

Luís Fernando Boff Zarpelon

Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço.

Projeto de Pesquisa apresentado à Universidade
Federal da Integração Latino-Americana como Trabalho de
Conclusão de Curso de Especialização em
Educação Médica.

Orientador:
Professor Nildo Alves Batista

FOZ DO IGUAÇU – PR
2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 Interesse pelo objeto.....	03
1.2 Contextualização do objeto.....	05
1.3 Questões norteadoras.....	08
2. OBJETIVOS	
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1 Ensino médico no Brasil e o SUS.....	11
3.2 O desenvolvimento do SUS.....	15
3.3 A integração ensino-serviço.....	22
3.4 O COAPES na expansão das escolas médicas e na integração ensino-serviço.....	27
4. METODOLOGIA	
4.1 Fundamentação metodológica.....	31
4.2 O contexto da pesquisa.....	32
4.3 A população de estudo.....	33
4.4 Instrumentos de coleta de dados.....	33
4.4.1 Análise documental.....	33
4.4.2 Instrumento de escala atitudinal tipo Likert.....	34
4.5 Análise dos dados.....	36
4.6 Procedimentos éticos.....	36
5 BIBLIOGRAFIA.....	37
6 CRONOGRAMA.....	42

1. INTRODUÇÃO

1.1 Interesse pelo objeto

As contradições e problemas resultantes da formação médica tradicional, fruto da concepção flexneriana e da fragmentação de conhecimentos, fortemente presentes nas escolas médicas brasileiras, foi precocemente percebida por mim já na metade do curso médico.

Ainda sem bem compreender os porquês e as razões, não parecia adequado um currículo de quase 40 horas/aulas por semana, distribuídas em inúmeras disciplinas e organizado eminentemente em atividades teóricas. As práticas, restritas apenas ao último ano e meio, eram executadas quase que integralmente nos cenários do Hospital Universitário.

Os resultados produzidos nesse contexto: desconhecimento do sistema público de saúde e suas relações, incapacidade de correlacionar conteúdos básicos com os clínicos, prática centrada em procedimentos e não no cuidado, formação isolada do contexto de outras profissões da saúde, inquietavam e me direcionavam na busca de compreender essa realidade e intervir sobre a mesma.

A nítida divisão entre a maioria daqueles que desejavam seguir a tradicional carreira médica, tendo em seus maiores dilemas qual especialidade seguir, e a minoria que se interessava pela saúde pública, relacionada mais ao aspecto sanitário e preventivo, demonstrava bem a incompreensão acadêmica sobre a abrangência do que constitui um sistema de saúde e a função do cuidado. Era, também, o momento em que nascia o Sistema Único de Saúde – SUS, embalado pelo movimento da Reforma Sanitária, o qual, ainda que periféricamente, eu começava a integrar, militando no Fórum Popular de Saúde de Curitiba.

Naquele momento, iniciei as primeiras discussões sobre ensino médico e saúde, como direito elementar a cidadania. Participei, como representante discente, do Grupo Gestor da Reforma Curricular do curso de medicina da UFPR, de Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. E a partir disso, Relatório Flexner e Declaração de Alma Ata, entre outros, ajudaram a compreender os desafios que se apresentavam no campo do ensino em saúde e da construção de um grande sistema nacional de saúde.

Após 10 anos de prática médica convencional, representada pelo exercício da cardiologia em hospitais terciários, iniciei, em 2005, novo ciclo

profissional, composto de atividades relacionadas à gestão pública, na direção de hospitais municipais ou à frente de secretarias municipais de saúde.

Este período foi marcado por intensa vivência relacionada com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no campo eminentemente prático da gestão, onde as demandas por soluções dos problemas sociais adquire características bastante agudas, onde confrontos políticos ocupam papel relevante e onde o interfaciamento com os movimentos sociais impõem modelos de gestão pouco usuais às práticas dominantes na área médica.

Foi nesse período que exerci a presidência do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) de Curitiba e Região Metropolitana, que congregava, além da Capital do Estado, outros 28 municípios de realidades distintas em todos os seus aspectos políticos e sociais.

À época o Ministério da Saúde lançava o Pacto pela Vida, caracterizando um novo marco na evolução da gestão do SUS. O Pacto reforçava a integralidade do cuidado e explicitava, com maior ênfase, a responsabilidade do gestor municipal com a saúde do seu cidadão. Apontava como imperativo a formação das redes assistenciais e a implantação das linhas de cuidado.

Praticamente nenhum município, a exceção dos grandes centros, seria capaz de ofertar esse cuidado integral ao cidadão. Tornava-se evidente, então, que a construção das redes assistenciais necessitava de instrumentos capazes de articular entes federados autônomos e independentes na busca desses objetivos comuns.

Um sistema de saúde único, financiado e gerido de forma compartilhada e horizontal necessitava, na operacionalização de suas ações, mecanismos que explicitassem responsabilidades de cada um, bem como proporcionasse a devida segurança jurídica ao processo. A conformação de redes interfederativas passava a se tornar tão essencial na garantia da saúde como direito, quanto o acesso aos serviços que o mesmo oferta.

Compreendidas as demandas de um sistema nacional de saúde, a partir da ótica do gestor, vejo-me novamente às voltas com o tema das relações interfederativas. Desta vez como docente de um curso de Medicina, de uma Instituição Federal de Ensino Superior, consequência de uma política conjunta do Ministério da Saúde e da Educação: o Programa Mais Médicos. Dentre as várias intervenções propostas na carreira médica pelo Programa, uma em especial está ligada ao meu

interesse: o estabelecimento de novas diretrizes e mecanismos para construção das relações entre as escolas médicas e o sistema de saúde.

Trabalhando a estruturação e a implantação deste novo curso médico em Foz do Iguaçu, à luz das novas DCNs e da Lei do Mais Médicos, em que se tem claro o perfil de profissional desejado e quais os tipos prioritários de demandas sociais que este deve atender, vejo-me novamente frente a desafios da construção de instrumentos complexos de gestão entre diferentes entes no desenvolvimento da integração ensino-serviço em saúde.

O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço (COAPES) propõe-se como instrumento a unir estes dois universos: do ensino e da assistência.

Se antes como profissional que via o trabalho que realizava, agora como docente que vê o trabalho para o qual prepara, desejo tomar como objeto de estudo o COAPES e a partir disso analisar, refletir e responder a questões que possam contribuir com o desenvolvimento da integração ensino-serviço em saúde e com a construção de instrumentos eficazes de gestão de redes interfederativas capazes de suportar as complexidades desse processo.

1.2 Contextualização do objeto

Nas últimas décadas a educação médica vem trazendo à tona, aqui e em todas as partes do mundo, diversas abordagens e avaliações sobre concepções e práticas da formação profissional, ligadas às necessidades do mundo contemporâneo (OLIVEIRA, 2007).

No Brasil estas necessidades estão representadas em parte pela criação do Sistema Único de Saúde, baseado no conceito ampliado de saúde e na demanda por criar políticas públicas para promovê-lo, com a indispensável e necessária participação popular, através do controle social e na impossibilidade do setor saúde em responder sozinho às necessidades para a existência e manutenção de uma população saudável. Este cenário ressalta a importância de tomar o ensino médico como objeto de estudos, pesquisas e novas formulações (OLIVEIRA e ALVES, 2011).

A saúde como um direito de todos e um dever do Estado, entendida em seu conceito ampliado, leva a compreensão do processo saúde-adoecimento como determinado por uma série de construções sociais, históricas, culturais e econômicas

induzindo a outro modo de pensar as ações no setor sanitário (BARRETO, 2004 *apud*: OLIVEIRA e ALVES, 2011).

Em um primeiro momento esta constatação impõe profundas e contínuas mudanças na construção do SUS. E, num imediato segundo momento, impõe a reflexão de como a formação e a educação médica responderão a isso.

Dados do Estudo Demografia Médica (CFM, 2012) demonstram no País uma carência de médicos em termos absolutos (menos de 2,0 médicos/1.000 hab.) e relativos (regiões em que possuímos índices semelhantes à África Subsaariana, com três Estados da Federação com menos de 1,0 médico/1.000 hab.).

Paralelamente a isto, a aguda expansão de cobertura assistencial produzida pela implantação do SUS, nos últimos dez anos, ofertou cento e quarenta e sete mil vagas de trabalho médico, sendo formados, no mesmo período, algo em torno de noventa e três mil médicos, gerando um déficit de cinquenta e quatro mil postos de trabalho. Para 2020 prevê-se a abertura de mais quarenta e três mil novos postos de trabalho, principalmente pela expansão das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Pronto Atendimento, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em outra ponta, o Decreto n. 7.511, de junho de 2011 define “[...]Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema” e “ordenadora da rede e do cuidado em saúde” (BRASIL, 2011). A crônica falta de médicos para atuar nos serviços públicos de saúde, especialmente na atenção básica, compromete significativamente as gestões municipais e estaduais do sistema de saúde há anos (CARVALHO e SOUZA, 2013), fomentando muitas vezes um federalismo competitivo com resultados danosos para a sociedade.

Parece natural concluir que o provimento adequado de médicos constitui a garantia de acesso ao sistema e, portanto, a saúde como direito de todos. Ao mesmo tempo demonstra que o aparelho formador parece não estar acompanhando às demandas de postos de trabalho criados e por criar, em termos quantitativos e qualitativos. Além disso, mecanismos de fixação desses profissionais também constituem demanda significativa.

Em relação às intervenções adotadas pelo Brasil para fazer frente a má distribuição de médicos podemos considerar quatro programas governamentais que incluíram a interiorização de profissionais dentre suas metas: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do

Trabalho em Saúde (PITS). Estas iniciativas, pontuais, não têm sido eficazes para enfrentar a má distribuição de médicos e a fixação destes (MACIEL FILHO, 2007).

Para o enfrentamento destas necessidades apontadas, o governo federal lança em maio de 2013 o Programa Mais Médicos. A Lei 12.781 de 22 de maio de 2013, que o instituiu, estabelece como objetivos diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, fortalecer a atenção básica, aprimorar a formação médica, aproximando-a do SUS e fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, entre outros. Para tanto, propõe a reordenação de oferta de vagas de graduação e residência médica, o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e a promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013a).

Tem ocorrido, como resultado dessa política, nova onda de expansão de vagas da graduação e pós graduação (residência) na área médica, tanto no setor público quanto no setor privado.

Especificamente no setor privado novos procedimentos para autorização de funcionamento de curso de medicina foram adotados. Até a emissão da Medida Provisória n. 621 de 08 de julho de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, a autorização de cursos de medicina se dava mediante iniciativa das instituições de educação superior. A partir de então a autorização para funcionamento de curso de graduação em medicina por IES privada, passa a ser precedida de chamamento público, cabendo ao MEC dispor sobre a pré-seleção de municípios, e demais procedimentos (BRASIL, 2013b).

A partir do Edital n. 03, de 22 de outubro de 2013, o MEC procedeu ao primeiro chamamento público para a pré-seleção de municípios para implantação de cursos de graduação em medicina por IES privada e habilitou trinta e nove municípios, conforme relação publicada na Portaria 543, de 04 de setembro de 2014.

A essa expansão, associam-se os novos parâmetros da formação trazidos pelas Diretrizes Nacionais Curriculares publicadas neste ano.

O grande desafio deste processo é a construção e expansão de cenários qualificados de prática, em regiões historicamente desprovidas de serviços assistenciais, bem como nos grandes centros em que as escolas médicas formavam (e ainda formam) seus alunos à margem da rede SUS.

Para a operacionalização deste complexo processo, que envolve múltiplos atores, diferentes entes públicos e privados e distintos setores sociais a Lei 12.781 propõe o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço (COAPES).

As potencialidades que se abrem com a efetiva possibilidade de implantação deste instrumento de gestão, colocado em caráter obrigatório no processo regulatório dos novos cursos, proposto como indutor de políticas de financiamento, disciplinador das relações entre a escola e o sistema de saúde, quer no processo de formação dos novos médicos, quer na construção de uma política de educação permanente em saúde, são confrontadas com os enormes desafios associados a gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde, bem como a complexa história de desenvolvimento da educação superior brasileira.

Estudar este instrumento, praticamente ao tempo em que é implantado, confrontando os olhares daqueles que atuam na assistência em relação aos que atuam na formação, sem esquecer dos que são a razão final disso tudo é o que propomos com o presente projeto.

1.3 Questões norteadoras

Visto ser o COAPES um instrumento resultante de uma articulação interfederativa, que permitirá a gestão de um processo de integração ensino-serviço de maneira compartilhada, sem hierarquia e com interdependência política, administrativa e financeira, em que os entes envolvidos não perdem a autonomia e cuja operacionalização se dá através de colegiados, o mesmo deverá ser construído de forma consensual. A partir disto algumas questões se colocam.

1. Que expectativas têm os gestores de ambos os lados – coordenadores de cursos de medicina e secretários estaduais e municipais de saúde – em relação a este instrumento?
2. A partir das expectativas dos gestores da educação e da saúde quais são os principais pontos de convergência e divergência existentes em relação ao processo de integração ensino-serviço expresso pelo COAPES?
3. Como o conjunto de professores e de profissionais da rede do SUS compreendem a relevância e aplicabilidade deste instrumento, sobretudo no que diz respeito a mudança do *status quo* atual?

4. Quais os principais parâmetros que norteiam a viabilização dos COAPES entre as escolas médicas privadas e o SUS local?
5. Como tem se dado a participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde, na elaboração e implantação dos COAPES?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar os Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino Serviço – COAPES – estabelecidos entre os gestores do SUS nos trinta e nove municípios relacionados na Portaria 543, de 04 de setembro de 2014 e as Instituições de Ensino Superior privadas selecionadas para implantação dos novos cursos de graduação medicina, constantes do Edital XXX.

2.2 Específicos

2.2.1 Apreender as expectativas dos gestores estaduais e municipais do SUS e dos coordenadores dos cursos de medicina estudados com a celebração dos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino Serviço.

2.2.2 Identificar os pontos de convergência e de divergência entre os entes participantes do COAPES.

2.2.3 Conhecer os principais obstáculos enfrentados na celebração dos COAPES.

2.2.4 Investigar a compreensão de professores e profissionais da rede SUS sobre a relevância e aplicabilidade do COAPES, principalmente em relação a mudança do *status quo* atual.

2.2.5 Investigar as expectativas / compreensão dos conselheiros de saúde envolvidos com a celebração dos respectivos COAPES.

2.2.6 Levantar os recursos que surgiram e de que modo foram alocados a partir da celebração dos COAPES.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Ensino Médico no Brasil e o SUS

O marco histórico do ensino médico no Brasil foi a criação, em 18 de fevereiro de 1808, da primeira Faculdade de Medicina brasileira, por ocasião da chegada, em Salvador, da família Imperial portuguesa.

Ainda hoje localizada no Largo do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador, a Escola de Cirurgia da Bahia, assim como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, criada meses depois, representaram um importante fator para a construção do currículo e da qualificação de médicos brasileiros (NEVES, 2005).

Estas escolas eram destinadas a instrução dos cirurgiões que ignoravam a anatomia, a fisiologia e a medicina prática e ao ensino dos alunos que se destinavam à cirurgia no exército e na marinha. O curso durava cinco anos, podendo matricular-se no primeiro ano o aluno que soubesse ler e escrever corretamente (FONSECA, 1916 *apud*: OLIVEIRA, 2007).

Em 1826 foi outorgado às escolas brasileiras o direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos alunos por elas formados. E em 1828 esta lei foi ampliada determinando que somente médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”.

Em 1832 as escolas médicas foram denominadas de Faculdades de Medicina e o curso estendido para seis anos. E em 1879 se abriram as portas para a iniciativa privada, através da chamada “*lei do ensino livre*”.

A partir de 1945 houve a criação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais e posteriormente os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica.

O modelo universitário brasileiro, baseado no modelo europeu, foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da reforma universitária (Lei 5.540 de 1968) pelo regime militar. Cátedras foram substituídas por departamentos e o ensino ficou dividido em ciclos (básico e profissionalizante). O modelo brasileiro atual fundamentou-se nos princípios da reforma flexneriana (LAMPERT, 2002).

Em 1969 o Conselho Federal de Educação estabeleceu as diretrizes para revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo.

A fragmentação do saber médico em inúmeras especialidades aprofundou a divisão do trabalho médico. A formação do médico tornou-se o somatório

empobrecido de muitos recortes especializados, superpostos e as vezes contrapostos, cuja integração tornou-se um exercício formal e abstrato, por vezes deixado sob inteira responsabilidade do aluno (FACCHINI *et al.*, 1998 *apud*: OLIVEIRA, 2007).

De modo bastante geral na medicina e em outras profissões da saúde, a dissociação entre o ensino e o serviço tem sido observado ao longo do tempo. As escolas têm se constituído como organizações a parte, com sistemas e estruturas completamente independente dos serviços assistenciais (LAMPERT, 2004). Essa formação, a margem do setor saúde, sujeita a decisões somente da área da educação, fez crescer a percepção de que era difícil reorganizar modelos de atenção à saúde melhores e mais humanizados sem formar profissionais com um novo perfil.

A Conferência de Alma-Ata (1978), os primeiros projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), o Programa UNI foram relevantes no processo de mudança da formação médica.

Com a demanda pela racionalização dos recursos disponíveis, a reestruturação do Estado e das demandas sociais, cristalizadas em nosso meio pelo nascimento e desenvolvimento do SUS, e a ênfase no trabalho interprofissional entre outros, a demonstrar a perda de terminalidade do ato médico, fruto do modelo formativo hegemônico, movimentos de mudança no ensino médico ganharam força crescente. Reestruturação pedagógica e institucional das escolas médicas, articulação horizontal dos saberes especializados, busca de maior integração ensino-serviço e estabelecimento de transdisciplinaridades e intersetorialidades são algumas das respostas de mudanças no ensino médico.

Em 1997, após aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o MEC-SESu apresenta parâmetros para as instituições de ensino superior e comunidade interessada apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares, com o intuito de definir competências e habilidades necessárias a formação do médico. O que resultou em 2001 na homologação da Resolução do CNE-CES do MEC que instituía as Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação em Medicina.

Outro aspecto importante a considerar diz respeito a expansão das escolas médicas ocorridas nesse período e a forma como ela se deu. Em 1922 existiam apenas nove escolas médicas no País (PEREIRA NETO, 2001 *apud*: OLIVEIRA, 2007). Oitenta e quatro anos depois, foram criadas cerca de 150 novas escolas, formando mais de dez mil médicos por ano, com qualificação bastante dissociada das

necessidades do sistema nacional de saúde e com cerca de mil municípios brasileiros sem médico residente (IBGE, 2006 *apud*: OLIVEIRA, 2007).

Mais recentemente, a partir de 2002, efetivamente Ministério da Saúde e Ministério da Educação passaram a desenvolver políticas conjuntas para formação de recursos humanos para a saúde, inclusive a fim de fazer valer efetivamente o disposto constitucional que coloca o SUS como ordenador da formação de recursos humanos para a saúde. Devemos reconhecer que fundamental nesse processo foi a constituição da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas), na década de 90, que verificou a inadequação do modelo pedagógico dominante em formar profissionais que respondessem às reais necessidades de saúde da população (Cinaem, 1997).

O SUS representa um grande desaguadouro de forças desse movimento de transformação no campo de atenção a saúde, bem como de influência na área de formação, especialmente da medicina (OLIVEIRA, 2007). Dentre políticas que representam isso, ressaltamos as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde, o Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina; o VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o PITS-Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; os Polos de Educação Permanente do SUS; e, no final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-saúde.

A expressão maior do resultado dessa aproximação efetiva das políticas assistências com as formativas foi a publicação em 22 de outubro de 2013 da Lei n. 12.871 que institui o Programa Mais Médicos.

O programa instituído pela Lei pode ser considerado a maior política de intervenção estatal sobre o processo de formação médica desde a fundação da primeira escola de medicina do Brasil.

Tem como sua finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dos seus oito objetivos quatro relacionam-se diretamente a questões inerentes a educação, quais sejam: aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico durante a 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 e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

Pela primeira vez, regulamentou-se, por um dispositivo legal, a competência estabelecida ao SUS, pela Constituição Federal de 1988, de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde (BRASIL, CF 1988).

A partir dos objetivos estabelecidos no Programa, uma série de medidas são adotadas. Entre elas a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Equação de difícil solução, há que se ressaltar, uma vez que, historicamente, recursos humanos, financeiros e estruturais foram destinados às regiões a partir de critérios que levavam em conta, principalmente, a capacidade histórica da produção de serviços. Isso hipertrofiou algumas áreas e acentuou a formação de bolsões de desassistência em outras.

Outra medida adotada, de grande significado, foi o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País. A Lei estabelece que o funcionamento dos cursos de medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e estabelece ao CNE prazo de cento e oitenta dias para elaboração de resolução que adeque a matriz curricular dos cursos de graduação em medicina para atendimento ao disposto na Lei 12.871 (BRASIL, 2013).

Outros pontos importantes dizem respeito ao envolvimento dos gestores locais do SUS no processo de abertura de novas escolas médicas, da ampliação de vagas de residência médica buscando equivalência com o número de egressos das escolas médicas do ano anterior, estabelece como obrigatório o primeiro ano do Programas de Residência Medicina Geral de Família e Comunidade para a maioria dos programas de residência médica e que o Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

A magnitude do programa instituído demonstra o entendimento de que a melhora na formação de recursos humanos médicos melhora a assistência, bem como melhorar a assistência é imprescindível à qualificação da formação de recursos médicos.

O grau de integração necessário entre as políticas públicas de assistência à saúde e de formação de recursos humanos, ambos sistemas de grande complexidade

interna, agregam novos desafios a criação de instrumentos de gestão capazes de possibilitar a efetiva implantação de audaciosos objetivos.

Dentro desse panorama, em que a construção de novas relações interfederativas ganha papel principal, como única possibilidade de êxito na obtenção de resultados esperados, a Lei aponta para a possibilidade da celebração de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino Serviço entre as instituições de educação superior ofertantes de cursos de Medicina e os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, na qualidade de gestores do SUS, para viabilizar o disposto na Lei.

Todo este movimento, de reordenação da formação médica e que em última análise representa a necessidade de novos arranjos na organização do sistema nacional de saúde são facilmente compreendidos à medida em que percebemos que o nascimento desse grande sistema nacional de saúde, fruto de um dos maiores movimentos político-sociais da história do Brasil, o SUS, aconteceu cento e oitenta anos após o que podemos considerar o nascimento da educação médica no País.

3.2 O Desenvolvimento do SUS

O SUS com pouco mais de duas décadas e meia de existência tem estruturado e consolidado um sistema público de saúde, de âmbito nacional, de grande relevância para a sociedade brasileira.

Desde antes do nascimento do SUS, movimentos que impulsionaram a descentralização, como o Pias (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e as AIS (Ações Integradas de Saúde), em que as ações ocorriam em cogestão entre o nível central e estados e municípios, já permitiam antever os grandes desafios porvir, diante da complexidade de se construir um sistema de saúde capaz de abranger a integralidade do cuidado de saúde e bem levar a diante o que viria a ser sua missão constitucional.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, cristalização das amplas discussões acumuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Os três grandes referenciais eram: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (CONASS, 2006).

O momento político era de forte rejeição à centralização imposta autoritariamente pelo regime militar, de modo que a descentralização associava-se a democratização. Nesse contexto, iniciou-se a descentralização de competências e receitas tributárias a Estados e Municípios, com uma clara preferência na Saúde, pela municipalização (CONASS, 2006).

Com a promulgação da 8ª Constituição do Brasil, em 5 de outubro de 1988, que em seu artigo sexto estabelece:

“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (CF, 1988).

e, mais adiante no artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF, 1988).

temos a instituição formal do resultado desse movimento iniciado na segunda metade do século XX, fruto do esgotamento do modelo médico assistencial privatista, que privilegiava uma prática médica curativa e individual.

O SUS, inspirado no debate da Reforma Sanitária Brasileira, tem sido analisado como a maior política de inclusão social do País (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Compreender que o direito à saúde como colocado exige a superação de desigualdades e, portanto, a construção de uma sociedade justa e democrática, dá à missão central do SUS um novo e mais abrangente contorno. Dentro desta linha, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, de modo a garantir o direito ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, ao lazer,

entre outros. E para tanto, reconhecer o ser humano como ser integral (FIGUEIREDO NETO *et al.*,2010).

Entendendo que cabe, especificamente, ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa e compreendida a amplitude do conceito de saúde, o nível de articulação intra e intersetorial necessários a consecução dessa política lançam um enorme desafio de gestão. E, não sem razão, quatro elementos relacionados a gestão do sistema têm sido considerados fundamentais: a descentralização, o financiamento, a gestão do trabalho e o controle social.

Decorrente da Constituição Federal de 1988 foi a elaboração em 1989 e 1990 da Lei Orgânica da Saúde – a Lei 8.080, que se propõe em seu artigo 1º a regular, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde de modo geral. E que, mais adiante, em seu artigo 4º define que o conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde – SUS. Estabelece, ainda, objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, recursos humanos e financiamento.

No Capítulo III, que trata da Organização, da Direção e da Gestão, ou seja, das bases que operacionalizarão o sistema, evidencia-se fortemente a necessidade de mecanismos capazes de permitir o compartilhamento de gestão dos entes federados municipais, estaduais e federal, independentes e autônomos, assim como a necessidade da construção de práticas intersetoriais. Condições sem as quais será impossível atingir aquilo que a própria lei estabelece (BRASIL, 1990).

Os vetos presidenciais à participação popular e ao controle social na Lei 8.080, levaram, após intensa reação da sociedade civil organizada, a aprovação da Lei 8.142 de dezembro de 1990 que regula a participação da comunidade no SUS.

O conjunto formado pela seção de saúde da Constituição Federal e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 constituem o arcabouço jurídico, constitucional e infraconstitucional do SUS.

Se anteriormente aos excluídos era reservado o atendimento ambulatorial em unidades de medicina simplificadas, ou hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes, um dos primeiros e mais importantes resultados produzidos pelo SUS foi romper a trajetória de formação do Estado brasileiro centralizador e por fim a cidadania regulada, na qual direitos sociais vinculavam-se a inserção no mercado de trabalho (SANTOS, 1997 *apud*: CONASS, 2006).

A reforma sanitária brasileira, de acordo com a caracterização de reformas sanitárias proposta por Ham (1997), poderia ser considerada uma reforma big-bang, por sua coincidência com uma janela histórica representada pelo fim do regime militar e pela profundidade das mudanças propostas. Entretanto, foi politicamente construída e por longo tempo negociada com vários atores sociais importantes neste cenário. Esse sistema, de fato, reforma-se continuamente durante sua existência, adotando outros tipos de reforma sanitária caracterizados por Ham (1997), de acordo com momentos distintos da história.

A partir da constituição jurídica do SUS, o mesmo foi se recriando a partir de reformas incrementais leves, representadas pelas normas operacionais, obtidas por consensos das três esferas de governo, após longas negociações e materializadas em Portarias Ministeriais (CONASS, 2006). Ainda que em alguns momentos tenha havido a reforma sem reforma, como caracteriza Ham (1997), marcada pela extrema dificuldade na obtenção de consensos, em razão da existência de pontos inegociáveis entre os diferentes atores do processo, remetendo as mudanças a um plano adjetivo.

A primeira Norma Operacional Básica (NOB n. 01/1991), fornecia instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. Editada pela Presidência do Inamps tinha ainda forte conotação centralizadora (BRASÍLIA, 1991).

A NOB n. 01/1992, normaliza a assistência à saúde e dá forma concreta a instrumentos operacionais. Manteve a estrutura da anterior e avançou com o Pro-Saúde (Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde) (BRASÍLIA, 1992).

O avanço no processo de descentralização, com impulso a municipalização, veio com a NOB n. 01/1993 que institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, além de estabelecer as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena. O processo decisório começa a ser compartilhado (BRASÍLIA, 1993).

Novo e significativo avanço veio com a NOB n. 01/1996 que redefiniu o modelo de gestão do SUS. Consolidou o processo de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde. Redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados e instituiu a gestão plena do sistema e a gestão plena da atenção básica. Formou a compreensão de que a viabilização da atenção integral à saúde passa pelo disciplinamento das relações entre as três esferas de governo (BRASÍLIA, 1996).

A partir de 2001 e em 2002 novo instrumento de gestão do SUS é lançado. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS. Ampliavam-se as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecia-se o processo de regionalização, criavam-se mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do Sistema e atualizavam-se os critérios de habilitação de estados e municípios. Resultaram os Planos Diretores de Regionalização e Investimentos e introduziu-se a idéia de redes de assistência (BRASÍLIA, 2002).

Em 2006, por um modelo esgotado pela dificuldade de impor-se normas gerais a um país tão grande e desigual e pela fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual tratados com detalhamento excessivo e enorme complexidade, as normas operacionais são substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Por este acordo se institui um sentido de gestão por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada (CONASS, 2006). Os processos de habilitação são substituídos pela adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Todos os gestores passam a ser plenos na responsabilidade pela saúde de seus cidadãos.

O Pacto pela Vida representa o conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite. O Pacto de Gestão valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as responsabilidades nos Termos de Compromisso de Gestão. E, finalmente, o Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre gestores com a consolidação do processo de reforma sanitária e articula ações para consolidar o SUS como política pública (BRASÍLIA, 2006).

A regionalização solidária e cooperativa aparece como eixo estruturante do processo de descentralização. As várias formas de repasse dos recursos federais de custeio são agrupadas e critérios de equidade nas transferências fundo a fundo são formuladas.

Em que pese os enormes avanços do SUS e as inegáveis conquistas para a população brasileira alguns desafios ainda persistem. O desafio da universalização, do financiamento, do modelo assistencial, da gestão do trabalho, da participação social e do modelo institucional representam grandes temas que surgem quando discutimos

barreiras a superar na consolidação do SUS como um sistema público universal capaz de atender com qualidade a toda população brasileira. O que queremos tratar neste momento é da superação do desafio do modelo institucional proposto.

Somos um País federativo. E, como consequência, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pelos três entes federativos: União, Estados e Municípios.

Em que pese os avanços proporcionados pelo SUS se deverem à contribuição parceira dos governos federal, estaduais e municipais, há desafios no plano institucional relacionados às características da federação brasileira, à crise do federalismo fiscal e ao modelo descentralizador adotado na saúde que devem ser superados (CONASS, 2006).

Para Elazar (1987) a essência do federalismo é o equilíbrio entre o governo nacional e os governos subnacionais e entre a cooperação e competição interfederativas. Justifica-se a solução federalista para manter unidade na diversidade.

Para Abrúcio (2002) há dois tipos de relacionamento intergovernamental no federalismo: o competitivo, que estimula a competição entre os entes federados, a fim de que os governos aumentem a responsividade e o cooperativo, que pressupõe submeter o auto-interesse ao interesse de todos. Na realidade, as experiências federativas combinam ambos, sendo desejável um equilíbrio entre elas. Ainda, o federalismo cooperativo admite duas alternativas: o federalismo interestadual e o intra-estatal. Enquanto que no primeiro há uma clara separação de poderes entre os níveis de governo, minimizando as competências concorrentes, no segundo prepondera um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas, sendo a delimitação de competências menos visível com ênfase na participação em colegiados de decisão e monitoramento. O SUS aproxima-se de uma experiência de federalismo cooperativo e intra-estatal. O componente cooperativo se manifesta na instituição de instâncias permanentes de pactuação, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, nas transferências fundo-a-fundo, que prescindem dos convênios, e no desenvolvimento de sistemas solidários, como os consórcios intermunicipais de saúde, para solução de problemas comuns, mas que por vezes desenvolveram uma competição predatória no sistema, ao definir regramentos e valores de pagamentos próprios aos prestadores, introduzindo assimetrias no sistema.

Em países de forte tradição centralizadora, como o Brasil, a cooperação pode ser resultado de uma linha hierárquica descendente, que enfraquece a autonomia

dos governos subnacionais (Abrúcio, 2002), como pudemos observar no federalismo sanitário brasileiro dos primeiros catorze anos do SUS, com a gestão ocorrendo por meio das Normas Operacionais.

Outro problema de ordem jurídica é a inexistência de um instrumento legal que garanta uma vinculação efetiva em relação ao que foi pactuado. A forma jurídica da pactuação interfederativa é o convênio, um mecanismo vertical, de regras unilaterais de relacionamento (CONASS, 2006).

A resposta ao regime militar autoritário e centralizador foi a descentralização de competências e recursos. A forma basilar de descentralização foi o federalismo fiscal. Com o passar dos anos reduziu-se a participação da União e aumentou-se a de Estados e municípios. A situação econômica também não mostrou-se favorável e o gasto público encontrou no aumento da carga tributária a forma de financiamento. Essa crise fiscal acabou por colocar em risco o equilíbrio do federalismo brasileiro. Ou seja, a superação da crise do federalismo fiscal passará por uma reforma tributária ancorada em quatro pontos: repartição do poder de tributar; regime de transferências compensatórias; mecanismos de cooperação intergovernamental; e incentivos ao desenvolvimento regional (IPEA, 2006 *apud*: CONASS, 2006).

Por último, o processo de descentralização brasileiro que ao tempo em que colocou a responsabilidade pelas políticas públicas mais próxima dos cidadãos e aumentou a oferta local de serviços, veio acompanhada de forte contenção dos recursos públicos estabelecendo uma competição entre os entes federados em que cada qual pretendeu repassar seus custos aos outros. Também a criação desordenada de municípios, especialmente após a Constituição de 1988, em sua grande maioria com menos de vinte mil habitantes favoreceu a fragmentação de serviços introduzindo elementos de competição predatória nos sistemas sociais (CONASS, 2006).

O Pacto pela Vida criou um ambiente de maior favorecimento ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS, embora as políticas dos governos subnacionais ainda sejam muito dependentes do poder normativo e econômico do Ministério da Saúde. O poder normativo do Ministério da Saúde além de quantitativamente dominante é qualitativamente inadequado, pois produz normas abrangentes e detalhistas, que desconsideram realidades locais e regionais, deixando pouco espaço para recriações segundo singularidades de cada região. Um pacto federativo sanitário adequado deve estruturar-se dentro de uma unidade doutrinária com diversidade operacional.

O aprimoramento dos instrumentos de gestão e planejamento que gradativamente vem ocorrendo no SUS, bem como com a melhor compreensão das questões interfederativas, inauguram com o Decreto 7.508/11 um novo marco na relação interfederativa, com a instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT. Definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O COAP vem preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS.

O SUS criado pela Constituição Federal de 1988 teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70. Vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). É uma política pública jovem mas com capacidade de renovar-se continuamente (CONASS, 2006).

3.3 A Integração Ensino-Serviço

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

A integração ensino-serviço não se constrói isoladamente, mas articulada a processos políticos, sociais e econômicos. Embora na década de 50 já se falava em integração ensino-serviço no Brasil, foi a partir da década de 70 que o Brasil passou por inúmeras experiências transformadoras nos campos da saúde e da educação. Do movimento da Reforma Sanitária Brasileira até o nascimento do SUS em 1988, da nova

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 até as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), no ano de 2001, várias experiências de integração ensino-serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, buscando a reorganização do ensino e da assistência à saúde e procurando desenvolver ações de educação permanente. Contudo, persistem desafios a serem superados, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre estes dois mundos.

Inicialmente surgem dois grandes movimentos pró-mudança na formação superior do médico: o da Medicina Comunitária e o da Integração Docente Assistencial (IDA). O primeiro, surgido nos departamentos de medicina preventiva, buscava uma medicina simplificada, além da inclusão diferenciada das camadas sociais marginalizadas. Sua principal estratégia era o estímulo à participação comunitária (GONZÁLEZ, 2010). Já o movimento de IDA associava-se a inserção do ensino no serviço pela colocação de estágios nos centros de saúde e hospitais.

Essas estratégias, no entanto, não modificaram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em muitas especialidades. Restando claro, então, que o avanço apenas se daria com iniciativas abrangentes mais integradas e focadas (FEUERWERKER e MARSIGLIA, 1996 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

No final da década de 70 e início da década de 80 esforços visando estimular a participação multidepartamental e multiprofissional nos projetos IDA foram implementados com apoio da Fundação Kellogg (CHAVES, 1994 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

Embora tenha-se caminhado em direção a um ensino e uma assistência mais adequados à necessidade da sociedade, muito havia por se fazer. Após Alma-Ata chegou-se a conclusão que o serviço precede a universidade e esta não deve pretender estruturá-lo e que a IDA estava limitada e que não demonstrava o que realmente se objetivava (GONZÁLEZ, 2010).

As fortes transformações sofridas nas décadas de 80 e 90 com a criação do SUS contrapunham um sistema que valorizava a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção de saúde ao modelo vigente e impunha a qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde como algo vital para a real consolidação do SUS (CECCIM, 2002).

Nos anos 90 os projetos UNI, “uma nova iniciativa em educação das profissões da saúde: união com a comunidade”, transformam-se no grande foco das

atenções. A resistência à participação da comunidade deu-se muito mais no âmbito das universidades do que no serviço. O projeto UNI representou a conjunção de três movimentos que já estavam em marcha isoladamente: IDA, atenção primária à saúde e extensão comunitária (CHAVES, 1994, KISIL *apud*: GONZÁLEZ, 2010). Fundamentava-se na relação universidade, serviço e comunidade.

O programa UNI possuía novos propósitos, como a parceria, o desenvolvimento de lideranças, a institucionalização, o desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede, o desenvolvimento da avaliação interna dos projetos, a pertinência, o desenvolvimento acadêmico, dos serviços e da comunidade (GONZÁLEZ, 2010).

Contudo, por problemas nos processos de institucionalização das práticas inovadoras, ou por problemas na sustentação dos impulsos transformadores, ou por ambos, na maioria das vezes, muitos projetos inovadores não obtiveram força suficiente para se instalar e provocar mudanças permanentes (TANCREDI, 1995 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

Assim, as instituições de ensino superior têm perpetuado modelos conservadores, centrados nas tecnologias especializadas, altamente dependentes da tecnologia dura para apoio diagnóstico e terapêutico (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

Apesar de buscarem atender a insatisfação da população com os serviços de saúde prestados por profissionais formados em desalinhamento com a realidade do SUS e com êxitos limitados, esses movimentos até então promoveram avanços. Mas o grande desafio da quebra do continuísmo da fragmentação e da inclusão da integralidade e da humanização nas práticas já na formação ainda persistia (GONZÁLEZ, 2010).

Com integrantes provindos dos movimentos IDA e UNI, surge em 1997, um novo movimento conhecido como Rede UNIDA, que trabalhando em rede visa potencializar as capacidades de mudanças, construídas de forma coletiva a partir do saber e do poder compartilhado (SCHMIDT, 2002; RANGEL; VILASBÔAS, 1996 *apud*: GONZÁLEZ, 2010). Consiste de um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudança na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social (FEUERWERKER, 2000; RANGEL; VILASBÔAS, 1996 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

A discussão das Diretrizes Curriculares passou a ser vista como uma oportunidade favorável a ação da Rede UNIDA, sobretudo por possibilitar a mobilização de setores da saúde para que influíssem de modo mais organizado na definição do perfil profissional mais adequado à necessidade social (GONZÁLEZ, 2010).

O compromisso de uma política de Estado e não de governo, com uma articulação interministerial, mostram-se necessários para a construção de uma nova educação em saúde. Essa mudança necessita ser profunda e permanente, com os envolvidos comprometidos com o projeto como sendo seu. Não se pode esperar que a mudança ocorra espontaneamente.

A consequência natural desse processo tem sido a constatação crescente da necessidade de integração entre esses dois campos. Isto se justifica pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do SUS. Parece, então, impossível pensar nisto sem interferir, ao mesmo tempo, na formação profissional e no mundo do trabalho (FEUERWERKER, 2006).

Integrar serviços de atenção à saúde e instituições de ensino implica em algumas condicionantes a saber: relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (FEUERWERKER, 2004 *apud*: BREHMER, 2014). Para tal é necessário que haja a promoção de espaços dialógicos entre as instituições de ensino, o SUS e a comunidade.

Uma estratégia para a formação de profissionais de saúde a partir da realidade e, portanto, capazes de intervir nessa realidade, implica trazer à tona dos processos pedagógicos todos os atores responsáveis pela formação, destacando seu papel e distintas responsabilidades (BREHMER, 2014).

Nos cenários reais a realidade torna-se objeto da aprendizagem, ampliando a compreensão do significado da teoria e para corresponder a essas novas demandas as instituições de saúde reorganizam suas estruturas e repensam suas práticas.

As mudanças decorrentes dos processos de integração ensino-serviço interferem e são fatores que contribuem para uma melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços, além de promoverem a educação permanente e a aproximação com a pesquisa. (BREHMER, 2014).

A construção das DCNs para área da saúde, com a ampla participação de diversos atores sociais, buscava construir um perfil acadêmico e profissional com

competências voltadas às necessidades atuais das populações e também voltadas para construção do SUS (PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006 *apud*: GONZÁLEZ, 2010).

Logo em seguida ao lançamento das DCNs para o curso de medicina, por uma parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde e a OPAS foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com a participação ativa da ABEM e da Rede UNIDA durante todas as fases (SIQUEIRA, 2002 *apud*: GONZÁLEZ, 2010). As escolas médicas selecionadas desenvolveram suas atividades de mudança de forma pouco articulada entre si.

A criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) em 2003, demonstrou que o Ministério da Saúde passou a priorizar a mudança na formação superior. O DEGES possui a função de motivar e propor ações em duas grandes áreas: a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS.

Em 2004 instituiu-se a política nacional de educação permanente em saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Iniciou-se a implantação dos polos de educação permanente em saúde, que em 2007 foram extintos por portaria Ministerial, passando a condução da política de educação permanente em saúde (EPS) para os colegiados de gestão regional, com a participação das comissões permanente de integração ensino-serviço (CIES), mudando a forma de planejamento e financiamento da política de EPS (BRASIL, 2004).

Em 2004 os Ministérios da Saúde e Educação lançam o AprenderSUS – o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. O objetivo era de apoiar a gestão do ensino em coerência com as diretrizes e os princípios constitucionais do SUS e a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. As várias estratégias para promover mudanças na formação compreendiam o VERSUS (Vivência-Estágio na Realidade do SUS), a convocatória de experiências de integralidade na formação em saúde, o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde e a possibilidade de apoio à implementação de estratégias de mudança, entre outros (LUGARINHO; FEUERWERKER, 2006 *apud*: GONZÁLEZ, 2010.)

Surge, também, um novo ator: o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), articulando entidades envolvidas com a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde.

A partir de novembro de 2005 é lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação, fortemente baseado no PROMED, porém ampliado aos cursos de odontologia e enfermagem. Visa aproximar o perfil do egresso às necessidades da atenção básica, no caso do Brasil a estratégia de saúde da família.

Entre os desafios observados nesse cenário múltiplo e complexo, podemos citar diferentes objetivos entre o ente formador e o ente assistencial e os movimentos unilaterais em que não há abertura para que o serviço se integre às ações da academia. A integração deve assumir significados comuns e as experiências resultantes devem produzir ganho para ambas as instituições. O necessário diálogo que se estabelece deve adquirir maior estabilidade, em espaços favoráveis e com a participação de todos. Nisso, os gestores do SUS e das escolas adquirem capital importância. O conjunto de experiências que procuram integrar ensino-serviço, ainda pontuais, carecem de estarem de fato integrados aos currículos das escolas e a rotina dos sistemas de saúde.

O Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011, que avança no campo das relações interfederativas, instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e a Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos e institui, entre outros o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço parece dar início aquilo que poderá efetivamente construir um campo comum de compartilhamento de práticas, saberes e poder dos atores envolvidos.

3.4 O COAPES na expansão das escolas médicas e na integração ensino-serviço

As profundas transformações que ocorreram no sistema nacional de saúde a partir da década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde, produziram grandes demandas por modificações nos processos de gestão do sistema nacional de saúde e na formação de recursos humanos da área (COSTA, 2012).

Especificamente nos processos de gestão, um sistema de saúde único, fruto da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos, demanda não apenas da organização de redes assistenciais, mas sobremaneira e a partir da necessidade de todos que compõem essas redes, do reconhecimento explícito das suas interdependências, abrindo mão de poderes centralizados, imposições e desníveis de mando, para juntos, construir condições jurídicas, administrativas e de informações capazes de operar serviços, sistemas e organizações. Isso implica a construção de instrumentos que explicitem regras e representem acordos inequívocos que suportem essas relações interorganizacionais. É a construção de redes interfederativas, constituídas por colegiados compostos por estes entes federativos, cujas decisões consensuais devem ser consubstanciadas em documentos jurídicos como contratos organizativos e de ação pública (SANTOS e ANDRADE, 2011).

As transformações necessárias ao setor também estão fortemente ligadas a formação de recursos humanos para a saúde, especialmente da categoria médica, uma vez que a mesma ainda detém a hegemonia ideológica da prática profissional do setor. E, se as escolas médicas foram criadas para preparar profissionais que atuando nesses serviços possam oferecer soluções às necessidades de saúde das populações, percebe-se que para alcançar essa condição são necessárias mudanças na formação do perfil do médico, tanto na graduação como na pós-graduação (residência médica) (LAMPERT, 2002).

Se a reestruturação do modelo de atenção à saúde evidenciou a inadequação do ensino das escolas médicas diante das necessidades de saúde da população é necessário que o ensino assuma um desenho de prática social em que a produção de conhecimento, a formação acadêmica e a prestação de serviços sejam indissociáveis (NETTO CEZAR *et al.*, 2010). Assim, o destaque neste contexto de integração ensino-serviço, é do uso de redes como espaço de conformação de um novo profissional de saúde. Os espaços de intersecção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

O mais recente movimento neste sentido, que avança no estabelecimento de relações interfederativas entre as escolas médicas e os gestores do SUS, vem no bojo do Programa Mais Médicos do Governo Federal.

A partir da Lei 12.781 de 22 de maio de 2013, conhecida como Lei do Mais Médicos, estabelecem-se novos critérios para autorização de funcionamento de cursos de medicina pelas IES privadas. Por estes critérios passa a haver uma pré-seleção de municípios a partir do interesse do gestor municipal, que passa a se comprometer com a viabilização da implantação do novo curso mediante assinatura do Termo de Adesão (BRASIL, 2013).

O chamamento público para a pré-seleção de municípios interessados em sediar novas escolas médicas deu-se através do Edital n. 03, de 22 de outubro de 2013 e destinava-se a formação de um cadastro de municípios considerados habilitados pelo MEC para tal fim.

A análise deu-se em três etapas, todas de caráter eliminatório: análise da relevância e necessidade social da oferta de curso de medicina; análise da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes no município; e análise de projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde no município.

Em 04 de setembro de 2014, através da Portaria n. 543 da SERES (Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior) é divulgada a relação final dos trinta e nove municípios pré-selecionados no âmbito do Edital n. 03/2013.

A referida Lei 12.781, de 22 de maio de 2013, estabelece em seu art. 12, da Seção Única do Capítulo III, que as instituições de educação superior, ofertantes de cursos de graduação em medicina ou programas de residência médica, poderão firmar com os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, na qualidade de gestores, Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço (COAPES).

Os objetivos a serem alcançados com o instrumento proposto são: viabilizar a reordenação da oferta de cursos de medicina e as vagas de residência médica, promover a estruturação de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade e, por último, permitir a integração ensino-serviço na área da atenção básica (BRASIL, 2013).

Pouco mais de um ano depois, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Medicina, em 03 de junho de 2014, também menciona o COAPES em dois artigos. No art. 24 refere-se ao instrumento como viabilizador de cenários de formação, propondo a realização dos estágios dos cursos de medicina através de parcerias estabelecidas mediante celebração do mesmo. E no art. 35 incumbe aos cursos de graduação em medicina, através do uso do referido instrumento, o papel de

desenvolver ou fomentar a participação de profissionais da Rede de Saúde em programas permanentes de formação e desenvolvimento, com vistas a melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática e da qualidade da assistência a população (BRASÍLIA, 2014a).

Em 20 de agosto de 2014, publicou-se a Portaria Interministerial N.º 10 que institui a Comissão Executiva e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde, com objetivo de auxiliar os Ministérios da Educação e da Saúde na execução das ações necessárias para assegurar as pactuações do Contrato (BRASÍLIA, 2014b).

A Portaria Normativa n. 16, de 25 de agosto de 2014, define parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em medicina por IES privada, contemplando quatro modalidades a saber: formação para os profissionais da rede de atenção à saúde; construção e/ou reforma da estrutura dos serviços de saúde; aquisição de equipamentos para a rede de atenção à saúde; e pagamento de bolsas de residência médica em programas de medicina de família e comunidade e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia). Esta Portaria define, ainda, em seu art. 3º que esta contrapartida deverá ser disciplinada por meio do COAPES, pactuado com o gestor local do SUS (BRASÍLIA, 2014c).

Encontra-se, nesse momento, em consulta pública o primeiro edital de chamamento público de mantenedoras de IES para seleção de propostas para autorização de funcionamento de cursos de medicina em municípios selecionados no âmbito do Edital n. 03, de 22 de outubro de 2013. Estes municípios se comprometem, entre outros, a firmar com as IES o COAPES, nos termos do art. 12 da Lei 12.781.

O plano de contrapartida à estrutura do SUS municipal, baseado no projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde apresentado pelo município, e que deverá constar da proposta da IES concorrente, juntamente com o Termo de Adesão assinado pelo gestor municipal quando da habilitação através do Edital n. 03/2013, deverão formar o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Serviço, celebrado entre cada gestor do SUS envolvido e a IES habilitada.

4. METODOLOGIA

4.1 Fundamentação metodológica

A opção para a realização deste trabalho é baseada na compreensão da metodologia como o estudo dos caminhos e do instrumental utilizado para fazer ciência, para abordar a realidade (Demo, 1995, Minayo, 1996).

Trata-se de um estudo exploratório, quali-quantitativo, descritivo e analítico do tipo corte transversal.

As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Gil (1994) entende pesquisas exploratórias como sendo aquelas cujos fins se aplicam em reconhecer melhor o objeto a ser investigado. Segundo este autor, “pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Em outras palavras, a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo avaliar a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere (GIL, 1994).

Quanto às pesquisas descritivas, já traduzem em seu nome o objetivo em questão. Trazem como finalidade verificar, à exaustão, as características do objeto proposto.

Com relação à pesquisa quantitativa, Minayo e Sanches (1993) comentam que as mesmas tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, fundamentais para o reconhecimento de uma realidade.

Em estudos transversais coletam-se simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas em tabelas de contingência. Os estudos transversais podem ser vistos como avaliações fotográficas de grupos ou populações de indivíduos. A condução de um estudo transversal abrange como características fundamentalmente, as seguintes etapas: definição de uma população de interesse; estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados. Vale lembrar que nesse tipo de estudo, uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade, ou causa e efeito. Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma

população. Entre os pontos negativos vale citar que há dificuldade do estabelecimento de relações causais a partir de dados oriundos de corte transversal no tempo (NEWMAN et al., 2008).

4.2 O contexto da pesquisa

A pesquisa se dará em âmbito nacional, nos trinta e nove municípios selecionados através do Edital n. 03/2013 e publicados na Portaria n. 543, de 04 de setembro de 2014, da SERES, para sediar novas escolas privadas de medicina.

Os municípios selecionados apresentavam como critérios de relevância e necessidade social ter setenta mil ou mais habitantes, não ser capital do Estado e não possuir oferta de curso de medicina em seu território.

Em relação à estrutura de equipamentos públicos e os programas de saúde existentes, o município deveria obedecer, obrigatoriamente, aos seguintes critérios: número de leitos disponíveis SUS por aluno maior ou igual a cinco, número de alunos por equipe de atenção básica menor ou igual a três, existência de leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro, existência de pelo menos três programas de residência médica nas áreas prioritárias, adesão pelo município ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica) do MS, existência de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino de acordo com a legislação e existência de hospital com mais de cem leitos exclusivos para o curso (BRASÍLIA, 2013).

As IES aguardam publicação de Edital de chamamento público de mantenedoras por parte do MEC, que admitirá a participação de mantenedora de IES legalmente constituída no País que tenha, pelo menos, uma mantida já credenciada integrante do Sistema Federal de Ensino e com cadastro no Sistema e-MEC até a data de publicação do Edital. As propostas que atenderem às condições de admissibilidade de participação serão analisadas em três etapas: habilitação da mantenedora (avaliação da capacidade econômico-financeira e da regularidade jurídica e fiscal), análise da experiência regulatória da mantida indicada e da mantenedora (qualidade institucional da sua mantida e cursos e experiência na oferta de cursos de graduação e pós graduação na área da saúde) e análise e classificação das propostas, compostas do Projeto Pedagógico do Curso, plano de formação e desenvolvimento da docência em saúde, plano de infraestrutura da IES, plano de contrapartida à estrutura de serviços, ações e

programas de saúde do Sistema Único de Saúde do município e/ou da região de saúde do curso de medicina, plano de implantação de residência médica e plano de oferta de bolsas.

4.3 A população de estudo

A pesquisa será desenvolvida com os gestores do SUS, representados pelos trinta e nove Secretários Municipais de Saúde e onze Secretários Estaduais de Saúde, trinta e nove Coordenadores dos cursos de medicina, os professores envolvidos em cada curso e os profissionais de nível superior das unidades de saúde que integrarem o COAPES. Além disso, serão investigados os conselheiros municipais de saúde dos trinta e nove municípios e dos onze conselhos estaduais de saúde.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

4.4.1 Análise documental

Serão analisados os documentos de necessidades enviados pelos trinta e nove gestores locais de saúde ao MEC, após a seleção dos municípios pela Portaria n. 543/2014, as trinta e nove propostas selecionadas pelo Edital n. XXX, de XX de XXXXXXXX de XXXX, publicado pelo MEC para seleção das escolas e os trinta e nove COAPES assinados.

A análise documental tem como objetivo a compreensão da história do fenômeno, contextualizando-o e trazendo as informações desse momento.

Ludke e André (1986, p. 39) afirmam que:

“Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador.

Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto”.

4.4.2 Instrumento de escala atitudinal tipo Likert

Somado a perspectiva qualitativa, uso de um recurso metodológico quantitativo se constitui num recurso contributivo no entendimento do processo. Assim, proponho a introdução de um instrumento fechado, denominado atitudinal ou Likert, que poderá corroborar na compreensão de como todos os envolvidos percebem seu papel e suas contribuições na implantação e execução do COAPES.

Partimos do pressuposto de que é importante conhecer as opiniões e atitudes de um grupo de sujeitos. A avaliação de opiniões e de atitudes requer um processo especial, pois se trata de quantificar elementos que têm características nitidamente subjetivas (MEIRELES, 2004). Uma atitude é essencialmente uma disposição mental em face de uma ação potencial (MANN, 1970); uma opinião representa uma posição mental consciente, manifesta, sobre algo ou alguém (ANDER-EGG, 1978).

Tanto as atitudes quanto as opiniões carecem de ação, e isto dificulta a sua medida: uma atribuição de números a objetos, acontecimentos ou situações, de acordo com certa regra. Quando não se dispõe de um processo direto de medição - e isso ocorre usualmente com aspectos subjetivos - é necessário recorrer ao uso de escalas (KAPLAN, 1975). Uma escala é um instrumento científico de observação e mensuração de fenômenos sociais. A escala foi concebida com o intuito de medir a intensidade das atitudes e opiniões na forma mais objetiva possível (ANDER-EGG, 1978).

Medir opiniões e atitudes implica constituir indicadores que sejam apropriados para, quantitativamente, expressar tais opiniões e atitudes que são de natureza qualitativa. Tais indicadores são importantes para as organizações, especialmente quando se destinam a elevar o desempenho, atuando como indutores de comportamento (HRONEC, 1994; BRUBAKK; WILKINSON, 1996). Neste sentido, tais indicadores induzem a estratégia em toda a organização e devem, portanto, ser *top/down*. Os indicadores também induzem os comportamentos desejados, expressam o que deve ser feito e informam às pessoas, individualmente e em grupo, como elas estão se saindo. Hroneck (1994) assinala algumas outras características dos indicadores: informam os resultados das ações efetivadas, estimulam a melhoria contínua, reduzem a dissonância de focos (desentendimento quanto ao que é ou não importante) e disseminam o uso universal de conceitos, isto é, o uso de uma linguagem comum.

Na descrição de Pereira (1999), a escala tipo Likert se tornou paradigma da mensuração qualitativa. Em sua teoria, Likert (1932) sustenta que “uma atitude é

uma disposição para a ação”, e o instrumento de medida proposto por este autor consta de assertivas relacionadas ao objeto da pesquisa, visando verificar o nível de concordância/discordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto. Deste modo, espera-se que os indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema, possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão. Se os sujeitos tiverem atitudes negativas frente a um tema específico, irão concordar com afirmações ou itens que expressem aspectos negativos ou desfavoráveis ao tema e discordarão daqueles que salientem pontos positivos. De outro modo, se os sujeitos forem ambivalentes em relação ao conteúdo da afirmação, ou não tiverem atitude bem definida, irão provavelmente, expressar dúvidas diante de alguns itens. Resumidamente, com a escala Likert, dado um conjunto de proposições, os sujeitos pesquisados são instados a escolher entre diversas opções, marcando aquela que mais se aproxima da sua atitude ou opinião.

O tipo de escala de Likert mais habitual é a de cinco pontos: “discordo totalmente” até o “concordo totalmente”, passando pelo “discordo”, “nem discordo/nem concordo” e “concordo” e “concordo” totalmente. Para Mattar (2005), as afirmações devem ser classificadas em favoráveis e desfavoráveis e para cada afirmativa deverão ser atribuídos graus de favorabilidade e desfavorabilidade.

Com relação ao item neutro há inúmeras controvérsias entre os autores, por isso a escala de quatro itens, que ignora a alternativa neutra, também é muito utilizada. As diretrizes tradicionais sugerem que o número adequado de categorias deve ser sete, somando-se ou subtraindo-se mais ou menos dois, ou seja, entre cinco e nove (MALHOTRA, 2006). Segundo este autor, o coeficiente de correlação diminui com uma redução do número de categorias que, por sua vez, causa um impacto em toda a análise estatística baseada no coeficiente de correlação.

As pesquisas de opinião, à semelhança da escala de Likert, fazem uso de diferenciais semânticos. Diferenciais semânticos são geralmente apresentados variando qualitativamente em grau, desde o mais baixo nível ao mais elevado. Não há um padrão para a descrição do diferencial semântico, mas é recomendável ter em conta os valores opostos (PEREIRA, 1986).

Serão construídas quatro dimensões, que são categorias de análise e por meio de cinco a sete asserções em cada uma, procurar-se-á desvelar a percepção dos

gestores do SUS, dos gestores das escolas médicas, dos professores e profissionais envolvidos e da comunidade no desenvolvimento e implantação dos COAPES.

Assim, propõem-se como dimensões:

1. As expectativas dos gestores envolvidos (escolas médicas e SUS) com o COAPES.

Esta dimensão trata da observância quanto às expectativas dos gestores das escolas e do SUS em relação a celebração do COAPES. Procura evidenciar quais são os principais pontos de convergência e divergência existentes entre ambos.

2. Dificuldades/obstáculos evidenciadas na implantação do COAPES.

Esta dimensão trata da observância dos pontos considerados críticos para implantação do instrumento.

3. Compreensão de professores/profissionais da rede sobre o COAPES.

Esta dimensão trata da observância quanto a percepção dos professores e profissionais de saúde envolvidos com as potencialidades que se apresentam com a implantação do instrumento em relação ao seu campo de atuação.

4. Participação popular na implantação do COAPES

Esta dimensão trata da observância quanto a percepção dos envolvidos em relação a participação popular nos processos de discussão e implantação dos COAPES.

4.5 Análise dos dados

O instrumento quantitativo utilizado deverá ser analisado quanto ao conteúdo, validade de asserção e confiabilidade; e em relação aos resultados atitudinais finais, a prova estatística utilizada será o teste não paramétrico do qui-quadrado.

4.6 Procedimentos éticos

Serão adotados os seguintes procedimentos éticos:

1. Carta de aceitação dos municípios e IES em participar da pesquisa
2. Aprovação pelo Comitê de Ética da UNIFESP
3. Assinatura do TCLE de todos os sujeitos participantes da pesquisa

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO F.L. Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. **Relatório final de pesquisa para o NPP**. São Paulo; 2002.

ALBUQUERQUE V. S. *et al.* “A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (3):356-362, 2008.

ANDER-EGG, E. Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales. 7 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. **Medida Provisória n. 621, de 08 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013b.

_____. **Lei n.º 12.781, de 22 de maio de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013a.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

_____. **Lei n.º 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. DOU de 20.09.1990.

BRASÍLIA (DF). **Portaria No 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_2.

_____. **Resolução No 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS no 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

_____ **Portaria No 234, de 07 de fevereiro de 1992.** Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria.

_____ **Portaria No 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

_____ **Portaria No 2.203, de 05 de novembro de 1996.** Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

_____ **Portaria No 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

_____ **Edital No 03, de 22 de outubro de 2013.** Primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada. 2013.

_____ **Resolução CNE/CES no 3, de 20 de agosto de 2014.** Institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, e dá outras providências. 2014a.

_____ **Portaria Interministerial No 10, de 20 de agosto de 2014.** Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. 2014b.

_____ **Portaria Normativa No 16, de 25 de agosto de 2014.** Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde – SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada. 2014c.

BREHMER L. C. F. e RAMOS F. R. S. “Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa.” **Rev. Eletr. Enf.**, Santa Catarina, 16 (1): 228-37, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.

BRUBAKK B. e WILKINSON A. (1996) "Agents of change?: Bank branch managers and the management of corporate culture change", **International Journal of Service Industry Management**, Vol. 7 Iss: 2, pp.21 - 43

CARVALHO M. S. e SOUSA M. F. “Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?” **Comunicação Saúde Educação**, 17(47):913-26, out./dez. 2013.

CECCIM R. B. “Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva.” **Boletim da Saúde, Porto Alegre**, 16 (1): 9-36, 2002.

CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO) - Relacionando os Resultados do Projeto CINAEM. **Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica**. Vol. 25, número 2, pp. 5,6. 1997.

CONASS. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. 164 p.

COSTA J. R. B. *et al.* “Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36 (3):387-400, 2012.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo.** Campinas: Autores Associados, 1995.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

ELAZAR D. Exploring federalism. Alabama: The University of Alabama; 1987.

FEUERWERKER L.C.M. “Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde.” **Cadernos da ABEM** [internet]. 2006; 2:78-80.

FIGUEIREDO NETO M. V.; SILVA, P. F.; ROSA, L. C. S.; CUNHA, C. L. F.; SANTOS, R. V. S. G. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010.

GIL A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONZÁLEZ A. D. e ALMEIDA M. J. “Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.” **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

HAM C. Health care reform: learning from international experience. Buckingham: Open University Press; 1997.

HRONEC S. M. **Sinais Vitais** São Paulo: Makron Books, 1994.

KAPLAN, A. **A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento.** São Paulo: EDUSP. 1975.

LAMPERT J. B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____ Avaliação do processo de mudança na formação médica. Cap. 11-p. 245-266 IN: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araujo JGC (Org.). Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, ABEM, 2004.

LIKERT, R. "A Technique for the Measurement of Attitudes." Archives of Psychology 140 (1932): 1-55.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL FILHO R. "Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro." Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social, Política, Planejamento e Administração em Saúde, 2007.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing:** uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720p.

MANN, P. H. *Método de investigação sociológica.* Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005. 347p.

MEIRELES, M. Instrumentos de gestão de mercado. In: SCARPI, M.J. **Gestão de clínicas médicas.** São Paulo: Futura, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>) >acesso em 29 de novembro de 2014.

NETTO CEZAR P. H. et al. "Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas." *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4) : 298 – 303 ; 2010.

NEVES N. M. B. C. *et al.* "O ensino médico no Brasil: origens e transformações". **Gazeta Médica da Bahia**, 75 (2):162-168, 2005.

NEWMAN, T.B. *et al.* Delineando estudos transversais e de caso controle. In: HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica:** uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

OLIVEIRA N. A. "Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS – um estudo a partir de seis estados brasileiros". Tese de Doutorado, Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde; 2007.

OLIVEIRA N. A. e ALVES L. A. “Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?” **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35 (1):26-36, 2011.

PEREIRA, C.A.A. O diferencial semântico. São Paulo: Ática, 1986

PEREIRA J. C. R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 1999.

SANTOS L. e ANDRADE L. O. M. “Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (3):1671-1680, 2011.

6. CRONOGRAMA

Atividades	2015 (1)	2015 (2)	2016 (1)	2016 (2)	2017 (1)	2017 (2)
Revisão de literatura						
Submissão para aprovação do Comitê de Ética						
Análise documental						
Aplicação do instrumento de escala Likert						
Análise dos dados						
Redação e apresentação final						
Defesa e elaboração do artigo						