos às instituições de ensino que se dispuseram a adequar a formação profissional para atender as necessidades do SUS, e um dos eixos diz respeito a

proporcionar maior inserção dos estudantes nas redes básicas de saúde. (OLIVEIRA *et al*, 2008; BRASIL, 2002)

Assim, o PROMED anuncia que a proposta de mudança curricular se iniciaria pela categoria médica ao localizar nesta categoria os maiores desafios da formação em saúde, devido à forte tendência dos "especialismos precoces" e da ênfase nos determinantes biológicos das doenças, concepção contrária à proposta da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Batista (2013) *"no enfrentamento do modelo Flexneriano, os objetivos do PROMED voltam-se para a adoção de metodologias ativas de aprendizagens, para a constituição de relações de cooperação entre escolas e gestores e para o eixo da atenção integral"*.

Neste sentido, o PROMED tem como objetivo principal reorientar o ensino, conhecimentos gerados e serviços prestados com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica. (OLIVEIRA *et al*, 2008)

Para se inscrever no programa, cada Instituição de Ensino Superior, precisava apresentar uma proposta técnica e uma proposta financeira que seriam avaliadas por uma comissão específica. Depois da aprovação, cada instituição de ensino firmaria sua proposta com uma Carta Acordo baseada na proposta técnica e financeira apresentada. Entretanto para a assinatura da Carta Acordo, a instituição de ensino deveria apresentar documentos que comprovassem determinados itens exigidos. Após 15 dias a instituição deveria executar o início do projeto (OLIVEIRA *et al*, 2008)

O Termo de Referência do PROMED tem como título: uma nova escola médica para um novo sistema de saúde, onde são propostos 3 eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica, cada qual com vetores específicos. (OLIVEIRA *et al*, 2008)

Almejava-se assim, mudar o eixo da formação, que é centrado na assistência prestada nas unidades hospitalares, para o foco nos demais cenários de aprendizagem, sobretudo a atenção básica. Também era desejado que fossem consideradas as questões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando estes profissionais para enfrentar os problemas também na esfera comunitária. (OLIVEIRA *et al*, 2008)

3.2.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (2005)

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde **(**Pró-Saúde) foi criado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: enfermagem, odontologia e medicina (BRASIL, 2005). Em 2007, com a nova Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, continuando o objetivo de mudança nas graduações em saúde, tendo como um dos principais focos a Atenção Básica. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2005)

Os projetos aprovados pelo edital do Pró Saúde têm recurso financeiro voltado para infraestrutura e atividades formativas nos equipamentos de atenção básica das secretarias municipais de saúde e nas universidades. O principal objetivo do Pró-Saúde é reorientar a formação dos profissionais de saúde, modificando concepções teóricas, metodologias de ensino-aprendizagem e os cenários de prática em saúde, através da integração ensino-serviço. (BATISTA, 2013; BRASIL, 2009)

Assim, o Pró saúde se constitui em mais uma esforço para substituição do modelo hegemônico voltado para o cuidado em saúde centrado na doença e no cuidado hospitalar. Assim, busca-se a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

O Pró-Saúde visa à reorientação da formação dos profissionais de saúde favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Pró Saúde orienta-se por três eixos, quais sejam:

1. Orientação teórica

• Priorizar os determinantes de saúde e os biológicos e sociais da doença;

• Pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do processo de Atenção Básica;

• Orientação sobre melhores práticas gerenciais que facilitem o relacionamento, e

• Atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada.

2. Cenários de Prática

• Utilização de processos de aprendizado ativo (nos moldes da educação de adultos);

• Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica;

• O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços;
• Ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas, e
• Avaliação formativa e somativa.

3. Orientação Pedagógica

• Diversificação, incluindo vários ambientes e níveis de atenção;
• Maior ênfase no nível básico com possibilidade de referência e contrarreferência;
• Importância da excelência técnica e relevância social;
• Ampla cobertura da patologia prevalente;
• Interação com a comunidade e alunos, assumindo responsabilidade crescente mediante a evolução do aprendizado;
• Importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais.

Os projetos são acompanhados pela comissão gestora local constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais. O desenvolvimento dos projetos tem sido monitorado pelo Ministério da Saúde por meio de um grupo de assessores compostos por técnicos do MS, da OPAS e de entidades externas, com larga experiência em formação nas áreas envolvidas. O programa envolve três anos de apoio financeiro a projetos que apresentem o potencial de transformação do modelo de formação.

Diferente do PROMED, o Pró saúde visou alcançar as demais categorias profissionais de saúde, onde inicialmente foi lançado para as categorias que compõem a equipe mínima da ESF, quais sejam: medicina, odontologia e enfermagem. No Pró saúde II, o programa estendeu-se para as demais categorias da saúde.

3.2.4 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde- VerSUS (2002)

O VER-SUS/Brasil é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Sáude em parceria com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e também com as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no Sistema Único de Saúde com duração média de 15 a 20 dias.

O objetivo principal desta iniciativa é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do

sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde. O VER-SUS pretende tornar presente para os estudantes às ações de condução do sistema de saúde do país.

Outra dimensão contemplada nesse Projeto diz respeito à histórica dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalharem de forma integrada. A cultura de fragmentação do setor ainda é uma realidade na qual a falta do hábito de convivência multiprofissional é uma de suas causas. Nesse sentido, o VER-SUA oportuniza o convívio, a discussão da organização do sistema de saúde brasileiro e a aprendizagem crítica aos estudantes de diferentes cursos da área da Saúde e áreas afins.

Os estágios, apresentam programações diversificadas, respeitando as características locais e regionais e têm o objetivo geral de oferecer aos estudantes a oportunidade de conhecer e refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).Além disso, visa:

- Valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes do espaço de vivência no processo da Reforma Sanitária;
- Provocar reflexões acerca do papel do estudante enquanto agente transformador da realidade social;
- Contribuir para a construção da consciência acerca da saúde em seu conceito ampliado;
- Sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores do sistema de saúde, estimulando as discussões e as práticas de educação permanente, reafirmando o SUS em suas ações;
- Contribuir para o amadurecimento da prática interdisciplinar e multiprofissional, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço no campo da saúde;
- Contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação e sobre a implementação das diretrizes curriculares da saúde, de forma que contemplem as reais necessidades do SUS e da população brasileira;
- Estimular a inserção dos estudantes no Movimento Estudantil e em outros Movimentos Sociais.

O Projeto VER-SUS/Brasil destina-se aos estudantes universitários brasileiros da área de Saúde. A Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde define as seguintes carreiras como profissões de saúde para fins de elaboração das Diretrizes Políticas da Gestão em

Políticas de Saúde: Biologia; Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Serviço Social e Terapia Ocupacional. A estes foram acrescidos os cursos de Administração Hospitalar e Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, totalizando 16 profissões da saúde envolvidas com o VER-SUS.

3.2.5 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET SAÚDE (2010)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

O programa é destinado aos docentes, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. O objetivo principal deste programa é promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS. Para tanto, os projetos são institucionais e desenvolvidos pelas instituições de ensino superior em parceria com as secretarias de saúde.

O programa atua induzindo a integração entre ensino-serviço-comunidade, através da inserção de docentes e graduandos na rede pública de saúde, a fim de que as necessidades dos serviços sejam foco de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. O programa desenvolve projetos nas áreas: Saúde mental, vigilância em saúde e estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2010)

O Pet saúde visa contribuir para:

- Fomento à integração ensino-serviço-comunidade;
- Desenvolvimento de pesquisas para qualificação e fortalecimento do SUS;
- Estímulo para formação de profissionais de saúde com perfil adequado ao sistema de saúde do país;
- Publicações e participações de docentes tutores, preceptores e estudantes em eventos acadêmicos;
- Desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde.

Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde, de acordo com seus princípios e necessidades, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes - sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas - e 6 (seis) preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês.

3.2.6 Programa Mais Médicos e as novas Diretrizes Curriculares para a graduação em medicina (2013-2014)

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 instituiu o programa Mais Médicos, com o objetivo de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Tendo em vista sua relevância e os futuros impactos desse programa, que embora não esteja focado necessariamente apenas na formação, optou-se por abordá-lo sucintamente, destacando os pontos que estão ligados à propostas para a formação. Em relação à formação de médicos, encontram-se na lei as seguintes definições:

- Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, com intuito de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
- Aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

- Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

- Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

- Aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS;

No Programa Mais Médicos, tais objetivos pretende-se ser cumpridos por meio de ações como:

- Reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para a residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitantes e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática de qualidade para os alunos;

- Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país;

- Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço.

O funcionamento dos cursos de medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares. Ainda, pelo menos 30% da carga horária do internato médico na graduação deverão ser desenvolvidos na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

Nesse mesmo contexto recente de mudanças no cenário da formação médica no país, foi aprovado em 03 de abril de 2014 o parecer CES/CNE n° 116/ 2014, que institui as novas Diretrizes Curriculares paras os cursos de medicina do país. A criação das novas diretrizes se apoiam e tomam por base: a Lei 8.080 (LOS que institui o Sistema Único de Saúde), lei 9.394 (LDB 1996), Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 (DCN/2001) e a lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (institui o Programa Mais Médicos).

Assim como na Diretriz curricular de 2001, defende-se que o graduado em Medicina deverá ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e

reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Apesar de trazer em seu bojo muitos dos conceitos já tratados na diretriz de 2001, a nova diretriz buscou aprofundar a discussão de conceitos como "competências" e "habilidades", propondo ainda a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico. Para tanto, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas em três áreas: (1) Atenção à Saúde; (2) Gestão em Saúde; e (3) Educação em Saúde.

Na presente diretriz, o conceito de "competência" se refere à capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS. (BRASIL, 2014)

As atuais diretrizes trazem ainda como diferencial o detalhamento das três áreas e subáreas, o que por um lado poderá facilitar a mudança curricular nos mais diversos cursos. Outro diferencial é que, apesar de manter o internato com duração de 2 anos, este deverá ter no mínimo 30% de sua carga horária total dedicada à atuação na atenção básica, além dos serviços de urgência e emergência do SUS, devendo predominar a atenção básica. As atividades do regime de internato voltadas para a atenção básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina de Família e Comunidade. (BRASIL, 2014)

Sem dúvidas, a atual DCN assim como algumas iniciativas anteriores, busca findar com a até então fragmentação dos currículos, desarticulação entre teoria e prática e ênfase excessiva no componente biológico do processo de adoecer.

Fato é que, apesar da atenção básica em saúde ser capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população e ter se constituído em uma das áreas tidas como estratégicas para o sistema único de saúde, a formação de médicos no Brasil ainda possui maior ênfase na prática hospitalar como lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante. Embora este cenário esteja se alterando ao longo dos últimos anos (mediante inúmeros esforços para mudança desse cenário), ainda permanecem dúvidas sobre metodologias/estratégias que possam reverter esse contexto. Neste sentido, as novas diretrizes

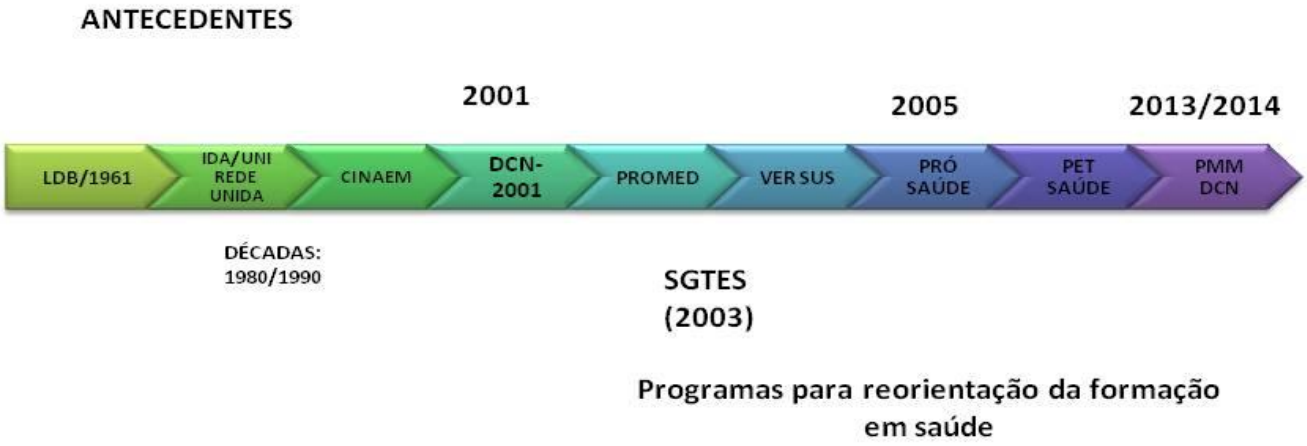
curriculares parecem tentar cumprir esse papel, uma vez que aborda de maneira mais específica a proposição curricular.

Segundo dados colhidos em pesquisas do próprio Ministério da Saúde, para a percepção da população, o principal problema da saúde brasileira é a carência de médicos. No momento, há enorme demanda por profissionais médicos no Brasil, principalmente para trabalhar no Sistema Único de Saúde, em especial nos serviços de atenção básica. E na formação do Mais Médicos, para aumentar a oferta de profissionais no país, o MS optou por abrir inscrições também para médicos estrangeiros. Em especial, foi realizado acordo com Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para trazer médicos formados em outros países para trabalhar especificamente nas áreas de maior carência médica do Brasil, tais como as regiões do Norte e do Nordeste, além das periferias violentas e abandonadas dos grandes centros urbanos.

Atualmente, programa Mais Médicos encontra-se em pleno desenvolvimento e implantação no país. Este ainda trouxe mais uma vez ao debate nacional a política de saúde, a política de formação médica, a regulação dos cursos de especialização e a distribuição de profissionais médicos. Por ser recente, considera-se que talvez seja precoce uma avaliação sobre o impacto do programa, contudo já se percebe que parte das propostas desagradam a setores conservadores de instituições e organizações profissionais. Ao que parece, será necessário abrir o debate com os diversos atores (profissionais, gestores, academia e população) para que seja amadurecida e constituída a política referente à Saúde.

Abaixo segue uma sistematização em formato de “linha do tempo” situando os programas/estratégias de reorientação da formação tratados neste capítulo (Figura 1), já o quadro 5 traz a síntese descritiva dos principais objetivos destas iniciativas.

Figura 1- Linha do tempo das iniciativas/programas para reorientação da formação nos cursos de medicina, Brasil, 2015



Fonte: O autor, 2014

Quadro 6- Síntese dos principais programas/iniciativas para adequação da formação médica a partir de 2001, Brasil, 2015

Programa/ Iniciativa	Finalidade/ Público alvo	Objetivos/ Linhas de atuação
Diretrizes Curriculares Nacionais-DCN (2001)	Institui as DCN para aos cursos de graduação em medicina do país. Público-alvo: Cursos de graduação em medicina.	Induzir que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, abandonando a concepção anterior de "currículo mínimo", já iniciado pela LDB/96.
PROMED (2002)	Reforma curricular e formação médica para o SUS. Público-alvo: Cursos de graduação em medicina.	Reorientar o ensino, conhecimentos gerados e serviços prestados com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.
VerSUS (1ª versão: 2002)	Ensino e aprendizagem no SUS por meio de estágio para estudantes de graduação da área da saúde.	Promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde.
Pró Saúde I (2005)	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Público-alvo: graduações em medicina, odontologia e enfermagem.	Visa à reorientação da formação dos profissionais de saúde favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde.
Pró Saúde II	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do	Em 2007, com a nova Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, continuando o objetivo de mudança nas graduações em saúde, tendo como um dos

(2007)	processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Público-alvo: Todas as graduações na área da saúde.	principais focos a Atenção Básica.
Pet Saúde (2010)	Promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS. Público-alvo: Estudantes, docentes e preceptores da área da saúde.	Incentiva a integração entre ensino-serviço-comunidade, através da inserção de docentes e graduandos na rede pública de saúde, a fim de que as necessidades dos serviços sejam foco de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. O programa desenvolve projetos nas áreas: Saúde mental, vigilância em saúde e estratégia Saúde da Família.
Mais Médicos (2013)	Público-alvo: profissionais/cursos de graduação em medicina.	Possui a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; 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; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em

		instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.
DCN (2014)	Público-alvo: Cursos de graduação em medicina. Institui as DCN para aos cursos de graduação em medicina do país.	Induzir que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS. Tem avanços com relação à DCN de 2001 na medida em que aborda com maior detalhamento sobre a organização dos currículos dos cursos de medicina. Reconhece a atenção básica enquanto uma das áreas estratégicas do SUS.

Fonte: O autor, 2015

4. **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

> Acho que só há um caminho para a ciência — ou para a filosofia:
> encontrar um problema, ver a sua beleza e apaixonarmo-nos por ele;
> casarmo-nos com ele até que a morte nos separe — a não ser que
> encontremos outro problema ainda mais fascinante...
> *Karl Popper*

4.1 **Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratória de investigação narrativa e abordagem qualitativa, tendo como campo de pesquisa, o estado do Rio de Janeiro. (GIL, 2010) A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

De acordo com Lieblicth, Tuval-Maschiach & Zilber15 (1998) apud Lira, Catrib & Nations (2003, p.61) *"a investigação narrativa pode ser usada no âmbito de uma estratégia de métodos combinados, onde ela fornece a partir de uma abordagem a um pequeno grupo de sujeitos, um entendimento em maior profundidade da realidade estudada"*.

Apostou-se assim, na combinação da análise de documentos, literatura e entrevistas para dar conta do objeto em questão.

4.2 **População**

Egressos de cursos de medicina de instituições de ensino localizadas no estado do Rio de Janeiro que optaram pela formação/atuação na Atenção Básica. A seleção tratou-se de amostragem proposital, intencional ou deliberada: *"escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representativade de uma amostra em relação à população total*". (POPE E MAYS, 1995 APUD TURATO, 2003, P.357).

4.3 **Critérios de inclusão**

- Consentir em participar da pesquisa
- Ser egresso de um dos cursos de graduação em medicina ofertados por instituições de ensino superior localizadas no estado do Rio de Janeiro
- Ser Residente em Medicina de Família e Comunidade ou já especialista

4.3 **Critérios de exclusão**

- Não ser egresso do curso de graduação em medicina de uma das instituições de ensino superior do estado do Rio de Janeiro
- Não ter consentido em participar da pesquisa
- Não ter preenchido o questionário em sua totalidade

A justificativa da escolha do estado do Rio de Janeiro como cenário da pesquisa se dá pelo fato deste se constituir como uma das unidades federativas com oferta significativa de cursos de medicina (atualmente 18 cursos distribuídos em 12 municípios) além de se constituir um campo de maior facilidade para a coleta de dados e pesquisa de campo, haja vista que o programa de pós graduação do qual a autora faz parte está localizado no estado do Rio de Janeiro.

Com relação à população do estudo, a escolha pelos egressos dos cursos de graduação em medicina se justifica pelo fato de que estes atores terão maior clareza em avaliar sua formação e o currículo ofertado pelo seu curso de origem. Assim, foram incluídos na pesquisa, os egressos que optaram pela pós graduação em Medicina de Família e Comunidade (em curso ou já formados) a fim de elucidar uma das questões da pesquisa que é contribuição dos cursos de medicina para sensibilização para atuação na Atenção Básica.

4.4 **Revisão da literatura e pesquisa de dados secundários**

Como ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo, foram realizadas buscas bibliográficas acerca da temática a ser estudada. A busca se deu principalmente nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o portal CAPES. Como descritores para a estratégia de busca, foram utilizados os termos: educação médica; atenção básica em saúde; recursos humanos em saúde; medicina de família e comunidade; atenção Primária em Saúde, além dos descritores equivalentes em língua inglesa.

No que compete à pesquisa em bancos de dados secundários, ela foi realizada desde o início deste trabalho, em paralelo a outras etapas, de modo a caracterizar o cenário de estudo e balizar a análise de outros dados coletados. Portanto, os dados foram coletados no período compreendido entre agosto de 2013 e janeiro de 2015.

Para análise dos dados sobre a graduação em medicina, tais como: vagas, ofertas por região, egressos e etc, utilizou-se o Sistema de Informação das Graduações em Saúde (SIGRAS) do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social (ObservaRH IMS-UERJ)[4].

Os dados coletados nesta pesquisa foram utilizados na contextualização do trabalho, e ainda em capítulo específico referente à caracterização dos cursos de graduação em medicina do estado do Rio de Janeiro.

4.5 **Coleta de dados**

A etapa coleta de dados foi constituída de duas fases:

1ª Fase

A 1ª fase consistiu em uma etapa exploratória e que serviu de base para a 2ª fase de análise em profundidade. A pesquisa compreendeu a busca e análise de documentos como: currículos, grades de disciplinas, ementas e projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina localizados no estado do Rio de Janeiro. Das 14 instituições de ensino localizadas no estado do RJ e 18 cursos (considerando o descredenciamento de um curso em 2013), conseguiu-se ter acesso à alguma informação sobre o projeto pedagógico, ementa das disciplinas e/ou grade curricular de 13 cursos de graduação em 11 instituições de ensino.

É importante mencionar a dificuldade na coleta documental, onde, por conta da limitação do tempo para execução da presente pesquisa, optou-se por considerar apenas os documentos que se encontravam disponíveis em domínio público, tais como: sites, páginas das universidades e outros veículos de divulgação, não havendo contato direto com nenhuma

[4] O Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - **SIGRAS** é uma ferramenta que processa dados da Educação Superior do INEP/MEC, desenvolvido pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). O **SIGRAS** disponibiliza dados estatísticos no formato de gráficos e de tabelas (série histórica e tabelas por graduação) como também permite selecionar e organizar os dados conforme o objetivo da pesquisa (gerador de relatórios). O sistema estrutura informações das Profissões de Saúde sobre vagas, matrículas, inscritos, ingressos e concluintes, por natureza jurídica, categoria administrativa e organização acadêmica, segundo localização geográfica (município, UF e região) no país. As tabulações podem ser associadas a gráficos e mapas para melhor visualização e avaliação espacial da informação. Esse é um recurso que visa subsidiar políticas de educação na saúde e processos de gestão da força de trabalho em saúde no Brasil. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/

instituição de ensino para autorização específica e solicitação de documentos que não estão em domínio público. Esta, portanto, se configura em uma limitação desta etapa do estudo.

Ainda nesta etapa de levantamento documental, foi também realizado um apanhado das principais estratégias implementadas pelos Ministérios da Saúde e Educação com vistas a induzir a reorientação da formação de médicos no Brasil, tendo como foco a atenção básica a fim de contribuir com as análises e discussão do presente estudo. Assim, tal fase inicial foi assim estruturada:

1. **Mapeamento e análise documental:** Ementas, grades curriculares, plano de ensino das disciplinas com interface na Atenção Básica e projeto pedagógico dos cursos de formação em medicina de instituições de ensino superior (IES) do estado do Rio de Janeiro.
2. **Mapeamento das políticas de incentivo à reorientação da formação:** Políticas, programas ou incentivos implementadas entre os anos 2001 a 2013 com vistas à estimular mudanças na formação médica, tais como: Diretrizes Curriculares Nacionais, PROMED, Ver-SUS, PET Saúde e Pró-Saúde.

Para análise das políticas e contexto, o ponto de corte compreendeu os anos 2001 a 2013, justificando-se pelo fato de que esse período compreendeu a implementação da primeira versão das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), bem como implantação de iniciativas e programas que tinham por objetivo impulsionar a reorientação da formação em saúde. As informações levantadas sobre essas políticas e programas se encontram apresentadas em capítulo específico intitulado: Programas e iniciativas para reorientação da graduação em medicina no Brasil: Uma descrição do período de 2001 a 2013.

Para a apresentação dos resultados da análise documental fruto dos currículos, ementas e projetos pedagógicos dos cursos, lançou-se mão da construção de uma matriz simples para nortear a análise dos documentos, auxiliando assim na caracterização dos cursos. (LOBIONDO-WOOD & HABER, 2001) Após todo processo de análise das informações coletadas, procedeu-se à caracterização dos cursos que teve por base os seguintes pontos:

1. Identificação de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas
2. Tempo de implantação do currículo
3. Adesão às Políticas de reorientação da formação do Ministério da Saúde e/ou Educação
4. Cursos criados pós a implementação das Diretrizes Curriculares
5. Cursos que passaram por alguma reforma curricular

6. Cursos que contemplem a Atenção Básica em seus currículos

2ª Fase

A segunda fase da presente pesquisa compreendeu o período de campo, sucedendo a primeira fase de análise documental, que se deu entre 01 de agosto a 01 de novembro, compreendendo assim três meses de coleta de dados.

Tratou-se de um questionário semiestruturado com 48 questões (APÊNDICE B), e como tal, havia questões fechadas e abertas, para serem respondidas livremente. Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, utilizou-se de duas estratégias: aplicação presencial por meio da autora e aplicação via formulário *on line* (ferramenta do *Google Docs*), onde o respondente caso concordasse em participar da entrevista, recebia um e-mail contendo um link para acesso virtual ao instrumento. Essa segunda estratégia foi desenvolvida em face da dificuldade de captação do público alvo e acabou sendo o método de maior adesão.

Ao todo, obteve-se 53 retornos de respondentes, e após a análise dos questionários, três foram excluídos por não atenderem algum dos critérios de corte anteriormente apresentados na parte metodológica. Assim, a amostra final contou com 50 respondentes.

Assim, tal etapa se caracterizou por análise em profundidade do perfil de formação dos cursos de medicina sob perspectiva de egressos dos cursos selecionados que optaram pela pós graduação em Residência de Medicina de Família e Comunidade. Essa fase compreendeu uma única etapa que consistiu na entrevista supracitada:

1 **Entrevista com roteiro semiestruturado:** Egressos dos cursos de medicina localizados no estado do Rio de Janeiro que optaram pela pós graduação em Residência de Medicina de Família e Comunidade ou já especialistas. O objetivo foi de captar o que pensam acerca da sua formação, sobre o currículo ofertado, como a Atenção Básica foi abordada na graduação, quais foram os fatores que o estimularam a optar pela atuação na Atenção Básica, bem como compreender o que pensam acerca da reorientação da formação para o SUS/AB, assim como, potencialidades e fragilidades para a concretização de tais mudanças.

Em virtude de haver poucas questões com opções de resposta livre, estas foram reproduzidas na íntegra para compor a narrativa que se encontra detalhada na seção de discussão e resultados.

A aproximação com os alunos se deu de múltiplas formas, sendo estas: contatos via email, redes sociais, abordagem direta do público alvo em um de seus encontros de aula, com autorização prévia da coordenação. Uma vez aceita a participação pelo convidado, o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) foi aplicado para leitura e posterior esclarecimentos com a pesquisadora responsável e que foi devidamente assinado em duas cópias por aqueles sujeitos que optaram em participar.

4.6 **Aspectos éticos**

Seguindo a determinação da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em virtude do uso de entrevistas, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS-UERJ) e aprovado sob Registro CAAE 29887614.3.0000.5260.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. 1 1ª Fase: Análise documental

A primeira fase da presente pesquisa compreendeu a busca e análise de documentos como: currículos, grades de disciplinas, ementas e projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina localizados no estado do Rio de Janeiro.

Tal fase antecedeu o trabalho de campo que consistiu nas entrevistas cujos resultados e discussão estão apresentados no próximo tópico deste capítulo.

É sabido que cada país deveria moldar os conteúdos e estratégias para a formação médica em consonância com seu sistema de saúde e necessidades sociais específicas de sua população. Assim, dentro desse cenário, a formação do médico em conformidade com a realidade social onde a escola médica está inserida e as necessidades do sistema de saúde é imperativa e lança foco sobre a relevância da adequação curricular. De que maneira estas mudanças podem ser implementadas para alcançar esse objetivo? (TOGNOLI, 2006)

Os currículos, ementas, grades de disciplinas, quando analisados, podem nos fornecer uma ideia acerca do perfil de formação de determinado curso, apesar de ter a limitação de não garantir que tudo o que está previsto nesses documentos realmente estejam sendo colocados em prática.

Cabe mencionar que por não se tratar de um estudo de caso com uma instituição de ensino específica, e por consistir em uma aproximação inicial, a identificação das instituições não foi vista como relevante, e sim a análise coletiva desses cursos a fim de obter pistas com relação à abordagem da atenção básica nos mesmos. Também não foi uma pretensão dessa análise realizar um aprofundamento nas disciplinas para comparar carga horária e bibliografias utilizadas. Interessou-nos assim, compreender em que medida a atenção básica está ou não contemplada nesses currículos, qual a tendência de sua abordagem, ou seja, se apenas em módulos teóricos ou internatos e se esta está presente ao longo da graduação ou não.

É importante mencionar a dificuldade na coleta documental, onde, por conta da limitação do tempo para execução da presente pesquisa, optou-se por considerar apenas os documentos que se encontravam disponíveis em domínio público, tais como: sites, páginas das universidades e outros veículos de divulgação, não havendo contato direto com nenhuma instituição de ensino para autorização específica e solicitação de documentos que não estão em domínio público. Esta, portanto, se configura em uma limitação desta etapa do estudo.

Assim, tal etapa do presente estudo buscou contribuir com a elucidação dos seguintes objetivos específicos:

- Descrever os perfis de currículos vigentes dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina e na perspectiva da formação para a Atenção Básica em Saúde;
- Verificar de que forma a Atenção Básica é contemplada pelos cursos de graduação em medicina.

Assim, seguem os resultados e discussão desta etapa da pesquisa com base nos currículos dos cursos de graduação em medicina localizados no estado do Rio de Janeiro.

- **Caracterização dos cursos analisados**

Até o ano de 2012, segundo dados do INEP, existiam 19 cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro distribuídos em 12 municípios. Atualmente, a partir dos dados de 2013, são 18 cursos, após o descredenciamento de um curso de uma das IES do estado do RJ, sendo hoje ofertados em 14 instituições de ensino.

Como já demonstrado anteriormente, assim se dá a distribuição dos cursos de medicina no estado do RJ até 2013:

Tabela 2. Quantitativo de cursos de graduação em medicina por municípios do estado do Rio de janeiro. Brasil, 2013

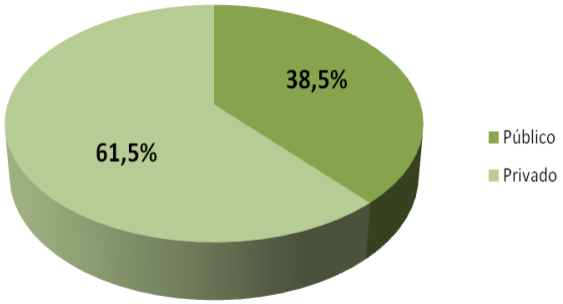
Município	Cursos
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1
DUQUE DE CAXIAS	1
ITAPERUNA	1
MACAE	1
NITEROI	1
NOVA IGUACU	1
PETROPOLIS	1
RIO DE JANEIRO	7
TERESOPOLIS	1
VALENCA	1
VASSOURAS	1
VOLTA REDONDA	1
Total	**18**

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2015

Das 14 instituições de ensino localizadas no estado do RJ e 18 cursos (considerando o descredenciamento de um curso em 2013), conseguiu-se ter acesso à alguma informação sobre o projeto pedagógico, ementa das disciplinas e/ou grade curricular de 13 cursos de graduação em 11 instituições de ensino. A composição dos cursos segundo natureza jurídica foi de cinco cursos de IES públicas e oito de IES privadas. A composição dos cursos segundo natureza jurídica se encontra apresentada no gráfico abaixo onde, 61,5% dos cursos que foram analisados pertencem à instituições privadas.

Gráfico 12. Distribuição dos cursos de medicina que compõe a amostra da análise documental, Brasil, 2013

*n=13



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

A identificação das instituições de ensino está codificada por letras do alfabeto na sequência de A-K. Cinco cursos ficaram de fora na análise documental, pois estes não apresentavam quaisquer documentos disponíveis em domínio público, conforme justificado anteriormente.

Com relação ao ano de vigência dos currículos dos cursos, a tabela abaixo apresenta a última atualização do mesmo. Tendo por base as DCN do ano de 2001, observou-se que dos 13 cursos analisados, apenas um possui o currículo atualizado antes da vigência da mesma (curso “C”). Ainda, três cursos não relataram em seus documentos o ano da vigência curricular, estes estão identificados na tabela como N/A. Segue a sistematização abaixo:

Quadro 7. Distribuição dos cursos segundo ano de vigência curricular- Brasil, 2014

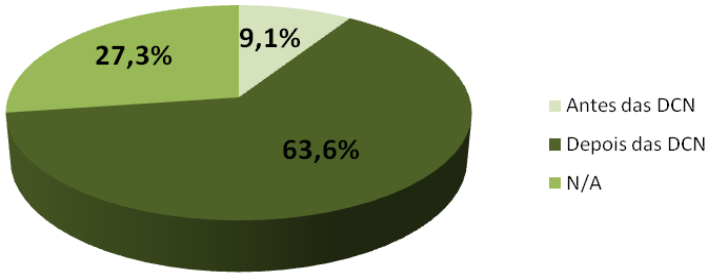
Curso	Currículo atual
A	2007
B	2006
C	1995
D	2009
E	2006
F	N/A
G	2014
H	N/A
I	N/A
J	2010
K	2009

Fonte: O autor, 2015

**N/A: Cursos sem informação quanto a revisão curricular (N/A) não avaliados: 3 cursos*

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos cursos quanto à revisão curricular antes e pós DCN (2001).

Gráfico 13. Distribuição dos cursos de medicina segundo ano de atualização curricular, Brasil, 2013



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Com relação à adesão de políticas e programas para reorientação da formação, dos 13 cursos analisados, cinco aderiu a um programa (um dos cursos aderiu a dois), sendo a seguinte distribuição: PRÓ SAÚDE (n=3), PROMED (n= 1) e PET SAÚDE (n=2). Observou-se ainda que dos cinco cursos que aderiram a alguma política, quatro pertencem à instituições de ensino públicas, dando pistas de maior capilaridade dessas políticas nestas instituições.

- **Descrição do perfil curricular dos cursos quanto à abordagem da atenção básica**

Após a leitura detalhada de todos os materiais coletados, procedeu-se uma etapa de sistematização das informações a fim de caracterizar os cursos em questão. Cabe mencionar também a heterogeneidade dos materiais, por exemplo, alguns cursos possuíam projetos políticos pedagógicos disponibilizados, outros, apenas quadro de disciplinas e ementas. Essa diferença também reflete no maior detalhamento de alguns cursos se comparados a outros conforme pode ser observado no quadro a seguir (Quadro 8).

Quadro 8. Descrição curricular dos cursos de medicina analisados, Brasil, 2015

Cursos analisados	Natureza jurídica	Ano de atualização curricular	Adesão a programa	Perfil curricular/abordagem da AB
A	Público	2007	Sim	Divisão curricular por fases onde cada fase compreende dois períodos letivos, com total de 6 fases. Divisão de disciplinas em dois eixos: Programa Teórico-Demonstrativo (PTD) e Programa Prático-Conceitual (PPC). Os eixos disciplinares estão distribuídos nas seis fases da seguinte forma: Bio-fisio e morfológica e Determinantes Sociais (1ª Fase), Mecanismos de agressão e defesa e Promoção de saúde (2ª Fase), Iniciação clínica e Cuidados básicos de saúde (3ª Fase), Clínica e Atendimento médico (4ª Fase), Internato obrigatório (5ª Fase) e Internato Eletivo (6ª Fase).
B	Público	2006	Sim	Possui estrutura curricular com abordagem de saúde coletiva e atenção básica no 1º, 2º e 4º ano, contemplado nas seguintes disciplinas: Fundamentos de Saúde da Comunidade, Medicina Integral, Familiar e Comunitária (I, II e III), Medicina Social (I e II). Há

				realização, no 5º ano, de internato em Medicina Integral e Saúde Coletiva sendo desenvolvido no ambulatório de um hospital universitário.
C*	Público	1995	Sim	Organização em estrutura departamental, o curso é desenvolvido através de Disciplinas ou de Programas Curriculares Interdepartamentais. As chamadas disciplinas da área profissional são realizadas em diversas unidades hospitalares da universidade e em unidades de serviço da rede de saúde do Município onde a instituição de ensino está localizada, sob a coordenação da Faculdade de Medicina. As Disciplinas são em sua maioria obrigatórias, entretanto, 16 créditos têm que ser cumpridos nas disciplinas complementares de escolha condicionada. Possui Internato rotatório em medicina de família e comunidade de 320h (entre o 10 e 11º p) e um programa de atenção primária pertencente à Faculdade de Medicina, com objetivo de promover o ensino, pesquisa e extensão na área de Atenção Básica à Saúde.
D	Público	2009	Sim	O currículo do curso é organizado em três etapas: *Básico* – 1º ao 4º período – abrange as disciplinas da área básica e a maioria das aulas são ministradas no Instituto Biomédico. *Profissional* – 5º ao 9º período - compreende as disciplinas das áreas clínico-cirúrgicas e as aulas são ministradas em um hospital universitário, o qual constitui o grande campo de ensino das atividades práticas do curso. *Internato* – 10º, 11º e 12º períodos – É o estágio curricular obrigatório que abrange as áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Saúde Coletiva, realizado em três cenários de prática: Hospital Universitário, Unidade Básica de Saúde e Programa de Estratégia da Saúde da Família.
				Os alunos do primeiro e segundo períodos vão a campo em ações de Saúde Coletiva atuando em atividades da Estratégia de Saúde da Família tanto na

E	Privado	2006	Não	unidade, localizada no próprio campus, como em outras que fazem parte da rede pública conveniada. A partir do quarto período os acadêmicos fazem atividades na Policlínica do campus, no atendimento ambulatorial. No nono período, são realizadas atividades em emergência, cirurgia, unidades de terapia crítica e não crítica, exames complementares de diagnóstico e maternidade, desenvolvidas nos hospitais conveniados. Não há maiores detalhamentos sobre as disciplinas nos documentos disponíveis.
F	Privado	N/A	Não	Pouco detalhamento sobre as disciplinas e ementas. Os conteúdos relacionados à atenção básica são oferecidos em disciplinas optativas.
G	Privado	2014	Não	Currículo organizado por períodos onde as disciplinas com interface com a atenção básica são: Medicina de Família e Comunidade I (1º período), Medicina de Família e Comunidade II (2º período), Internato Saúde Coletiva (10º período). A partir de janeiro de 2014, o currículo foi organizado por eixos de ensino, onde houve a inclusão dessas disciplinas de MFC I e II. Antes havia apenas as disciplinas de saúde Coletiva I e II e segundo as ementas, não era abordado nenhum conteúdo relativo à atenção básica.
H	Privado	N/A	Não	As disciplinas com interface com a atenção básica são: Medicina de Família e Comunidade I (5º período) Medicina de Família e Comunidade II (7º período) e no 9º período ocorre o internato em UBS. O curso de Medicina possui projetos de inserção de seus alunos nas comunidades por meio de visitas semanais para promoção à saúde. Há um projeto específico onde, cada grupo é responsável por um determinado número de famílias e cada aluno do grupo atua de acordo com a complexidade do seu período. Os grupos acompanham famílias durante todo o curso. Segundo a

				descrição do projeto, o curso trabalha articulado com os serviços de saúde e atua no SUS em todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família do município onde a instituição está localizada.
I*	Privado	N/A	Não	O currículo é orientado por competência estando assim organizado: matriz curricular, composta por 12 módulos que abrangem disciplinas, Seminários Integradores (SI), PIESC (Programa de Integração Escola, Serviço e Comunidade) e estágios. Há oferta também de módulos flexíveis de ensino, composta pelas disciplinas eletivas e atividades complementares. As disciplinas que possuem interface com a atenção básica são: Medicina de Família e Comunidade I (1º período), Medicina de Família e Comunidade II (2º período).
J	Privado	2010	Não	A organização curricular do Curso rompeu com a estrutura disciplinar recentemente (2010) e passou a operar a partir de módulos integrados – o módulo tutorial e o módulo de prática profissional. Essa nova organização se baseou na concepção de currículo integrado com atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da interelação dos conceitos e organização de atividades práticas que assegurem a aprendizagem significativa com integração da prática e da teoria. Segundo o projeto político pedagógico, do primeiro ao oitavo período, adota-se a distribuição modular, sendo o internato cursado do nono ao décimo segundo período. Em termos de disposição dos conteúdos e das competências ao longo do Curso, a matriz curricular é organizada em três blocos: (1) Do primeiro ao quarto período o foco é a *abordagem do processo saúde-doença a partir dos ciclos de vida* (formação e concepção do ser humano; atenção à saúde na infância e adolescência e atenção à saúde do adulto e do idoso).

				Nesses períodos as atividades práticas são realizadas em unidades básicas de saúde. (2) Do quinto ao oitavo período são trabalhadas as *apresentações clínicas* de maior prevalência nos ciclos vitais, contemplando conceito, epidemiologia, patogênese, fisiopatologia, história natural da doença, propedêutica semiológica, diagnóstico clínico laboratorial e de imagem, diagnóstico diferencial, plano terapêutico, aspectos psicológicos, éticos e legais, acompanhamento de indicador de qualidade e prognóstico, contemplando a prática da medicina baseada em evidências. Nesses períodos, os cenários de aprendizagem é a atenção secundária e hospitalar. (3) Do nono ao décimo segundo período acontece o internato, onde os estudantes atuam nas cinco áreas básicas: Saúde Coletiva, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Ginecologia-Obstetrícia.
K	Privado	2009	Sim	Não há detalhamento sobre a organização curricular disponível. As disciplinas ofertadas que possuem interface com a atenção básica são: Atenção Básica Integrada I (2º período), Atenção Básica Integrada II (3º período), Atenção Básica integrada III (4º período), Atenção Básica integrada IV (5º período) e Internato Saúde coletiva (9º e 10º período).

Fonte: O autor, 2015

Conforme pode ser observado no quadro acima, a maior parte dos cursos possui como características a divisão disciplinar em ciclos básico e profissional. Com exceção de um curso, os demais apresentam disciplinas que pretendem abordar conteúdos da atenção básica, o que se observa, contudo, é a diferença na distribuição dessas disciplinas quando comparamos os cursos. Alguns cursos apresentam a oferta dessas disciplinas predominantemente no início da graduação e retornando ao final com o internato, sugerindo frágil articulação entre conteúdo teórico e prático nesses casos. Ainda, esta articulação aparentou ser mais frágil nos cursos de natureza jurídica privada, conforme pôde ser observado no quadro anterior.

Contudo, destacou-se também a iniciativa de alguns programas/ departamentos voltados para o fortalecimento da abordagem da atenção básica no currículo e inserção dos

alunos de maneira precoce em cenários de prática da atenção básica, não ficando essa apenas restrita ao internato ao final da graduação. Sugere-se a relevância de se estudar essas iniciativas.

Ainda, segundo as ementas, observou-se a proposta de abordagem da atenção básica nas seguintes disciplinas: Atenção Básica Integrada, Internato em Saúde Coletiva, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Fundamentos de Saúde da Comunidade, Medicina Integral, Familiar e Comunitária e Cuidados básicos de saúde. O quadro abaixo sistematiza a distribuição dessas disciplinas ao longo da graduação segundo curso analisado.

Quadro 9. Abordagem da atenção básica nos cursos analisados segundo período letivo- Brasil, 2015

C/P	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
A			■									■
B	■	■		■					■			
C									■	■	■	■
D												■
E	■	■										
F												
G	■	■								■		
H					■		■		■			
I	■	■							■	■	■	■
J	■	■	■	■					■			
K		■	■	■	■				■	■		

Fonte: O autor, 2015

**c/p= Curso/Período*

***Instituição "F": Atenção Básica apenas em disciplinas eletivas.*

Observa-se que as disciplinas com enfoque na AB são distribuídas de maneira bastante heterogênea, havendo cursos cuja inserção se dá apenas nos primeiros períodos da graduação, outros com abordagem distribuída ao longo dos períodos e ainda aqueles cujo enfoque é dado nos últimos anos da graduação, sugerindo ocorrer durante o internato.

A Diretriz Curricular (2001) que até então vigente no período de composição desses currículos, não aponta recomendações específicas no que tange a abordagem e frequência dos conteúdos relativos à atenção básica no currículo. A Diretriz foca no detalhamento dos conhecimentos, competências e habilidades específicas do aluno, que envolve desde a prevenção à cura e reabilitação, perpassando pela compreensão dos determinantes sociais na saúde. Nas recomendações quanto à organização dos cursos, a DCN sugere que o curso tenha um projeto pedagógico construído coletivamente e centrado no aluno enquanto sujeito da aprendizagem, tendo o professor como um facilitador e mediador do processo de ensino e aprendizagem.

Recomenda ainda que o projeto pedagógico garanta a formação integral do estudante por meio da articulação entre ensino, pesquisa e serviço. Ainda, que propicie a interação ativa dos alunos com usuários e profissionais de saúde desde o início da graduação, utilizando diferentes cenários de práticas, tais como a inserção em equipes multiprofissionais. Quanto ao estágio obrigatório, a recomendação é que este se de em treinamento em serviço incluindo aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia- obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva.

No que se refere às novas Diretrizes Curriculares para o curso de medicina aprovada em junho de 2014, o Art.23 refere que os conteúdos fundamentais para o curso de graduação em medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

> I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
> II- compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
> III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
>
> IV- compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
>
> V- diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
> VI- promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

> VII-abordagem de temas transversais no currículo, que envolvam conhecimentos, vivencias e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura Afrobrasileira e Indígena;
> VIII– compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos uma língua estrangeira. (Brasil, 2014)

A nova diretriz prevê ainda que no mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina deverá ser desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Ainda, as atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da **Medicina de Família e Comunidade**.

Quanto à organização do curso, o Art. 28 preconiza que a graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade seriada anual, ou seriada semestral, ou sistema de créditos ou modular.

Quanto essas disposições da nova diretriz curricular, as escolas de medicina terão até dezembro de 2018 para implementar as mudanças. No entanto, nas turmas abertas, o novo currículo terá um ano para ser implementado. (BRASIL, 2014)

Cutolo (2003), ao discutir as principais características das práticas curriculares hegemônicas dos cursos de graduação em medicina, analisa o núcleo da educação médica partindo da concepção de saúde e doença. E ao definir as características das escolas médicas, reforça a crítica à educação médica. O autor aponta, entre outros aspectos que a formação dos professores/médicos é a superespecialidade, que a abordagem curricular é tecnicista e não humanística, fala também sobre a postura de quem dá aula que seria de um médico e não de um professor de medicina, o ensino estaria predominantemente focado no hospital, a estrutura curricular, em formato disciplinar sem articulação entre ciclo básico e profissional e por fim, afirma que os conteúdos se encontram desajustados da realidade de saúde do nosso país.

Lampert (2002), também discorreu sobre algumas características presentes no ensino médico tais como: predominância de aulas teóricas, foco excessivo na doença e no conhecimento de modo fragmentado a partir das disciplinas, aulas expositivas e cenários de práticas centrados nos hospitais.

Essas críticas em suma apontam para a insuficiência deste paradigma biologicista, centrado em hospitais, procedimentos e com incipiente abordagem humanística, tal como menciona Cutolo (2003).

Já Tognoli (2006) realizou um estudo de caso com intuito de conhecer como o curso de medicina por meio da disciplina de Medicina Familiar e Comunitária está preparando o aluno para atuação na atenção básica. Os resultados observados apontaram para pouca representatividade dos conteúdos relacionados à Saúde Coletiva dentro do curso e dentro da disciplina. A ênfase dada seria nos aspectos clínicos, evidenciando a necessidade de se pensar na estruturação dessa disciplina. (TOGNOLI, 2006) Neste sentido, ressalta-se a importância de se investigar como estas disciplinas tem se materializado *in loco*, a fim de ampliar a compreensão desta questão.

Considerações sobre adequação curricular: O caso da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA)

- UFSC

Um estudo realizado por Cutolo (2003), que teve por objetivo analisar o currículo do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, comparando a mudança curricular implementada nesse curso, observou que apesar das mudanças empregadas nos últimos anos, o currículo ainda conservava características predominantemente biologicista, apesar da criação do estágio em Saúde Coletiva.

Outro ponto que o autor chama a atenção é para estrutura departamental fortemente concentrada no departamento de clínica cirúrgica e sua maior influência no currículo. Outra questão é o fato de quase a totalidade dos docentes atuarem nos níveis secundários e hospitalar, com ausência de referência para os alunos de docentes com especialidade voltada para atuação na atenção básica.

Para o autor, a maior parte das escolas de medicina do Brasil ainda não alcançaram alternativas ao modelo biomédico/biologicista flexneriano, onde parece que ainda seguimos modelos já ultrapassados por países desenvolvidos. Assim, segundo o estudo do autor, apesar das importantes mudanças implementadas da adequação do currículo com a criação do estágio em saúde coletiva no curso em questão, estas ainda não significaram mudança do pensamento biologicista, legitimando ainda o estilo de pensamento hegemônico.

- UFBA

Durante o processo de reestruturação curricular do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia, foi realizada uma avaliação do então currículo vigente que revelou:

- ✓ Conteúdos predominantemente técnico-científicos
- ✓ Escasso conteúdo humanista/generalista
- ✓ Técnicas de ensino predominantemente expositivas, em grandes grupos dissociação teórico-prática
- ✓ Cenários de aprendizado predominantemente intramuros
- ✓ Inserção tardia do aluno em cenários de atenção básica

Assim, nessa análise, concluiu-se que havia predominância dos determinantes biológicos para compreensão/ explicação da rede causal das doenças pela maioria das disciplinas, com ênfase na abordagem curativa orientado ao indivíduo, tanto no ciclo básico quanto no profissionalizante.

A concepção adotada na nova proposta da UFBA teve como opção uma organização curricular que será orientada ao currículo por competências. Contudo, como meio de alcance desse objetivo, a proposta é de organização de um currículo integrado, por módulos interdisciplinares.

Propostas como essa da UFBA surgem em face das críticas à fragmentação encontrada nos currículos de medicina baseados na estrutura de disciplinas, para organização curricular e dentre elas destaca-se a baseada na noção de competência. Tal proposta critica as formações que se baseiam no abstracionismo que não levam em conta a inserção do futuro profissional na sociedade. A competência profissional assim seria a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, assim a competência não apenas se relaciona com a execução de tarefas como também com o conjunto de atributos ou capacidades de que dispõe o indivíduo.

No que tange a formação médica, o foco das últimas décadas situa-se no fato de que o perfil do médico formado não tem atendido às necessidades de saúde da população brasileira e nem tem acompanhado as apostas que tem sido feitas no que tange ao sistema de saúde, e, nesse contexto, olhando para as escolas médicas é fácil intuir a ação das forças conservadoras que se opõem às mudanças no processo de formação do médico.

Tal como aponta o documento do novo projeto político pedagógico do curso de medicina da UFBA:

> A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, tem conduzido ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam tipos de tecnologias, porém cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também tem sido incapazes de lidar com questões complexas como dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento e a dor, o enfretamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas. (p.13)

Outro ponto é a frágil articulação entre os ministérios da educação e saúde para o enfrentamento do distanciamento entre a formação e as necessidades de saúde. Assim, os esforços de integração da rede de ensino com a rede de serviços costumam ter baixa sustentabilidade, pois esta estaria a mercê da atitude ou adesão idealista de docentes e alunos, estando ainda vulneráveis às conjunturas locais. (BRASIL, 2002)

A Medicina de Família e Comunidade no contexto da graduação

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade eminentemente clínica que também desenvolve, de forma integrada, as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Estes atributos, segundo Demarzo *et al* (2011) a tornam uma disciplina estratégica para a resignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo um papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em saúde.

Os preceitos, conceitos e direcionamento da MFC relacionam-se aos da Atenção Primária à Saúde, de tal modo que é reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS sendo estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma. Por isto, tem sido considerada, assim como a APS, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde. (DEMARZO *et al*, 2011; ANDERSON, *et al* 2007)

Os princípios e práticas da MFC são centrados na pessoa e não na doença simplesmente, também na relação médico e paciente, e na relação deste com sua família e com a comunidade em que vive. A MFC aborda o processo saúde-doença como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, socioambientais,

sendo, portanto um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo.

Princípios da Medicina de Família e Comunidade

Baseada em princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizados pela Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA– a especialidade Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos:

- ✓ Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primaria à Saúde (APS), a partir de uma abordagem biopsicosocial do processo saúde—adoecimento;
- ✓ Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo;
- ✓ Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- ✓ Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- ✓ Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de gênero ou faixa etária;
- ✓ Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adstrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método científico e epidemiológico;
- ✓ Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- ✓ Desenvolver novas tecnologias em Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de autoaprendizagem e empoderamento dos indivíduos;
- ✓ Desenvolver a capacidade de atuação médica humanizada, relevando seus

aspectos científicos, éticos e sociais.

A contribuição da MFC na graduação

O potencial de contribuição da Medicina de Família e Comunidade para a graduação em Medicina tem sido evidenciado por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA, 2002; SBMFC, 2004)

A WONCA entende que os fundamentos conceituais, as técnicas e práticas da Medicina de Família e Comunidade são elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes numa perspectiva ampliada do cuidado em saúde. (WONCA, 2002)

Os conteúdos programáticos desta especialidade, recomendados para a graduação médica, e revisados pela Sociedade Norte-Americana de Professores de Medicina de Família (*Society of Teachers of Family Medicine*), segundo as diretrizes do projeto "Futuro da Medicina de Família" (*Future of Family Medicine*), devem incluir entre outros pontos:

- ✓ Atuação em cenários onde sejam desenvolvidas práticas de Atenção Primária à Saúde (como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família);
- ✓ Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde, da Medicina Ambulatorial e da Medicina de Família e da Comunidade nos Sistemas Nacionais de Saúde;
- ✓ Relação médico-paciente, família e comunidade;
- ✓ Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde da população, com desenvolvimento de ações de saúde orientadas pelas necessidades e demandas percebidas através do contato com as famílias e a comunidade;
- ✓ Prática voltada ao sistema de saúde nacional, com compromisso ético e profissional com a saúde da população do próprio país, racionalizando recursos e ações e melhorando os indicadores de saúde populacionais.

Em setembro de 2005, durante o I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, ocorreu a I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação, que teve como objetivo oferecer um espaço de discussão e troca de experiências entre as Instituições de Ensino Superior com interesse e práticas na atividade. Também fez parte da I Mostra uma pesquisa, que visou levantar dados sobre a situação atual da inserção da MFC na graduação médica brasileira. Participaram da pesquisa, cinco instituições de ensino públicas e cinco privadas. A pesquisa focou quatro pontos, destaco três relevantes para a presente discussão, quais sejam:

1- Por que inserir os conceitos e práticas da MFC na Graduação em Medicina?

As instituições consideraram esta enquanto uma estratégia para sensibilizar docentes e discentes em relação à especialidade MFC, fundamental para a reorganização do sistema de saúde público e suplementar no mundo e no Brasil. Foi referido também que seria uma estratégia para a formação de um médico mais humano e responsável para com as pessoas, e voltado à realidade do país além de embasar os estudantes para uma possível pós-graduação em MFC.

2- Como e em que momento inserir a MFC dentro da graduação?

Neste quesito, o documento enfoca a necessidade de investir na criação de Departamentos de MFC a fim de inseri-la na graduação e destaca a importância da inserção precoce e com enfoque prático, dos estudantes na AB.

3- Quais seriam os maiores entraves?

Dentre os principais entraves para a inserção da MFC seria relação conflituosa das Instituições com o sistema de saúde local; docentes formados no Modelo Flexneriano; articulação incipiente com outras disciplinas do curso; dificuldade dos docentes no trabalho intersetorial; desconhecimento do corpo docente e discente em relação aos princípios da MFC; preconceito/discordância/desvalorização do corpo discente e docente em relação à inserção da MFC na graduação, principalmente na experiência de inserção precoce no currículo; falta de recursos humanos com qualificação na área; pequeno apoio logístico da Instituição de Ensino; dificuldade na relação ensino-serviço de saúde-Secretaria Municipal de

Saúde, limitando a inserção do estudante nas Unidades de Saúde Públicas e tempo curto de estágio.

Abaixo, um quadro que resume os achados da pesquisa supracitada, constituindo em pontos de reflexão para o ensino da atenção básica na graduação em medicina:

Quadro 10. Síntese dos pontos de reflexão para o ensino na APS na graduação em Medicina- Brasil, 2011

Por que ensinar na Atenção Básica?
Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.
O que ensinar?
Abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes da formação médica.
Quando ensinar?
Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso.
Como ensinar?
Com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades.
Onde ensinar?
Em Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem.
Quem deve ensinar?
É fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS.

Fonte: Demarzo, M.M.P et al, 2011, adaptado pela autora.

Por fim, o documento fruto da pesquisa realizada no congresso, levantou um panorama entre as instituições de ensino participantes sobre possíveis estratégias a fim de superar os desafios da inserção da MFC na graduação, o quadro abaixo destaca os principais pontos:

Quadro 11. Sínteses de possíveis estratégias para superar os desafios da inserção da MFC na graduação, Brasil, 2011

Articulação entre academia, serviço e comunidade
Fóruns regulares de divulgação dos princípios da APS e MFC
A graduação tem de utilizar a pós graduação para melhoria dos cenários de prática
Política de educação permanente
Formar pessoas com a visão do novo paradigma- Diretrizes Curriculares
Formalizar articulação ensino-serviço por meio de convênios
Estímulo à pesquisa na MFC e gestão

Fonte: Demarzo, M.M.P et al, 2011, adaptado pela autora.

Esta primeira parte dos resultados e discussão baseada na análise documental dos currículos, ementas e grades curriculares, suscitou algumas reflexões, tais como:

- A necessidade de fortalecimento das disciplinas que abordam conteúdos relativos à atenção básica no currículo;

- A necessidade de articulação entre teoria e prática e inserção precoce dos alunos em campos de prática na Atenção Básica;

-Alguns cursos, apesar de terem reformulados seus currículos pós DCN ainda apresentam estrutura de abordagem da AB de maneira pontual ao longo da graduação, tendo ainda quem oferte apenas em disciplina optativa.

Procurou-se também cotejar os resultados da presente análise exploratória com a literatura, onde se puderam verificar os achados de autores que mencionam a necessidade de adequação curricular e a importância da inserção da MFC no currículo da graduação de maneira efetiva.

Destaca-se ainda, a importância de estudos de aprofundamento com objetivo de verificar a operacionalização dessas experiências curriculares *in loco* além de extrapolar para a análise das metodologias de ensino da AB nesses currículos.

Ainda, é importante analisar em que medida as diretrizes curriculares transformaram-se em políticas prioritárias dentro das universidades, considerando agora a nova diretriz regulamentada em 2014. Ainda se observa que os atores que buscam instituir mudanças nas suas escolas parecem ser minoritários em seus departamentos. Apenas a norma não modifica comportamentos e práticas dos sujeitos. É fundamental considerar a micropolítica, a arena onde os atores movimentam-se e modificam o curso da política.

Há necessidade, portanto, de mudar o objeto da prática médica e da formação profissional e investir na efetivação das DCN no cotidiano das escolas e dos serviços. Entretanto, se não houver a clareza de que o objeto da formação deve ser as necessidades de saúde da população, as reformas curriculares e as novas metodologias servirão apenas como um paliativo a este processo de mudança.

5.2 **2ª Fase: Entrevistas**

A segunda fase da presente pesquisa compreendeu o período de campo, sucedendo a primeira fase de análise documental, onde conforme mencionado anteriormente, se deu entre 01 de agosto a 01 de novembro, compreendendo assim três meses de coleta de dados. Cabe destacar que no mês anterior, foi realizado um piloto a fim de validar o questionário e detectar possíveis erros ou inconsistências.

Optou-se por unir os resultados desta fase com as discussões em virtude do volume e densidade dos dados encontrados, e, também permitir a reflexão e conjunção com a literatura mediante os dados levantados.

Tratou-se de um questionário semiestruturado com 48 questões (APÊNDICE B), e como tal, havia questões fechadas e abertas, para serem respondidas livremente. Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, utilizou-se de duas estratégias: aplicação presencial por meio da autora e aplicação via formulário *on line* (ferramenta do *Google Docs*), onde o respondente caso concordasse em participar da entrevista, recebia um e-mail contendo um link para acesso virtual ao instrumento. Essa segunda estratégia foi desenvolvida em face da dificuldade de captação do público alvo e acabou sendo o método de maior adesão. Ainda, todas as respostas enviadas *on line* eram exportadas diretamente para um banco de dados em formato de planilha Excel. Para os questionários que foram aplicados pessoalmente, as informações foram digitadas diretamente no banco de dados pela autora.

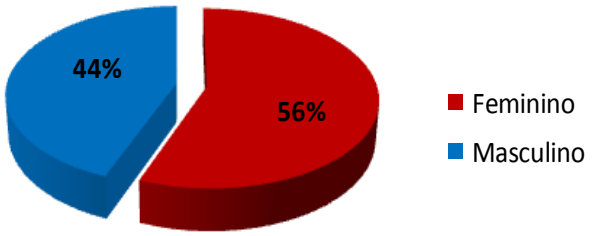
Ao todo, obteve-se 53 retornos de respondentes, e após a análise dos questionários, três foram excluídos por não atenderem algum dos critérios de corte anteriormente apresentados na parte metodológica. Assim, a amostra final contou com 50 respondentes. Os resultados foram tratados por meio do programa Excel e apresentados por meio de estatística descritiva. O anonimato dos respondentes foi garantido e sua identificação se deu por numeração de 1 a 50, conforme a ordem de entrada do questionário no banco de dados.

O objetivo do presente capítulo é apresentar e discutir os principais resultados obtidos nessa segunda fase da pesquisa.

- **Perfil dos respondentes**

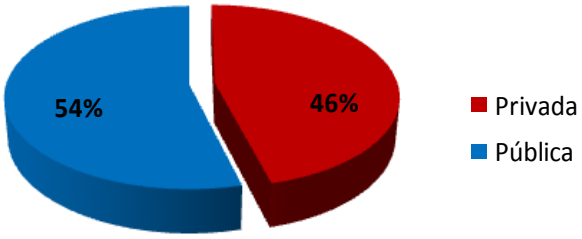
A primeira parte do questionário buscou compor o perfil dos respondentes, onde estes são constituídos por 56% pelo sexo feminino, com média de idade de 32 anos de idade, onde, 54% são egressos de cursos de medicina de natureza jurídica pública e tendo também a grande maioria se formado após a implementação da Diretriz Curricular Nacional do ano de 2001 (84% dos respondentes). Tais achados podem ser observados nos três gráficos que se seguem:

Gráfico 14- Distribuição dos respondentes segundo gênero, Brasil-2014



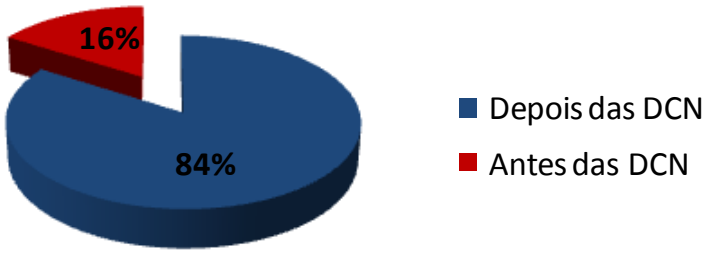
Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 15 Natureza jurídica das IES onde os respondentes realizaram a graduação em medicina, Brasil-2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 16. Distribuição dos respondentes segundo ano de formação, Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

**n= 50*

***DCN (2001)*

- **Formação e atuação na Atenção Básica**

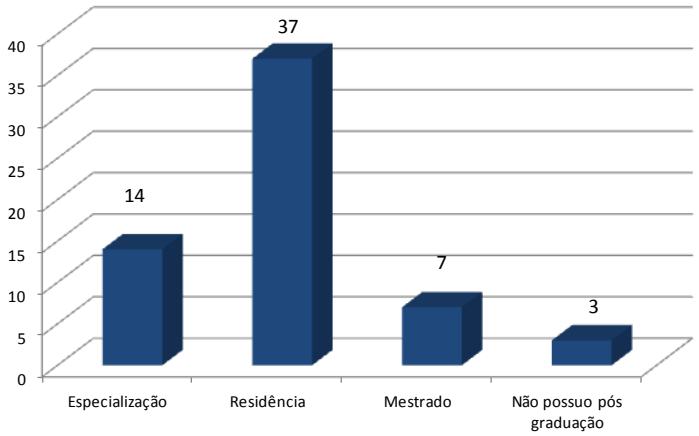
Com relação à formação dos respondentes, observa-se que a grande maioria referiu ter concluído a residência (n=37), seguido pelos que referiram possuir alguma especialização (n=14), Lembrando que a amostra também era composta por profissionais que ainda estavam com a residência em curso. Sete respondentes possuem mestrado e cabe destacar que, esta questão permitia mais que uma opção de resposta (GRÁFICO 17).

Quando perguntados sobre a (s) área (s) da pós graduação, quase totalidade citaram a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (n=47), três dos respondentes não especificaram e demais áreas citadas foram: geriatria, pediatria, psiquiatria, homeopatia, medicina do trabalho e endocrinologia (GRÁFICO 18). Cabe ainda destacar que apesar da não especificação da área de pós graduação de três respondentes da amostra, todos os entrevistados são residentes ou especialistas em medicina de família, tal fato é assegurado pela amostra ter sido intencional e todos os sujeitos tiveram contato direto com a autora.

Ainda no que concerne a formação dos participantes, 64% referiu interesse em realizar alguma outra pós graduação e quanto ao tempo de atuação na atenção básica, até o momento

da pesquisa todos estavam atuando com 42% dos respondentes referindo tempo de atuação entre 1 a 3 anos (GRÁFICO 19 e 20).

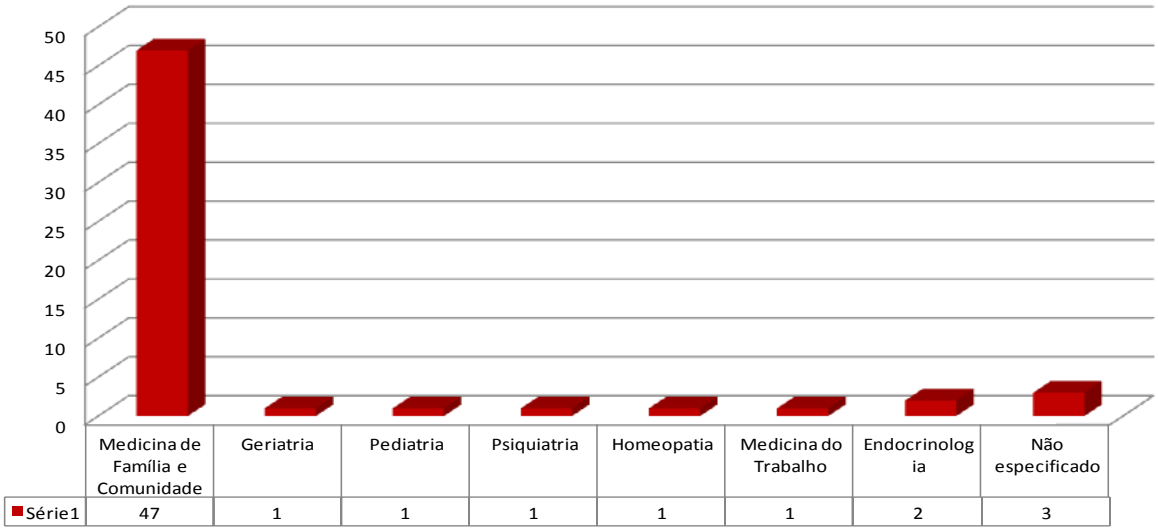
Gráfico 17. Respondentes que referiram possuir alguma pós graduação- Brasil, 2014



**A questão aceitava múltiplas possibilidades de respostas*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

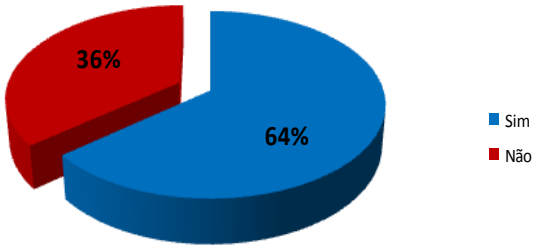
Gráfico 18. Respondentes segundo área da pós graduação- Brasil, 2014



**Questão possibilitava mais de uma resposta*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

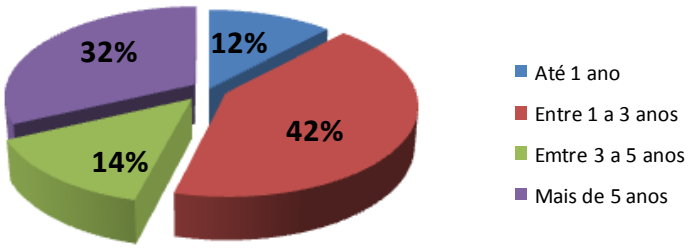
Gráfico 19. Respondentes com intenção de realizar outra pós graduação- Brasil, 2014



*n= 32

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 20. Tempo de atuação dos respondentes na Atenção Básica, Brasil, 2014

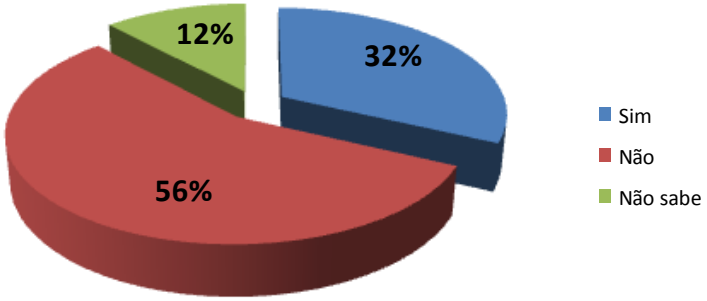


Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

- **Caracterização dos cursos de medicina**

Nesta parte do instrumento de coleta de dados, buscou-se saber aspectos relativos aos cursos de medicina dos quais os respondentes eram egressos. O gráfico abaixo apresenta que a maior parte dos participantes referiu não ter ocorrido qualquer mudança curricular durante a graduação (56%).

Gráfico 21. Distribuição dos respondentes segundo mudança curricular durante a graduação de medicina- Brasil, 2014

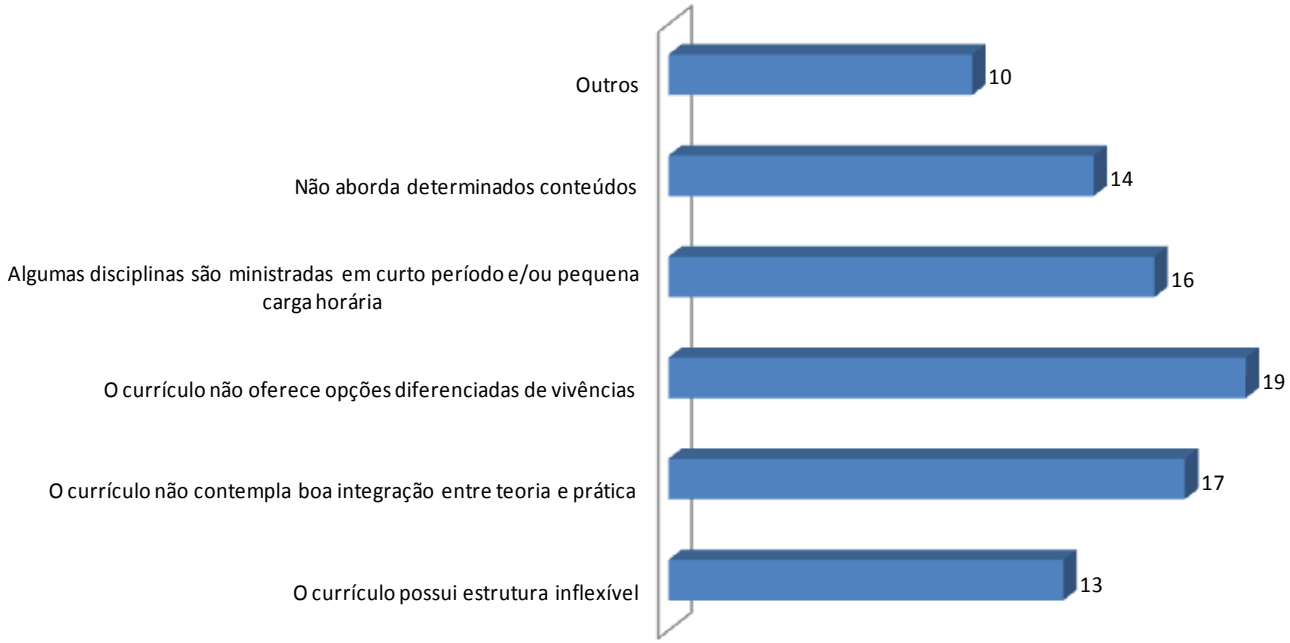


Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Quando perguntados acerca dos aspectos negativos de seu curso de medicina, os aspectos mais citados foram: não oferta de opções diferenciadas de vivência no currículo, pouca integração entre teoria e prática, algumas disciplinas ministradas em baixa carga horária e ausência de abordagem de alguns conteúdos. Cabe destacar que a questão permitia múltiplas respostas.

Ainda, para os que responderam a opção "outros", os principais aspectos negativos citados por estes foram: a maioria das aulas foram ministradas por médicos sem formação/atuação na atenção básica, baixa carga horária prática em atenção básica, poucas aulas com conteúdos da atenção básica, muita ênfase nas especialidades/medicina terciária e professores/departamentos tem dificuldades em implementar mudanças para contemplar a atenção básica (GRÁFICO 22).

Gráfico 22. Aspectos negativos do currículo da graduação em medicina- Brasil, 2014



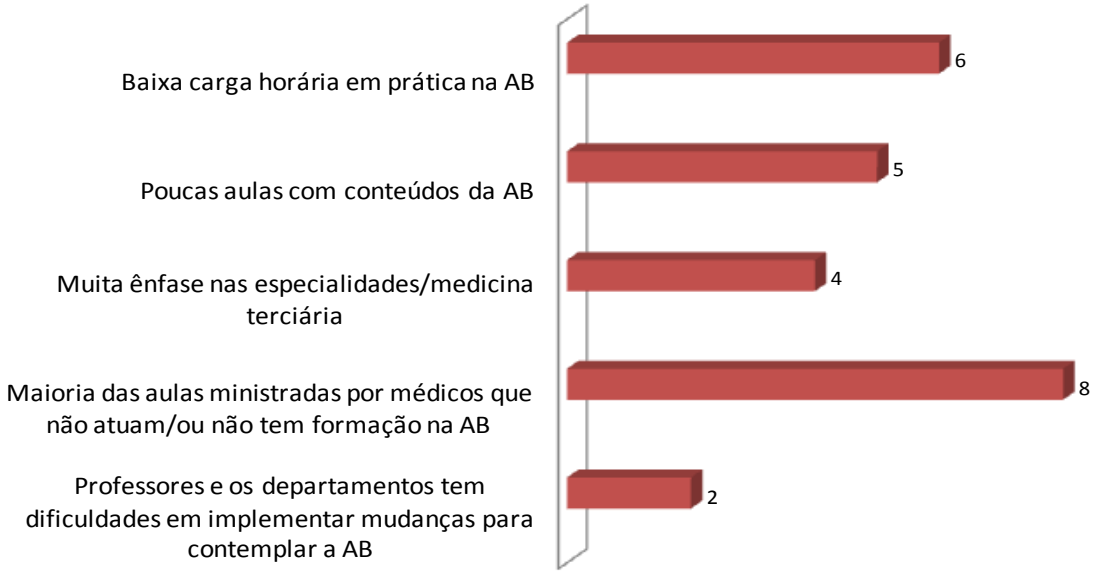
*Valores em números absolutos

** A questão permitia múltiplas respostas

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

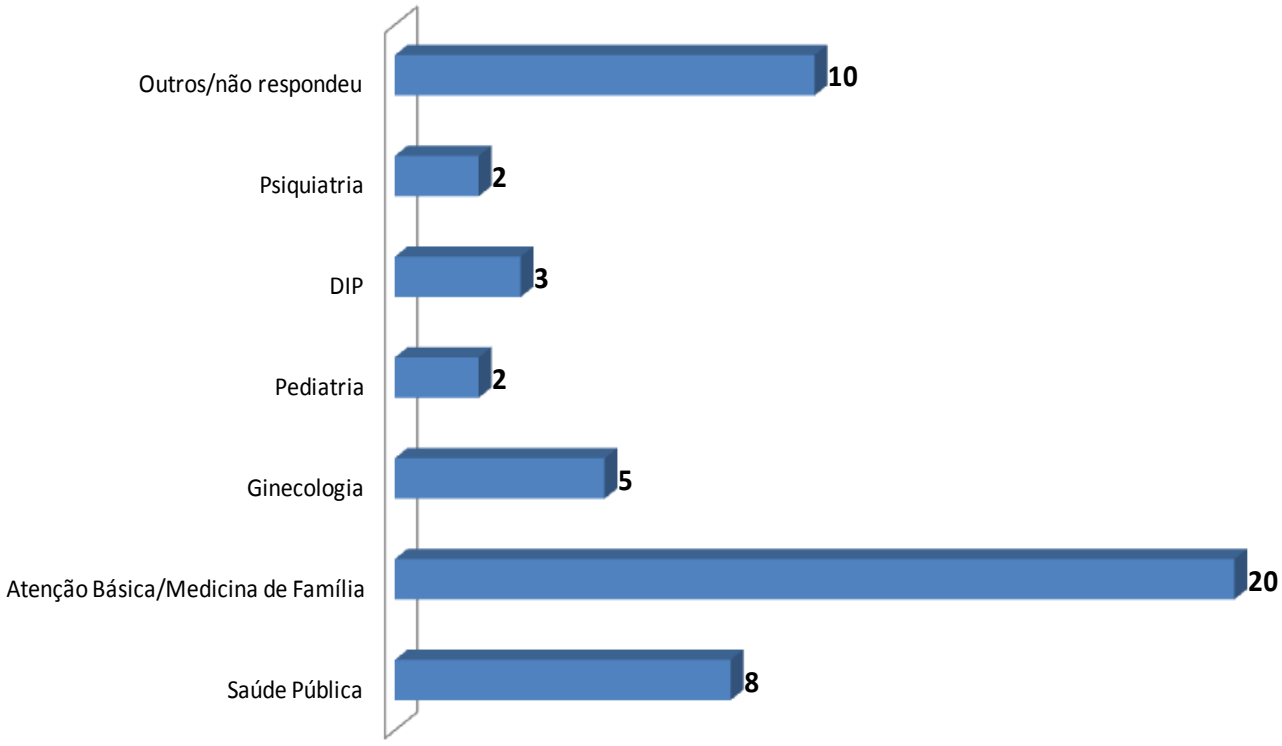
Gráfico 23. Aspectos negativos do currículo da graduação em medicina. Outros- Brasil, 2014

Fonte:



Dentre as disciplinas ministradas em curto período/carga horária, os respondentes referiram em ordem de maior citação: atenção básica/medicina de família, saúde pública, ginecologia, DIP, pediatria e psiquiatria. Assim, os conteúdos relativos à saúde pública e atenção básica foram os mais citados como insuficientes em termos de tempo de abordagem, além de disciplinas ligadas à áreas estratégicas para a atenção básica tais como a pediatria e ginecologia conforme gráfico a seguir. (GRÁFICO 24).

Gráfico 24. Disciplinas ministradas em curto período/carga horária- Brasil, 2014



*valores em números absolutos

**A questão permitia múltiplas respostas

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Cabe destacar que a questão anterior sobre disciplinas ministradas em curto período/carga horária, era aberta e permitia múltiplas respostas. Neste sentido, além dos nomes das disciplinas, algumas falas chamaram bastante atenção, tais como: *"As disciplinas voltadas para saúde pública e atenção básica são ministradas somente no início da*

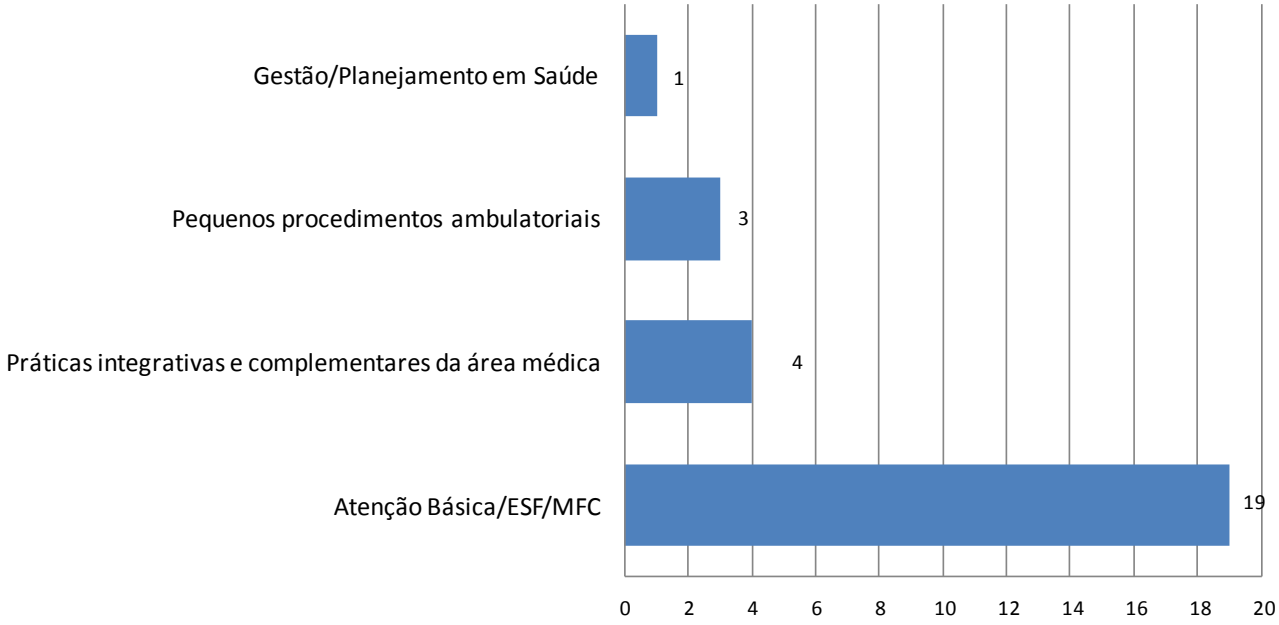
graduação e no final em disciplinas que são muito teóricas e que essencialmente não levam os graduandos para a prática na atenção básica." [respondente 7] E ainda: *"Durante a minha graduação que foi realizada em uma instituição pública de ensino, eu tive zero hora em Medicina de Família e Comunidade!" [respondente 23]* E: *" A disciplina de medicina de família e comunidade foi de curtíssima duração e não foi ministrada por docentes com formação na área, o que na minha opinião é um grande fator dificultador" [respondente 38].*

Estas falas expressam algumas características observadas na análise documental dos cursos, especialmente a questão da atenção básica estar contemplada em momentos pontuais na graduação e muitas vezes ligadas apenas à disciplinas mais teóricas.

No que tange os conteúdos não abordados durante a graduação, a maior parte dos respondentes referiu a não abordagem de conteúdos relativos à Atenção Básica/ESF/MFC (n=19), seguido por práticas integrativas e complementares da área médica (n=3), conforme gráfico abaixo.

Perguntados especificamente sobre a abordagem da atenção básica durante o curso, 44% dos respondentes referiram alguma abordagem da AB, 38% referiram não ter sido abordada e 18% afirmaram ter sido abordadas apenas em disciplinas eletivas durante a graduação (GRÁFICO 26). Esses percentuais podem expressar em alguma medida a fragilidade da AB em muitos currículos de medicina do estado do RJ, pois se 44% referiram a abordagem da AB, outros 56% se dividem entre a não abordagem e a abordagem apenas em disciplinas eletivas o que por si só também já é insuficiente.

Gráfico 25. Opinião dos respondentes sobre conteúdos não abordados durante sua graduação em medicina- Brasil, 2014



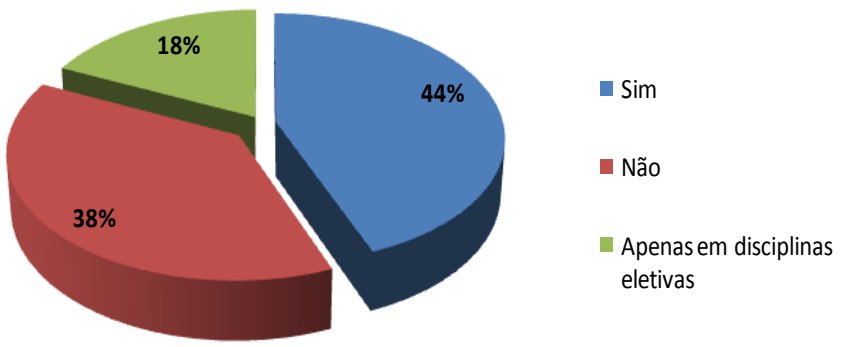
*valores em números absolutos

**A questão permitia múltiplas respostas

*** Número de respondentes= 27

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

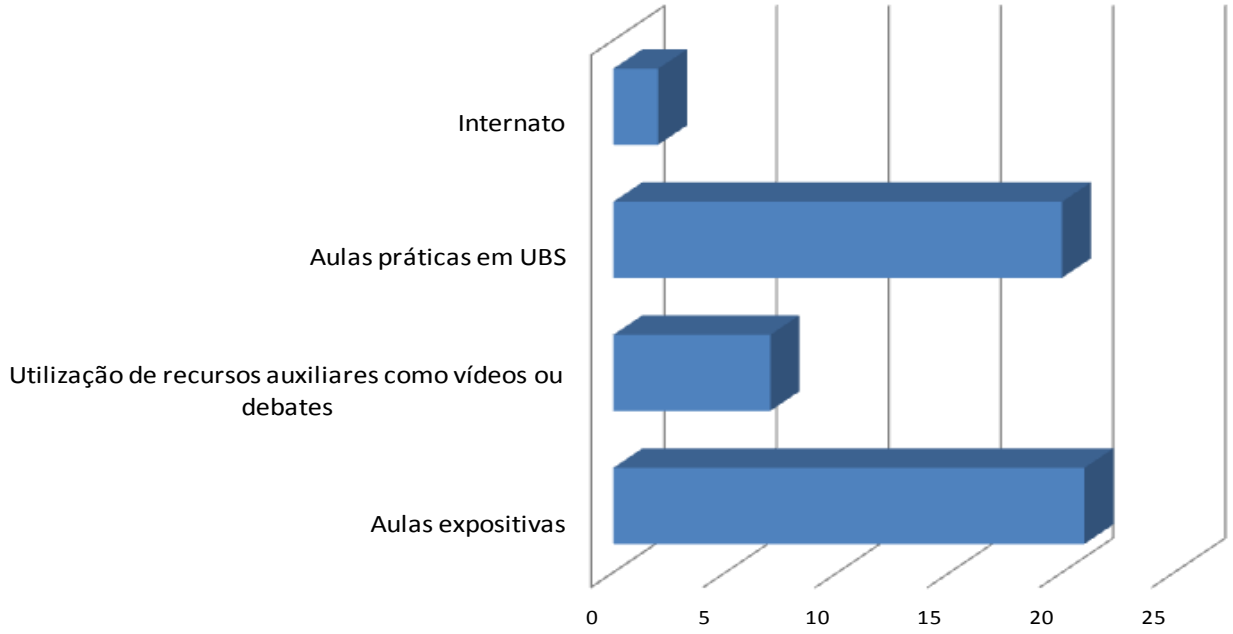
Gráfico 26. Opinião dos respondentes sobre a abordagem da Atenção Básica no currículo de sua graduação em medicina- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Para os que referiram haver a abordagem da atenção básica no curso de graduação, foi perguntado também sobre as estratégias utilizadas para sua abordagem. As modalidades mais referidas pelos participantes foram: aulas expositivas (n=20) e aulas práticas em UBS (n=18), cabendo destacar que esta questão permitia múltiplas marcações conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 27. Estratégias utilizadas para trabalhar a Atenção Básica na graduação- Brasil, 2014



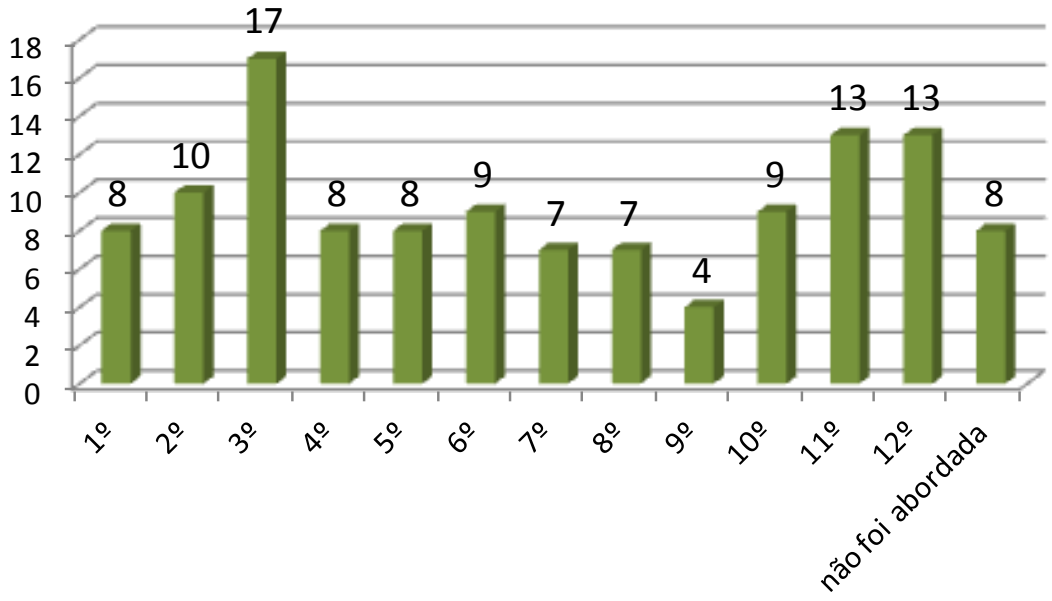
*Número de respondentes=31

**A questão permitia múltiplas respostas

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Perguntou-se também sobre qual ou quais períodos haviam sido ministrados conteúdos relativos à atenção básica durante a graduação, e conforme o gráfico 28, pode-se verificar a heterogeneidade entre a frequência, havendo maior concentração entre o 3º, 11º e 12º períodos.

Gráfico 28. Abordagem da atenção básica segundo períodos, Brasil, 2014



*n= 50

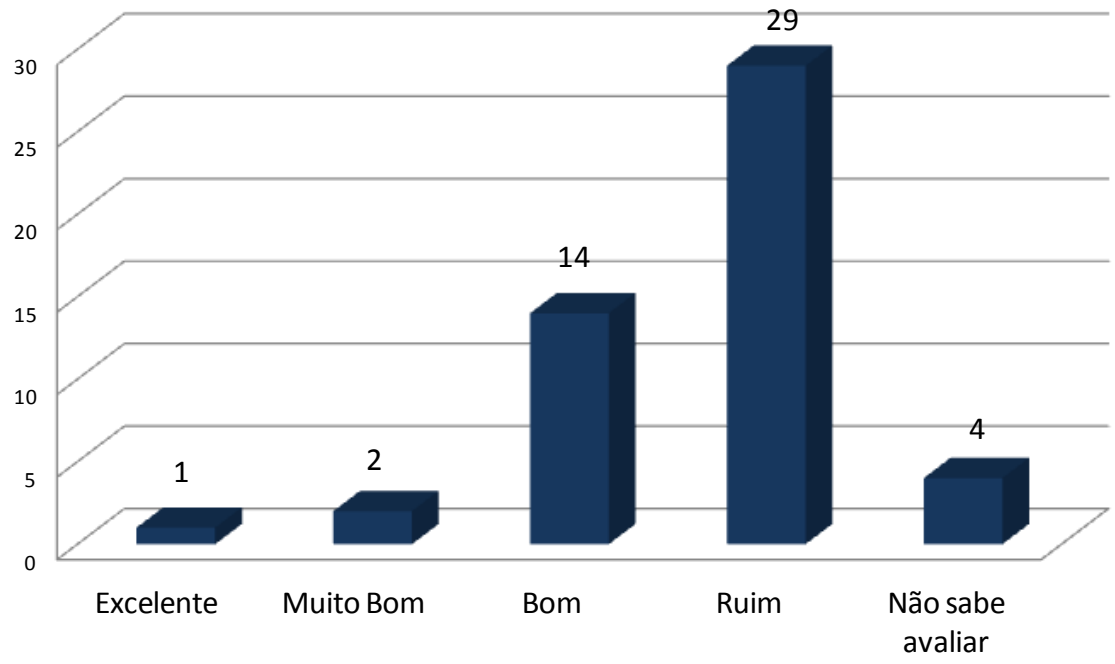
**Questão permitia respostas múltiplas*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

As disciplinas mais referidas pelos respondentes como as responsáveis pelos conteúdos da atenção básica foram: Internato em Saúde Coletiva, Internato em MFC/Saúde da Família, Saúde e Sociedade, Medicina Integral, Atenção Integral à Saúde, Medicina Social, Internato optativo em Medicina de Família, Saúde Coletiva.

Ainda sobre a formação, buscou-se saber a opinião dos respondentes sobre o currículo da graduação para a atuação na atenção básica. Os resultados apontaram que 58% dos egressos consideram que sua graduação em medicina foi "ruim", seguido por 28% que consideraram como "bom". (Gráfico 29)

Gráfico 29. Opinião dos respondentes sobre o currículo da graduação em medicina para a atuação na Atenção Básica- Brasil, 2014



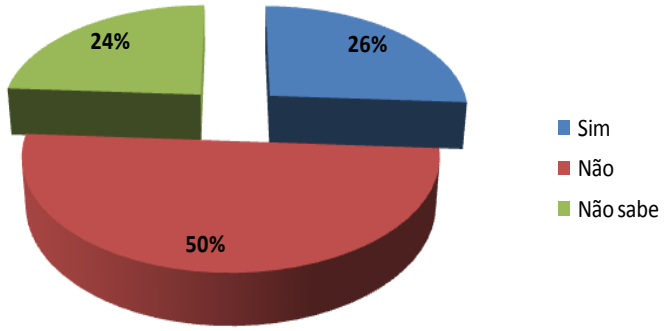
Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Estes dados apontam para a baixa capilaridade da atenção básica nos cursos de medicina do estado.

- **Adesão às políticas e programas**

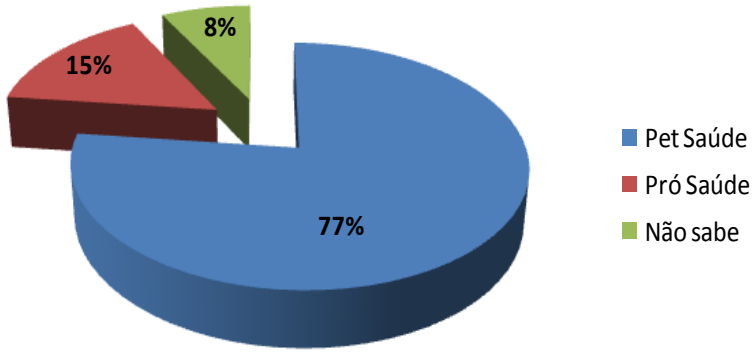
No que se refere às políticas/programas para a reorientação da formação, 26% referiu adesão por parte da instituição de ensino, e, metade dos respondentes referiram não haver adesão. Dentre os que afirmaram a adesão, 77% referiu o programa o Pet Saúde e 15% o Pró Saúde (gráfico 31 e 32). Quanto à participação no programa, 69% afirmaram não ter participado (gráfico 33).

Gráfico 30. Respondentes que referiram adesão por parte da Instituição de Ensino por algum programa/iniciativa que visa impulsionar a reorientação da formação, quais sejam: PROMED, PRÓ SAÚDE ou PET SAÚDE- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

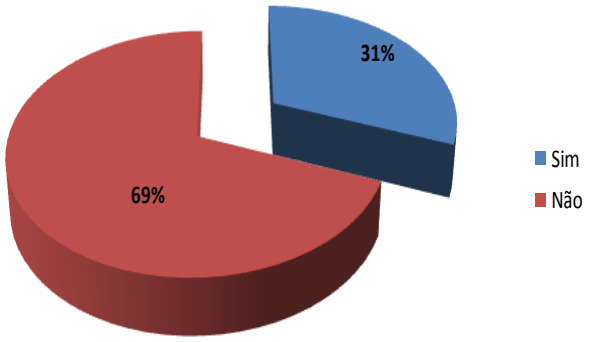
Gráfico 31. Programas para a reorientação da formação referidos pelos respondentes- Brasil, 2014



**Respondentes n= 13*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 32. Participação dos respondentes no Programa- Brasil, 2014

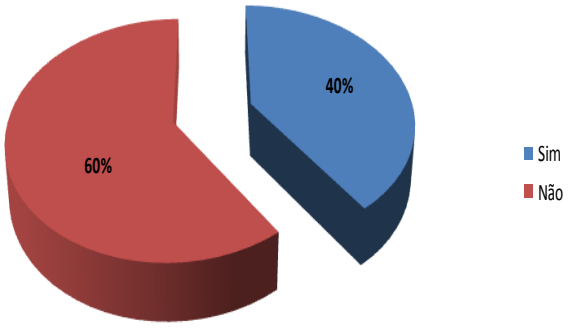


**Respondentes n= 13*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Com relação à adequação das estratégias adotadas para a reorientação da formação de médicos no país com vistas a atenção básica, 60% considera que estas não são adequadas ou não impactam a formação.

Gráfico 33. Opinião dos respondentes quanto a adequação das estratégias adotadas para reorientação da formação- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

A questão posterior pedia para justificar a opinião e com relação aos que afirmaram que as estratégias adotadas pelo governo não estão adequadas, as justificativas se encontram no quadro abaixo:

Quadro 12. Justificativas dos respondentes com relação à não adequação das iniciativas do governo com vistas à reorientação da formação- Brasil, 2015

Justificativa	**Nº do Respondente**
Estas estratégias deveriam induzir mais para incluir a APS desde o início da graduação com integração entre as outras disciplinas.	11
Ainda estão sendo formados médicos especialistas e voltados para a saúde privada.	02
A grade curricular da maioria dos cursos ainda obedece ao padrão biomédico, com pouca ou nenhuma reciclagem dos professores e preceptores para um modelo biopsicossocial.	49
Ainda falta muita estrutura e preparo nas Instituições de Ensino Superior no que tange a adoção de medidas, mudanças curriculares capazes de inserir os alunos de fato na APS, na quebra de preconceitos. O processo é difícil muitas vezes dentro da instituição e fora dela, a medida que exige convênios com a rede de atenção primária, e isso envolve prefeitura, secretaria de saúde e profissionais das unidades básicas.	33
Ainda falta muita informação sobre a importância e a prioridade da atenção básica. As faculdades ainda formam superespecialistas. Ainda há a formação voltada para a medicina hospitalocêntrica e em especialidades na maioria das faculdades. Na minha, por exemplo, teve mudanças no currículo mas o internato é todo realizado no hospital.	07
Currículo ainda centrado na formação hospitalar. Maioria absoluta dos professores especialistas que não em Medicina de Família e Comunidade. Falta de integração com a APS do município onde se localiza a universidade.	15
Poucos alunos conhecem, há acesso limitado, o ambiente hospitalocêntrico desestimula essas iniciativas e a universidade preferia atuação em municípios distantes a utilizar a rede da cidade.	41

As pessoas acabam a faculdade desconhecendo o MFC.	33
A oferta de conteúdo teórico e prático em Atenção Básica é muito pequena e não é suficiente para estimular o interesse dos alunos para a atuação nesta área ou mesmo para o entendimento da rede de atenção à saúde. O curso não cumpre a sua função em formar profissionais médicos que possam atuar de forma adequada, que exerçam ações coordenadas dentro da rede de atenção à saúde vigente no país.	29
Não vi reorientação significativa na graduação.	25
Não conheço bem tais iniciativas do MEC e MS para avaliar. Acho ainda incipientes e não chegam com força no objeto a ser transformado, no caso os currículos e escolas de medicina.	06

Fonte: O autor, 2015

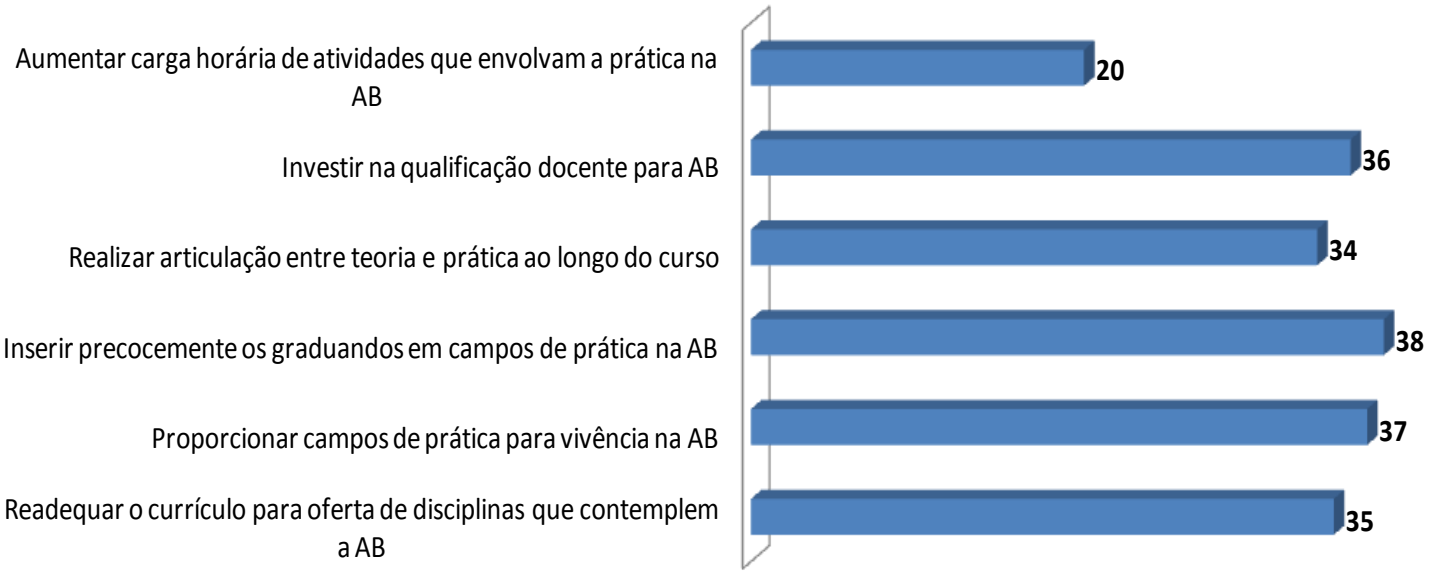
Assim, os principais relatos giraram em torno da pouca abordagem da AB bem como a restrição à conteúdos teóricos. Foi destacado também o perfil curricular enquanto com foco apenas nos aspectos clínicos e nos hospitais enquanto cenário de prática. Alguns participantes referiram também desconhecimento dos programas/políticas para a reorientação da formação. Esses aspectos mencionados suscitam, pois, a reflexão sobre o impacto destas estratégias nos cursos de graduação em medicina.

- **Atenção básica na graduação**

Dentre os aspectos que a formação médica deveria rever para propiciar abordagem da atenção básica na graduação, os respondentes consideraram em ordem decrescente: inserir precocemente os graduandos em campos de prática na atenção básica (n=38), proporcionar campos de prática para vivência na atenção básica (n=37), investir na qualificação docente para atenção básica (n=36), readequar o currículo para oferta de disciplinas que contemplem a atenção básica (n=35), realizar articulação entre teoria e prática ao longo do curso (n=34) e aumentar carga horária de atividades que envolvam a prática na atenção básica (n=20). Cabe mencionar que, nenhum participante assinalou a alternativa: não considero que a formação médica precisa ser revista para a abordagem da atenção básica. A questão permitia múltiplas

respostas e a representação gráfica pode ser vista abaixo:

Gráfico 34. Aspectos que a formação médica deveria rever para a abordagem da atenção básica (AB)- Brasil, 2014



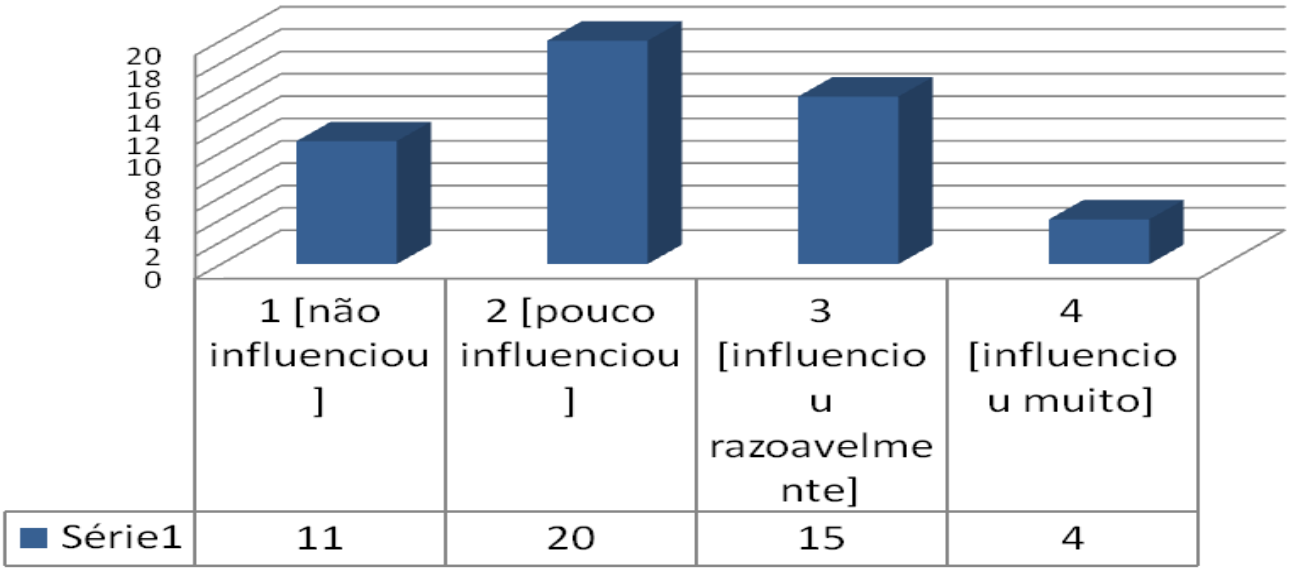
**A questão aceitava múltiplas respostas*

***nenhum respondente marcou a opção: Não considero que a formação médica precisa ser revista para a abordagem da AB*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Um dos objetivos específicos do presente estudo era compreender o grau de sensibilização dos cursos de graduação em medicina para a atuação dos futuros médicos na atenção básica. Para isso, a questão se valeu de resposta em uma escala que variou de 1 a 4, sendo 1- não influenciou e 4- influenciou muito. Assim, 40% dos participantes referiram que sua graduação de origem pouco influenciou e sensibilizou para sua atuação ou escolha pela atenção básica, seguido pelos que referiram que a graduação influenciou razoavelmente (30%) (gráfico 35).

Gráfico 35. Classificação dos cursos de graduação em medicina no que tange a sensibilização para atuação na Atenção Básica- Brasil, 2014

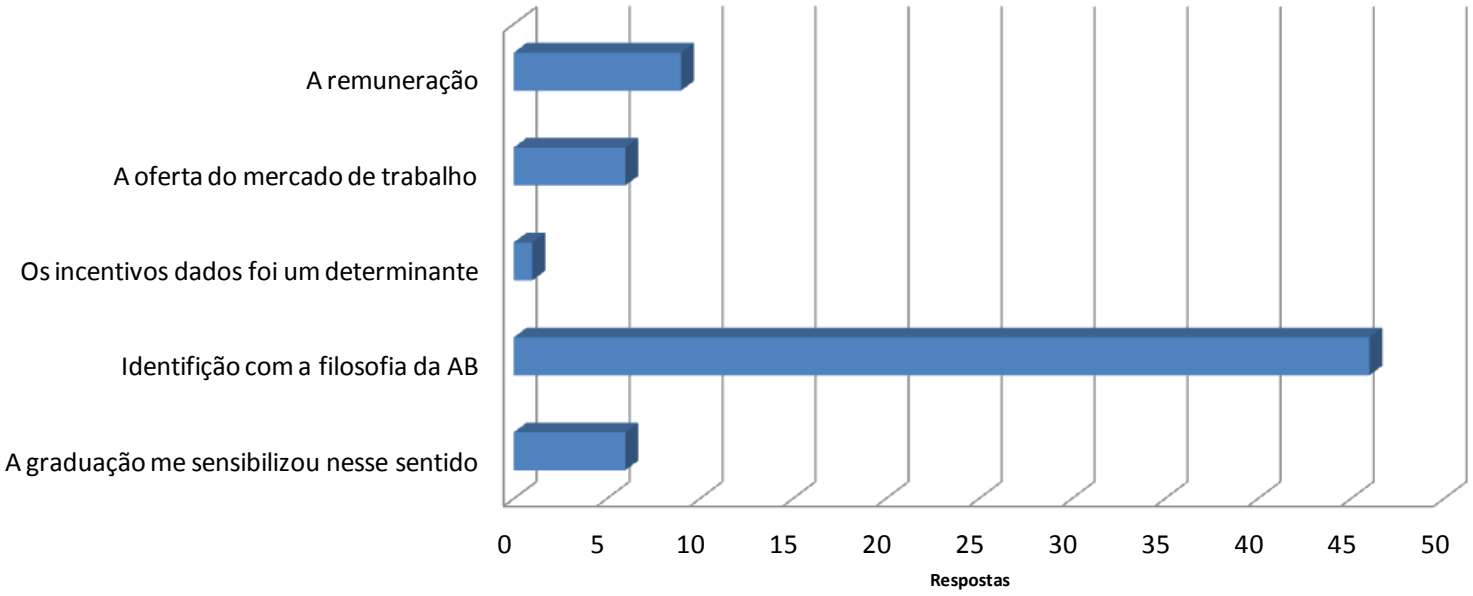


Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Dentre os principais motivos que levaram os egressos a optarem pela especialidade em medicina de família e comunidade/atuação na atenção básica, foram: identificação com a filosofia da atenção básica (n=46), a remuneração (n=9), a oferta do mercado de trabalho (n=6), a graduação sensibilizou (n=6), os incentivos dados foi um determinante (n=1). Cabe destacar que esta questão permitia respostas múltiplas (gráfico 36).

Um estudo realizado por Neto *et al* (2009), com objetivo de conhecer os principais motivos do desinteresse dos estudante de medicina pela especialidade em MFC, encontrou como motivos mais referidos o pouco prestígio da especialidade e atuação na atenção básica, baixos salários, pouca vivência em atenção básica durante a graduação de medicina e a elevada dívida com a universidade. Tais achados apontam a relevância do papel da graduação para o fortalecimento da futura atuação na AB.

Gráfico 36. Fator determinante para escolha pela especialidade em medicina de família e comunidade e/ou atuação na atenção básica- Brasil, 2014



**A questão permitia múltiplas respostas*

Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

- **Fatores favoráveis e desfavoráveis para a readequação da formação médica para atuação na AB**

Em síntese, essa questão que tratava-se de uma questão aberta, procurou levantar aspectos na perspectiva dos respondentes que facilitam ou poderiam vir a facilitar a readequação da formação médica tendo como um dos pontos estratégicos a atenção básica em saúde. O quadro abaixo traz o panorama dos aspectos mencionados.

Quadro 13. Opinião dos respondentes quanto aos aspectos favoráveis para a readequação da formação médica para atuação na AB, Brasil, 2015

Respostas	Nº do respondente
A necessidade destes profissionais no mercado de trabalho tendo em vista a aposta na Atenção Básica.	08
Aumento dos especialistas em MFC nas universidades.	43

Remuneração diferenciada.	05
Maior inserção da atenção básica nas universidades, incentivo à residência e boa remuneração.	13
A valorização da ESF pelas políticas do MS e pelo município do RJ.	17
As reformas curriculares via Diretrizes.	25
Ter aula sobre Medicina de Família ao invés de Saúde Coletiva, que se baseia apenas na parte estatística e alguma coisa de pediatria e tuberculose (ao menos na minha faculdade).	29
PROVAB	31
Deveríamos ter uma maior orientação na faculdade para a atenção básica, pois é onde a maioria dos recém-formados irão atuar.	12
O fator mais favorável para essa adequação, na minha opinião, seria a maior compreensão de todos os médicos que atuam em todos os níveis de atenção de qual é o papel da Atenção Primária, isso ajudaria bastante a organizar o sistema de saúde. Já que o sistema de saúde brasileiro se estrutura na atenção primária, nada mais lógico que a educação médica também. Além disso, poderia investir na sensibilização de mais profissionais para essa prática. Acho que uma consequência positiva também seria que os médicos que optam por essa especialidade seriam menos vistos como médicos pouco ou desqualificados, a partir do momento que os alunos entrassem em contato com o que é feito numa unidade de APS.	16
Integração ensino-serviço-comunidade responsável, com participação e contribuição maior da universidade aos serviços, consequente contribuição ao aumento da qualidade das unidades pela universidade. Investimento em docentes e preceptores, seja na parte de formação pedagógica, seja em incentivos financeiros. Estímulo à residência de medicina de família para formar com especialistas, sem esquecer o valor da formação multiprofissional. Mudança dos currículos para integração da atenção básica e seu ensino, transformando os demais cenários. Não adianta só ter uma filosofia adequada nas disciplinas de atenção básica e ter os outros cenários de prática propondo outras práticas, outras filosofias, distanciando-se dos princípios do SUS.	36
Inserção dos alunos na APS desde os primeiros períodos. Aplicação prática dos conceitos teóricos.	49

Abordagem dos conceitos e ferramentas do MFC.	44
Presença de preceptores capacitados nos campos de Prática Espaços para discussão e reavaliação da prática.	50
Incentivo à formação de médicos para atender às reais necessidades de saúde do país. Incentivo ao conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde e suas redes com melhor resolutividade em todos os níveis de atenção.	27

Fonte: O autor, 2015

Observa-se assim, que dentre os aspectos levantados foi bastante marcada a relevância da MFC e sua abordagem na graduação, a integração entre serviço-academia-comunidade, fortalecimento das disciplinas que abordam a AB e estímulo à residência em MFC.

O quadro abaixo aborda os aspectos que segundo perspectiva dos respondentes, dificultam ou dificultariam a readequação da formação médica tendo em vista o fortalecimento da atenção básica.

Quadro 14. Opinião dos respondentes quanto aos aspectos desfavoráveis para a readequação da formação médica para atuação na AB, Brasil, 2015

Respostas	**Nº do respondente**
Resistências dos outros profissionais médicos, reserva de mercado, desconhecimento da especialidade (MFC) e pouca qualificação dos serviços de APS.	01
A dificuldade de mudanças curriculares e entendimento dessa necessidade.	15
A visão focada no hospital e na doença. Falta de interesse por parte do corpo docente de algumas instituições de ensino.	04
Desvalorização da classe quanto à especialidade e à visão política. Desconhecimento da especialidade pela população. Formação de professores e preceptores precisa ser fortalecida. Baixo padrão de pesquisa e assistência em grande parte da APS Trabalho em APS sem estrutura, com sobrecarga de atendimento e dificuldades gerenciais.	16
Ensino muito centrado no Modelo Biomédico. Não aceitação da AB por muito dos professores e diretores das FCM. Dificuldade de diálogo entre os municípios e a Universidade. Ausência de unidades Escolas apoiadas e "geridas" pela	24

Universidade para facilitar o ensino da APS.	
Tempo curto do internato em APS. Contato tardio durante a graduação e pouca abordagem durante o curso de graduação.	22
Modelo ainda centrado em especialidades voltadas a prática hospitalar; Falta de orientação curricular teórica e prática para a APS; Falta de professores com formação em MFC; Status *quo* institucional, com resistência a mudanças muitas vezes; Influência do complexo industrial-farmacêutico na formação acadêmica, com capitalização da formação propiciando ênfase na terapêutica farmacológica e na propedêutica complementar, além de induzir escolha de especialidades mais baseadas em procedimentos do que especialidades que mais se relacionem com as reais necessidades de saúde da população do país.	31
Preconceito transferido aos alunos pelos professores especialistas, professores apegados às suas disciplinas duradouras que, na verdade, não transferem conhecimento ao acadêmico.	11
A divisão das matérias em especialidades, incentivando o especialista e o super especialista.	35
Cenários de prática hospitalares hiper valorizados e desvalorização da atenção básica.	44
Ensino com formação hospitalocêntrica. Metodologias de atuação médica com abordagem centrada na doença. Modelos de atenção à saúde médico-centrados. Modelo biomédico sendo ensinado como o "único e verdadeiro" modelo de abordagem. Intervenção negativa das Organizações Sociais no vínculo trabalhista dos profissionais da saúde da Atenção Básica.	18
Fragilidades na integração da rede de saúde gerando frustração, sobrecarga e pouca troca. A sociedade ainda valoriza o modelo da especialidade. Outro ponto é o corporativismo dos especialistas.	42
Complexo médico-industrial e sua influência na formação.	34

Fonte: O autor, 2015

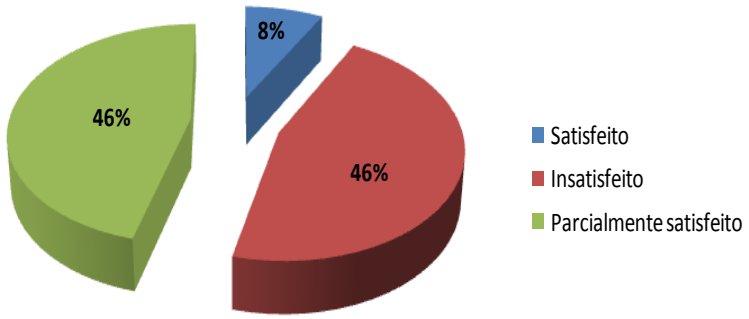
Dentre esses aspectos, foram citadas as dificuldades institucionais para estabelecimento de mudanças, o ensino ainda focado apenas na prática hospitalar, a fragmentação entre as disciplinas e desarticulação teoria-prática, fragilidade na integração da rede de saúde e preconceito transmitido aos alunos por professores especialistas.

- **Opinativas**

Nesta parte do questionário foi levantada a opinião dos entrevistados acerca de aspectos específicos de seus cursos de medicina de origem com vistas a mensurar o grau de satisfação dos respondentes. O gráfico abaixo apresenta a opinião dos respondentes com relação à inserção precoce nos campos de prática durante a graduação, onde, apenas 8% se diz satisfeita, ficando em igual percentual os que se consideram insatisfeito e parcialmente satisfeito (46%).

Para FEUERWERKER (1998), a introdução de novos cenários de prática pode vir a desempenhar um papel essencial na mudança do perfil dos médicos formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde.

Gráfico 37. Opinião dos respondentes sobre a inserção precoce nos campos de prática durante a graduação- Brasil, 2014

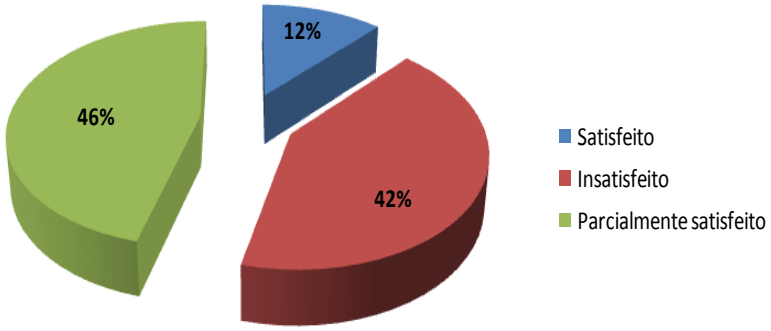


Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

No que tange a infraestrutura e recursos materiais para a abordagem da atenção básica no currículo, 46% se diz parcialmente satisfeito com percentual aproximado aos que referiram insatisfação (42%), conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 38. Opinião dos respondentes sobre infraestrutura e recursos materiais adequados para

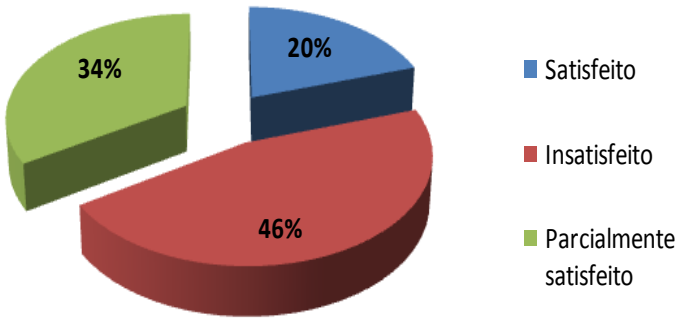
abordagem do SUS e da Atenção Básica no currículo- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Quanto aos docentes que ministram os conteúdos da atenção básica ou vivência no SUS, 46% dos respondentes relataram insatisfação em contraste com 20% que referiu satisfação (gráfico 39).

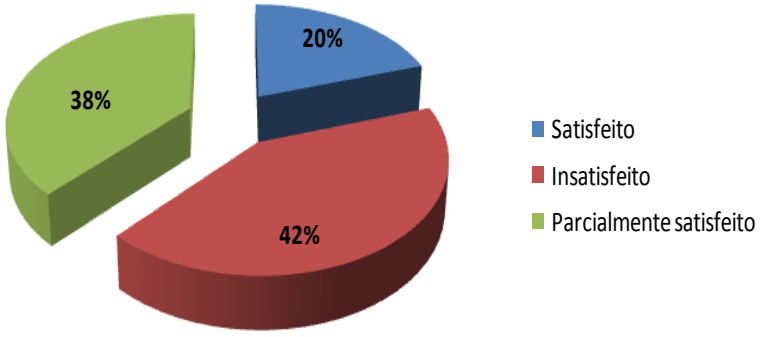
Gráfico 39. Opinião dos respondentes sobre os docentes que ministram os conteúdos relativos à atenção básica e/ou com vivência no SUS-Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

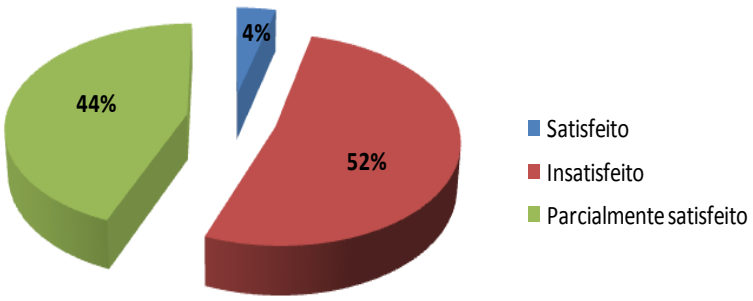
Com respeito à vivência na SUS na rede hospitalar, 42% dos egressos referiram insatisfação e 38% estão parcialmente satisfeitos. Quando perguntados sobre a vivência no SUS com foco na atenção básica, apenas 4% referiram satisfação em contraste com 52% de insatisfação, conforme gráficos a seguir:

Gráfico 40. Opinião dos respondentes sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de prática na rede hospitalar, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

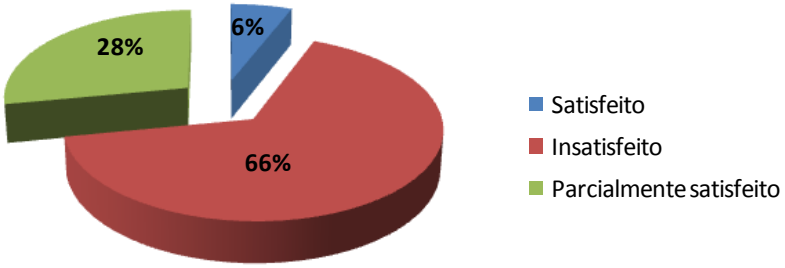
Gráfico 41. Opinião dos respondentes sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de atuação prática em Unidade Básica de Saúde, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

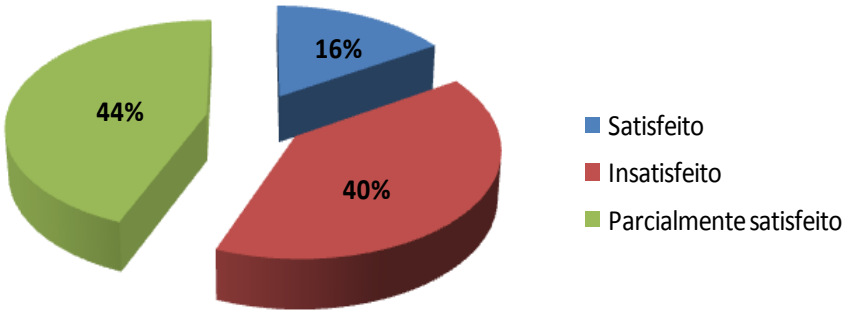
No que concerne a abordagem teórico-prática do SUS e atenção básica ao longo da graduação, 66% referiram insatisfação e quanto as metodologias que privilegiem a participação dos alunos, 40% referiu insatisfação (gráficos 42 e 43).

Gráfico 42. Opinião dos respondentes sobre a abordagem teórico-prático do SUS e da Atenção Básica ao longo da graduação- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 43. Opinião dos respondentes sobre o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, na graduação- Brasil, 2014



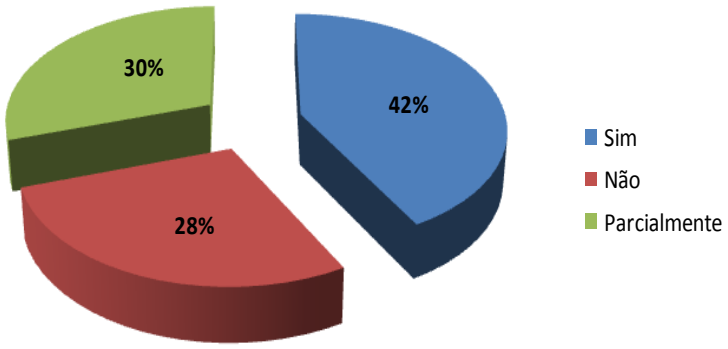
Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de

Janeiro, 2015

Sobre a graduação ter proporcionado abordagem das dimensões éticas e humanísticas, 42% referem que ‘sim’ em contraste com 30% dos respondentes que referem ‘parcialmente’ (gráfico 44).

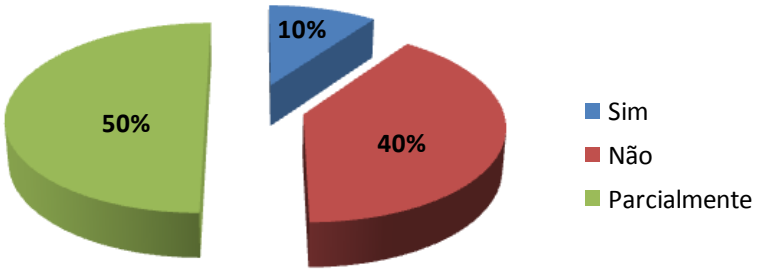
Acerca da graduação ter proporcionado a promoção da interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, 50% referiu estar parcialmente satisfeito, conforme gráfico 45.

Gráfico 44. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado abordagem das dimensões éticas e humanísticas, nos cursos de graduação em medicina- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

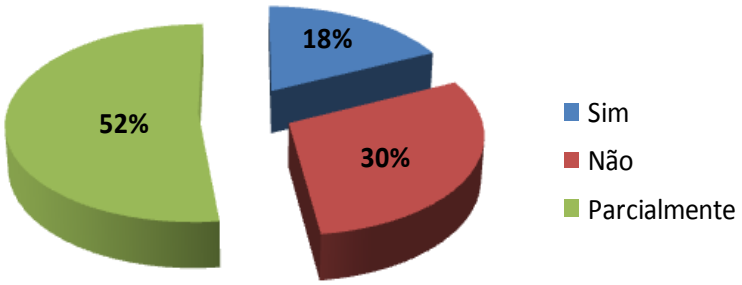
Gráfico 45. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a promoção da interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais- Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Quando perguntados sobre o fato da graduação ter proporcionado a inserção precoce em atividades práticas relevantes para a futura vida profissional, 52% dos participantes referiram estar parcialmente satisfeitos, enquanto que 30% não estão satisfeitos (gráfico 46).

Gráfico 46. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a inserção precoce em atividades práticas relevantes para a futura vida profissional- Brasil, 2014



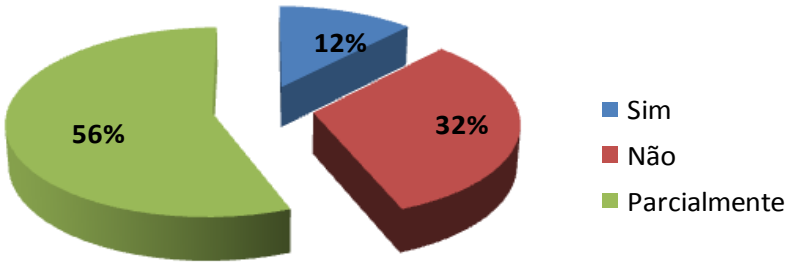
Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Sobre a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem e da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional, 56% dos respondentes se encontram parcialmente satisfeitos.

Quanto a interação ativa do aluno durante a graduação com usuários e profissionais de saúde desde o inicio de sua formação, apenas 24% se diz plenamente satisfeitos e 40% parcialmente satisfeitos.

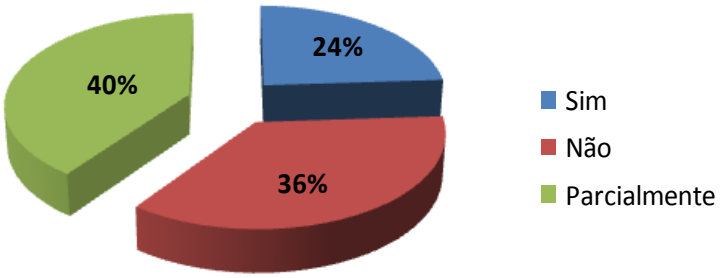
E fechando o bloco de questões opinativas, 56% dos egressos afirmaram não estar satisfeitos com a graduação no que tange a integração ensino-serviço vinculada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (GRÁFICO 49).

Gráfico 47. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem e da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional- Brasil, 2014



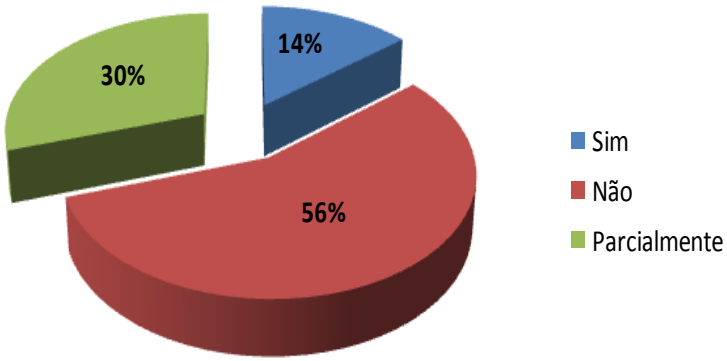
Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 48. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a interação ativa do aluno durante a graduação com usuários e profissionais de saúde desde o inicio de sua formação - Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Gráfico 49. Opinião dos respondentes acerca da graduação ter proporcionado a integração ensino-serviço vinculada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS -Brasil, 2014



Fonte: Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, 2015

Cabe mencionar que este bloco de questões opinativas foi elaborado tendo como base as dimensões sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) até então vigente no momento de elaboração do presente questionário.

A maior parte dos aspectos foram considerados insuficientes ou parcialmente segundo a perspectiva dos respondentes da presente pesquisa, revelando a necessidade de repensar esses aspectos no contexto curricular a fim de haver maior aproximação com o preconizado pelas diretrizes.

Um aspecto que chama a atenção e que responde a uma das indagações do presente estudo é o fato da maior parte dos respondentes considerarem como ruim os currículos de seus cursos no que tange a abordagem da atenção básica. Outro ponto é o fato de muitos terem pontuado a não influência da graduação em suas escolhas pela atuação na atenção básica/ Residência em MFC. O que corrobora com a visão de fragilidade da graduação no que tange seu papel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Desconfiai do mais trivial na aparência do singelo e examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.
> *Bertolt Brecht*

No Brasil, as evidências de inadequação do ensino médico vêm sendo apontadas há mais de 40 anos. É perceptível assim que, o modelo biomédico ainda predomina no processo de formação médica, a alta tecnologia, a hospitalização, a medicina centrada em procedimentos, influenciam tanto a graduação quanto a pós-graduação. De uma maneira geral, as escolas médicas ainda encontram-se distantes das necessidades mais urgentes do SUS.

O processo de escolha pela futura especialidade e atuação, também sofre influência do mercado de trabalho onde o desejo de grande parte dos estudantes de medicina é ainda fazer uma especialidade que seja bem remunerada pelo mercado e que se aproxime da prática liberal. (TOGNOLI, 2006)

Neste contexto, a graduação e a pós-graduação (esta última apesar de não ter sido o foco do presente estudo) se constituem em fatores que podem contribuir para o modo como este médico está se inserindo no mercado de trabalho, as suas escolhas e o seu perfil profissional diante das necessidades do SUS. Isso interfere diretamente na qualidade da assistência e do cuidado em saúde, assim como no provimento e fixação de profissionais de acordo com as necessidades estratégicas do SUS.

O presente estudo não pretendeu avaliar a qualidade dos cursos de graduação oferecidos pelas instituições de ensino superior integrantes da pesquisa, mas tecer reflexões se estas instituições e seus respectivos cursos estão formando médicos para atuarem futuramente em conformidade com o modelo de atenção proposto pelo SUS, no caso do presente estudo, se os cursos de medicina do estado do rio de Janeiro estão contribuindo para a sensibilização dos estudantes para escolha e futura atuação no âmbito da atenção básica.

Os resultados apontaram para a frágil contribuição da graduação em medicina para a sensibilização dos futuros médicos quanto a escolha e atuação futura na atenção básica. Isto parece ainda está muito mais ligada a uma opção individual na medida em que grande parte

dos entrevistados referiram ter optado pela especialização na atenção básica por identificação com esse nível de atenção. Nos cursos onde as disciplinas /estágios na atenção básica não estão consolidados, fica à cargo dos estudantes e/ou docentes envolvidos a busca por alternativas, que se concretizam por buscas de disciplinas/internato optativos, configurando o que também conhece-se por currículo oculto.

Apesar dos esforços para readequação curricular evidenciados em alguns cursos e citados em seus programas, nota-se que na maior parte dos cursos ainda predominam a frágil integração entre teoria e prática, bem como, a abordagem da atenção básica em momentos focais durante a graduação e não ao longo da mesma. Ainda foi possível analisar que tal quadro é mais evidente entre as universidades privadas se comparadas com as de natureza jurídica pública.

Feuerwerker (2007), aponta que o treinamento prático dos estudantes de medicina inicia-se efetivamente no internato, obrigatório nas escolas médicas brasileiras, com um ou dois anos de duração. E que ao longo do curso de medicina, via de regra, há uma separação bastante radical entre teoria e prática, pois durante os primeiros quatro anos da graduação existe um predomínio absoluto da transmissão de conhecimentos teóricos sem nenhuma relação com o enfrentamento de problemas práticos. Feuerwerker (2007) também afirma que:

> A multiplicação e a fragmentação de conteúdos, introduzidos sem critérios de relevância, dificultam ainda mais a hierarquização e a integração dos conhecimentos por parte dos estudantes. Assim como a multiplicação dos procedimentos a serem aprendidos compromete a possibilidade de aquisição de habilidades pelo estudante. Multiplicaram-se os procedimentos mínimos "indispensáveis" e, consequentemente, ficaram reduzidas as oportunidades de experimentá-los e executá-los da maneira e na intensidade adequada, ou seja, isso ocorre especialmente porque não estão claros ou estabelecidos os critérios para definir quais são os procedimentos relevantes, que devem ser dominados pelo conjunto dos profissionais durante a graduação e quais são específicos, e devem ser parte da formação especializada. (FEUERWERKER, 2007)

Contudo, destacou-se também a iniciativa de alguns programas/ departamentos voltados para o fortalecimento da abordagem da atenção básica no currículo e inserção dos alunos de maneira precoce em cenários de prática da atenção básica, não ficando essa apenas restrita ao internato ao final da graduação. Sugere-se a relevância de se estudar essas iniciativas.

No Brasil, o documento das diretrizes curriculares, aprovadas em 2001, foi o instrumento de maior peso para a reorientação do perfil do médico advogando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para um médico capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. A nova diretriz curricular regulamentada em 2014 prevê que no mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina deverá ser desenvolvido

na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Ainda, as atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da **Medicina Geral de Família e Comunidade**. Assim, fica claro o potencial e aposta de contribuição da Medicina de Família e Comunidade para a graduação em Medicina que tem sido evidenciado.

Apesar das DCN apontarem um rumo a seguir, cabe seguir refletindo sobre o que cabe a graduação formar no que tange a atenção básica? Quais as metodologias mais efetivas?

Com relação à adequação das estratégias adotadas para a reorientação da formação de médicos no país com vistas a atenção básica, 60% considerou que estas não são adequadas ou não impactam a formação.

A maior parte dos respondentes referiu que os cursos de graduação de origem não os sensibilizaram (ou parcialmente) para a atuação na atenção básica, parecendo ainda essa ser uma decisão mais individual onde muitos apontam a identificação com o trabalho/lógica da AB como principal motivo.

Observou-se também, que dentre os aspectos levantados como fatores potenciadores, foi bastante marcada a relevância da MFC e sua abordagem na graduação, a integração entre serviço-academia-comunidade, fortalecimento das disciplinas que abordam a AB e estímulo à residência em MFC.

Com relação à residência em MFC, parece ainda ser um desafio a se superar a questão da oferta versus preenchimento das vagas. Em um estudo da ABEM sobre Residência Médica no Brasil: Panorama Geral das Especialidades e Áreas de Atuação Reconhecidas, foi observado que cerca 70% das vagas de residência para MFC não foram preenchidas, demonstrando uma considerável taxa de ociosidade no preenchimento de vagas desta especialidade. Tal fato pode destacar o papel da graduação na sensibilização dos futuros médicos para atuação nas áreas estratégicas do SUS.

Sabe-se, contudo que, a reestruturação de um projeto político pedagógico é complexa e implica rever o perfil do profissional na sociedade e aquele que se pretende formar; as concepções educacionais sobre o processo saúde-doença; o papel específico de cada escola e suas relações sociais.

Ao que parece e foi uma hipótese inicial do presente estudo, as escolas médicas apresentam, em geral, organizações tradicionais, embasadas em grupos de poder hierarquizados, departamentos desarticulados, aprendizado com frágil foco no discente.

Apesar desse cenário complexo, algumas experiências tem sido narradas, onde algumas escolas de medicina tem apostados em estratégias e até mudanças pedagógicas e metodológicas para mudança desse quadro.

Um dos pontos marcantes levantados no presente estudo por meio dos respondentes e também pesquisa na literatura, é a relevância da MFC na graduação para potencializar a sensibilização dos estudantes para atuação na atenção básica.

Assim, a inserção dos princípios e das práticas da MFC dentro do currículo de graduação em Medicina representa uma estratégia fundamental para a formação de futuros médicos que tenham o cuidado como eixo central de sua prática e que desenvolvam o senso de coresponsabilidade pela saúde integral das pessoas. Além de tudo, que sejam engajados e comprometidos com o Sistema Único de Saúde, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. (ANDERSEN, 2007)

Cabe aqui, lembrar as palavras de Gaillard (1995) apud Ristow (2007), em sua obra "O Médico do Futuro":

> [...] O médico do futuro deverá reconhecer a *'homo systemus'* em sua relação com o meio em que vive e perceberá que não faz sentido descrever um sistema nervoso, hormonal e imunitário se não for capaz de integrar as relações que os organizam entre si e com o meio circundante. Saberá, também, esse novo profissional que o*'homo systemus* vê suas fronteiras passarem por jogos de territórios, por interações múltiplas com outros *homus systemus*, por acontecimentos, escolhas, atos (...) Tanto a sua saúde como a sua doença serão totalmente ininteligíveis, na ausência de integração de tudo isso." (GAILLARD, 1995, apud Ristow, 2007, p. 74).

Finalizando este estudo, apesar de sua limitação para generalizações, é possível elucidar questões que auxiliem o processo reflexão para a mudança da formação de médicos no Brasil. Cabe ainda mencionar a necessidade de se realizar novas pesquisas, mais abrangentes, no campo da formação, de modo a ampliar esta análise e contribuir para o debate.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P; DEMARZO, M. M. P. Rodrigues, R. D. **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação**: recomendações e potencialidades. Revista Bras. de MFC Rio de Janeiro, v.3, n° 11, out /dez 2007.

AMARAL, J.L. **Avaliação e transformação das escolas médicas:** uma experiência, nos anos 90 na ordenação de recursos humanos para o SUS. Uerj [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, J.A.C. **Pensando o processo saúde doença:** a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade. v. 1.p.67-84. 2002.

BATISTA, C.B**; Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades**. Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jan./jun. 2013. Minas Gerais.

BELTRAME, R.L. **A formação do médico:** um debate à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. Pontifícia Universidade Católica [Tese de doutorado] São Paulo: 2006.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde n. 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. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Educação. CNE/CES. **Resolução CNE/CES/MEC n.4**. Em 7 de novembro/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Brasília, 2001.

_____. **LEI Nº 4.024, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1961.** Lei de Diretrizes e Bases da educação.

_____. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde.** Recursos Humanos para as atividades de saúde. Ministério da Saúde. Ago-set. 1967.

_____. **5ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. fev. 1975.

_____. **6ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília. ago. 1977.

_____. **7ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Brasília. 1980. p.280.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento. mar. 1986.

_____. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Municipalização é o caminho. Brasília. ago. 1992.

_____. **10ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília. Onde dá SUS, dá certo. set. 1996. 89p.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado. dez. 2000. Brasília.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde.** Saúde: direito de todos, dever do Estado a saúde que temos, o SUS que queremos. Ministério da Saúde. Brasília. dez. 2003.

_____. **14ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde:** Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília. 2012.

_____. **13ª Conferência Nacional de Saúde.** Saúde: Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília. 2008. p.246.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina.** PROMED Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002.

_____. **Portaria interministerial MEC nº 2.101**. Institui o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde para os cursos de **enfermagem, odontologia e medicina.** Novembro: 2005.

_____. **Portaria interministerial MS/MEC nº 3.019.** Dispõe sobre O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE. Novembro:2007.

_____. **Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010.** Institui o Programa PET Saúde.

CAMARGO JR, K. R. **O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico.** Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195. 2013.

CAMARGO JR, K. R. **A Biomedicina**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15:177-201, 2005.

CAMPOS, F.E *et al*. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica**. REBEM. v.25. n.2. Rio de Janeiro: 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS.** Cad. Saúde Pública. Jan 1997; vol.13(n.1): p.141-144.

CAMPOS, F. E; FERREIRA, J .R; FEUERWERKER, L; SENA, R. R; CAMPOS, J. J. B; CORDEIRO, H; CORDONI JR, L. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica.** Revista Brasileira de Educação Médica, 53, v.25, n. 2: 53-9, 2001.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde:** aprendizados com a saúde coletiva. *In:* CAMPOS, G. W. *(Org.).* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007. p. 137-170., v. 1.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. e ROCHA, C. F. **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373- 383, 2002.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. **Brazilian Public Health System and medical training:** possible diálogo. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008

DEMARZO, M.M.P *et al.* **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduaçãoem Medicina**. RBMFC. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 145-50.

DIAS, H. S; LIMA, L. D; TEIXEIRA, M. **A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS.** Ciênc. saúde coletiva. 2013, vol.18, n.6, pp. 1613-1624.

FERREIRA, B.J. **Inovações na formação médica**: reflexos na organização do trabalho pedagogico. Unicamp. [Tese de Doutorado.] São Paulo: 2004.

FEUERWERKER, L.C.M; PEREIRA, L.A. **O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica.** *In:* Seminário Internacional dos desafios do ensino da Atenção Básica- Graduação de medicina. Brasília: 2007.

FEUERWERKER, L. **Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde:** uma avaliação das experiências UNI. Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

_____. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília.** Tese de doutorado. São Paulo: Maio de 2002.

_____. **Changes in medical education and medical residency in Brazil. Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n.3, 1998

GARCIA, M. A. A; SILVA, A. L. B. **Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular.** Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (1) : 58-68; São Paulo: 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** ed.5. São Paulo. Atlas: 2010

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2001, vol.8, n.1, pp. 49-69. ISSN 0104-5970.

LAMPERT, J.B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil.** Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ [Tese de doutorado] Rio de Janeiro, 2002.

LIEBLICH, A; TUVAL-MASCHIACH, R; ZILBER, T. **Narrative research:** reading, analysis and interpretation. California: Sage; 1998.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem:** Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LUZ, M.T; WENCESLAU, L.D. **Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século xx.** Revista Crítica de Ciências Sociais. 2012. Disponível em: http://rccs.revues.org/5046 ; DOI : 10.4000/rccs.5046

LUZ, M. T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas:** Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15:145- 176, 2005.

MASSOTE, A.W; BELISÁRIO, S.A; GONTIJO, E.D. **Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina.** REBEM. v. 35. n.4. Belo Horizonte: 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

NETO, R. G. C. *et al.* **Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família:** Estado da Questão e Agenda de Pesquisa REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 33 (2) : 198–204; 2009. Ceará.

OLIVEIRA, N.A *et al*. **Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro:** um debate crucial no contexto do Promed. REBEM. v. 32. n.3. Minas Gerais: 2008.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS:** um estudo a partir de seis estados brasileiros. Instituto Oswaldo Cruz-IOC/FIOCRUZ. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: 2007.

PIERANTONI, C.R *et al*. **Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde:** uma proposta de metodologia. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises. / André Falcão (org.) *et. al.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PIERANTONI, C.R *et al*. **Graduações em Saúde no Brasil:** 2000-2010. Cepesc. ObservaRH- IMS/UERJ. Rio de Janeiro: 2012.

REGO, S. **Educação médica no Brasil no século XX.** Boletim da ABEM, v. XXVIII, n. 2, abr/jun, 2000.

RIBEIRO, R.C *et al*. **Médicos recém-formados:** sólida formação geral ou sólida formação especializada? REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
33 (4) : 571 – 585 ; 2009 São Paulo.

RIO DE JANEIRO. **PRMFC-SMSDC-RJ**: Aulas R1. Disponível em http://www.rmfcrio.org/2013_01_01_archive.html, acessado em 26 set. 2013.

RIO DE JANEIRO. **Regulamento da Residência em Medicina de Família e Comunidade**. PRMFC–SMSDC. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em http://www.rmfcrio.org/p/doc-residencia.html.

RISTOW, AM. **A formação humanística do médico na sociedade do século XXI:** uma análise curricular. [dissertação mestrado] Curitiba: 2007.

SAMPAIO, P.G.P.R.P. **Residência em Medicina de Família e Comunidade**: dois programas brasileiros. [Dissertação de Mestrado].Fundação Oswaldo Cruz. Fev.2014.

SBMFC. **A medicina de família e comunidade**. O Que, Como, Quando, Onde, Por que. *Disponível em*: www.sbmfc.org.br. Rio de janeiro: 2004.

_____. **Desafios do Ensino e da Aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na Graduação e Pós-Graduação em Medicina.** Relatório de Oficina. 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Uberlândia-MG, 20 de outubro de 2007. SBMFC: Rio de Janeiro - RJ, 19p, 2007.

SAYD, J. D. *et al*. **Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde**- 1941-1992. Rev. Saúde Coletiva. Physis. Rio de janeiro, 165-195p. 1998.

TOGNOLI, H. **Práticas curriculares em medicina na atenção básica**- um estudo de caso. Universidade do vale do Itajaí. [Dissertação de mestrado].2006.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: RJ, VOZES, 2003.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro**, conduzida por Swheelen de Paula Vieira. Este estudo tem por objetivo *Analisar o contexto atual dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro para a atuação na Atenção Básica em Saúde*.

Você foi selecionado(a) por ser egresso de um dos cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação na presente pesquisa não é remunerada e também não implicará em gastos. Pela natureza da metodologia da pesquisa, sua participação poderá está exposta à riscos mínimos.

A participação nesta pesquisa se dará de forma anônima, por meio de questionário semiestruturado. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Ainda, os dados serão utilizados estritamente para fins acadêmicos, porém preservando a identidade dos participantes.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua

participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável e do orientador: Swheelen de Paula Vieira, mestranda em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ), (21) 96804-6365, helen.nut@gmail.com

Orientadora: Célia Regina Pierantoni, professora associada do Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ), Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, (21) 99118-2609. cpierantoni@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador: _____

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro

Tempo estimado de preenchimento do questionário: 10 minutos.

Público alvo: Médicos egressos de Instituições de Ensino Superior localizadas no estado do Rio de Janeiro, que optaram pela especialização/residência em medicina de família e comunidade.

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro, conduzida por Swheelen Vieira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ), orientada pela profª Celia Regina Pierantoni (IMS-UERJ). Este estudo tem por objetivo Analisar o contexto atual dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro para a atuação na Atenção Básica em Saúde.

A participação nesta pesquisa se dará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora. Tempo estimado de preenchimento do questionário: 8 minutos.

Agradecemos desde já sua colaboração!

*Obrigatório

Qual a sua data de nascimento? *

_____/_____/_____

Sexo: *

Masculino ____

Feminino ____

Nacionalidade: *

Naturalidade: *

Caso não seja natural do Rio de Janeiro, reside aqui há quanto tempo?

Instituição onde realizou a graduação em medicina: *

- ○ Pública
- ○ Privada

Nome da Instituição de ensino: *

Ano em que concluiu a graduação: *

_____

Possui alguma pós graduação? Assinale qual (s) você possui: *
[Assinale também caso a pós graduação esteja em andamento]

- ☐ Especialização
- ☐ Residência
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Não possuo pós graduação

Caso tenha marcado alguma pós graduação, especifique a(s) área(s) e o ano de conclusão:

Pretende fazer outra pós graduação? *
[Assinale mesmo que você não tenha feito alguma pós graduação]

- ○ Sim
- ○ Não

Em qual área você faria?

Atua na Atenção Básica em Saúde atualmente? *

- ○ Sim
- ○ Não

Se sim, há quanto tempo atua?

- ○ Até 1 ano

- Entre 1 a 3 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Mais de 5 anos

Durante a sua graduação, houve transferência para outra instituição de ensino? *

- Sim
- Não

Se houve, qual foi o motivo?
[Responda apenas se você marcou "sim" na pergunta anterior]

No seu curso de graduação em medicina ocorreu alguma mudança curricular? *

- Sim
- Não
- Não sabe

Considerando o currículo de seu curso de medicina, há algum (s) aspecto (s) que considere negativo (s)? Se sim, qual (s) aspecto(s)? *
[É possível marcar mais de uma opção]

- O currículo possui estrutura inflexível
- O currículo não contempla boa integração entre teoria e prática
- O currículo não oferece opções diferenciadas de vivências
- Algumas disciplinas são ministradas em curto período e/ou pequena carga horária
- Não aborda determinados conteúdos
- Outro:_____

_____

Caso tenha assinalado na questão anterior o item: "Algumas disciplinas são ministradas em curto período e/ou pequena carga horária", exemplifique qual(s) disciplinas:
[cite no máximo 3 disciplinas]

Caso tenha assinalado na questão anterior o item: "Não aborda determinados conteúdos", exemplifique qual(s) conteúdos:
[cite no máximo 3 exemplos]

Considera que a atenção básica foi contemplada no currículo durante seu curso de graduação? *

- Sim
- Apenas em disciplinas eletivas
- Não

Se SIM, quais as estratégias de ensino utilizadas para trabalhar a atenção básica na sua graduação?

[É possível marcar mais de uma opção]

- Aulas expositivas
- Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates
- Aulas práticas em unidades básicas de saúde
- Outro: -

_____

Em qual (s) período (s) a atenção básica foi abordada durante seu curso de graduação em medicina? *

[É possível marcar mais de uma opção]

- 1º período
- 2º período
- 3º período
- 4º período
- 5º período
- 6º período
- 7º período
- 8º período
- 9º período
- 10º período
- 11º período
- 12º período
- Não foi abordada

Caso a atenção básica tenha sido abordada em seu curso de medicina, qual (s) a (s) disciplina (s) que a abordaram em sua graduação?

[Colocar o nome da disciplina e, se possível, a carga horária, incluindo o internato se for o caso]

Como você considera a grade curricular de seu curso de graduação em medicina para atuação na Atenção Básica em Saúde? *

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Ruim
- Não sabe avaliar

Houve adesão por parte da Instituição de Ensino por algum programa/iniciativa que visa impulsionar a reorientação da formação, quais sejam: PROMED, PRÓ SAÚDE ou PET SAÚDE? *

- Sim
- Não
- Não sabe

Se SIM, qual foi o programa?

- PROMED
- PRÓ SAÚDE
- PET SAÚDE
- Outro: -

_____

Você participou?

[Apenas responda caso tenha respondido a pergunta anterior]

- Sim
- Não

Em sua opinião, você considera as estratégias adotadas para reorientação da formação médica adequadas para a atuação na atenção básica no país? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior: *

Em sua opinião, no que tange a abordagem da atenção básica (AB), considera que a formação médica atual deveria ser revista? Se sim, em qual aspecto? *
[É possível marcar mais de uma opção]

- ☐ Readequar o currículo para oferta de disciplinas que contemplem a AB
- ☐ Proporcionar campos de práticas para vivência na AB
- ☐ Inserir precocemente os graduandos em campos de práticas no nível primário de atenção
- ☐ Realizar maior articulação entre teoria e prática ao longo do curso
- ☐ Investir na qualificação docente para o melhor preparo dos estudantes na AB
- ☐ Aumentar a carga horária de atividades que envolvam a prática na AB
- ☐ Considero que não precisa ser revista
- ☐ Outro:_____

Como você definiria seu curso com relação à sensibilização para atuar na atenção básica? *
[Escala de 1-5, considerando: 1 – não influenciou; 2 – pouco influenciou; 3 – influenciou razoavelmente ; 4 – influenciou muito; 5- Não sabe avaliar]

- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5

No seu caso, qual foi o fator determinante para sua escolha pela especialidade em medicina de família e/ou atuação na atenção básica? *
[marque até 3 questões, sendo: 1- Para o de MAIOR prioridade e 3- MENOR prioridade.]

- ☐ A graduação me sensibilizou nesse sentido
- ☐ Identificação com a filosofia/prática na atenção básica
- ☐ Os incentivos dados foi um determinante (ex. Pontuação para a Residência)
- ☐ A oferta do mercado de trabalho
- ☐ A remuneração
- ☐ Outro:_____

Em sua opinião, quais são os fatores FAVORÁVEIS para adequação da formação médica voltada para a atuação na atenção básica? *
[Cite até 5 por ordem de prioridade]

Em sua opinião, quais são os fatores DESFAVORÁVEIS para adequação da formação médica voltada para a atuação na atenção básica? *
[Cite até 5 por ordem de prioridade]

Sobre a inserção precoce nos campos de prática durante a graduação: *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sobre a Infraestrutura e recursos materiais adequados para abordagem do SUS e da Atenção Básica no currículo (salas de aula, recursos audiovisuais...): *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sobre os docentes preparados para ministrar os conteúdos relativos à atenção básica e/ou com vivência no SUS: *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de prática na rede hospitalar: *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sobre a vivência no SUS durante seu curso de medicina por meio de atuação prática em Unidade Básica de Saúde: *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito

- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sobre a abordagem teórico-prático do SUS e da Atenção Básica ao longo da graduação: *
[Assinale seu grau de satisfação com as condições oferecidas pela Instituição em que cursou a graduação em medicina]

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Parcialmente satisfeito

Sua graduação em medicina utilizou metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência? *
[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina Incluiu dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania? *
[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina promoveu a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais? *
[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina inseriu o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional? *
[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina utilizou diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional? *

[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina proporcionou a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o inicio de sua formação, permitindo lidar com problemas reais? *

[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente

Sua graduação em medicina, através da integração ensino-serviço, vinculou a formação acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS? *

[Para cada aspecto mencionado, assinale abaixo considerando: "S" para SIM (foi contemplado), "N" para NÃO (não foi contemplado) e "P" para PARCIALMENTE (parcialmente contemplado)]

- Sim
- Não
- Parcialmente