

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

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

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

José Ivo dos Santos Pedrosa^(a)

<cursodemedicinaufpi@gmail.com> 

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

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

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

Introdução

Em 2011, foi homologado o Decreto nº 7.508¹, regulamentando a lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo conceitos organizacionais como regiões e territórios de saúde, assim como normatização das relações entre gestores para promoção do acesso universal aos serviços de saúde do sistema.

Nesse processo, foram identificados vazios assistenciais em várias regiões do país, entre estados e entre municípios, agravando a vulnerabilidade social das pessoas residentes, evidenciando que a ausência mais visível era a do profissional médico. Tal realidade é corroborada pelo estudo Demografia Médica², apontando diferenças na relação médicos por habitantes em regiões e municípios e a concentração desses profissionais nas capitais e municípios de maior porte.

Tal situação justifica a implantação, em 2013, do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013³. Essa lei, em seu Art. 2º, explicita que, para a consecução dos seus objetivos, serão adotadas, entre outras, a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional nessas regiões.

Para tanto, o PMMB previa a criação de 11.447 novas vagas em cursos de Medicina até 2017, sendo que 6.887 deveriam ser abertas até o fim de 2014⁴. Na perspectiva de aumentar a razão de um médico por 1.000 habitantes, as regiões Norte e Nordeste, por apresentarem as razões mais baixas no país, tornam-se prioritárias para a implantação de novos cursos e abertura de vagas nos já existentes.

Para Oliveira et al⁵, diante das recomendações do PMMB:

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

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

Sob tal enquadramento, a criação de novos cursos médicos em instituições de ensino superior (IES) em *campi* descentralizados e orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina de 2014⁶, na perspectiva da descentralização da formação e da fixação de profissionais na região com a intencionalidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde, é considerada uma intervenção com características inovadoras.

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

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

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

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

O contexto estadual

O estado do Piauí situa-se na região Nordeste do Brasil, com uma área de 251.529,2 km², 16,2% da área nordestina e 2,95% da nacional, sendo o terceiro estado da região. Segundo o Censo de 2010, a população residente era de 3.119.015 habitantes. Entre os seus 224 municípios, a capital apresenta 814.439 habitantes, seguida pela cidade de Parnaíba (145.705), Picos (73.417), Piripiri (61.840) e Floriano (57.707)⁷.

Em termos da oferta de escolas médicas existentes no estado, três são privadas e oferecem 361 vagas anualmente, sendo uma das escolas localizada na cidade de Parnaíba e duas públicas: Universidade Estadual do Piauí (Uespi), ofertando cinquenta vagas por ano, e a UFPI, com oitenta vagas anuais no *campus* Ministro Petrônio Portela, em Teresina; oitenta, a partir de 2018, no CMRV em Parnaíba e sessenta no *campus* Helvídio Nunes de Barros, na cidade de Picos⁸.

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

O Piauí, com base no Decreto nº 7.508/2011¹, implantou os Territórios de Desenvolvimento (TD), ou seja, unidades de planejamento da ação governamental destinadas à promoção do desenvolvimento sustentável do Estado, à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida da população piauiense.

No âmbito do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde no estado do Piauí⁹, a expressão “Território de Desenvolvimento”, conceito análogo ao de “Região de Saúde”, é concebida como recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde.

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

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

O município de Parnaíba configura-se, no desenho de regionalização do estado do Piauí, como município-sede do TD ou Região de Saúde da Planície Litorânea, com abrangência de 5.920,6 km², situando-se como polo e referência na oferta de um conjunto de serviços e ações de saúde para uma população de 266.163 habitantes, formada pelos municípios: Bom Princípio do Piauí (5.506 habitantes), Buriti dos Lopes (19.796 habitantes), Cajueiro da Praia (7.286 habitantes), Caraúbas do Piauí (5.595 habitantes), Caxingó (5.270 habitantes), Cocal (27.220 habitantes), Cocal dos Alves (5.525 habitantes), Ilha Grande (8.734 habitantes), Luís Correia (27.148 habitantes), Murici dos Portelas (8.024 habitantes) e Parnaíba (146.059 habitantes).

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

O contexto do curso

O CMRV na cidade de Parnaíba foi contemplado no Plano de Expansão da UFPI em 2001, dispondo de oito blocos, divididos entre Diretoria, blocos de salas de aula, departamentos e laboratórios, funcionando nos turnos manhã, tarde e noite, ocupando uma área de 7.193 m².

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

Com base na Lei nº 13.651 de 11/04/2018¹⁰, foi criada a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPa) a partir do desmembramento da UFPI, que será integrada ao *campus* de Parnaíba, com a transferência automática dos cursos de todos os níveis e dos alunos regularmente matriculados, assim como os cargos ocupados e vagos do quadro de pessoal da UFPI alocados nesse *campus*.

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

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

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

O contexto da análise

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia

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

Inicialmente, Bourdieu¹¹, ao fazer o recorte da cultura a partir da arte literária, atribui a esta o significado estratégico de campo de poder, que define normas, regras e impõe um padrão estético que passa a orientar as produções artísticas em cada contexto histórico, assim como autores mais específicos desse campo, como Geertz¹², que redimensiona o conceito de cultura como uma ciência interpretativa à procura de significados.

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

Para Pedrosa¹³, os efeitos que surgem de intervenções dessa natureza ultrapassam mudanças na estrutura e funcionamento da organização, incidindo na cultura instituída, que molda e orienta as ações existentes. Por apresentar novas referências para as práticas desenvolvidas, a intervenção suscita conflitos entre atores e organização, suficientes para questionar ordens emitidas pela hierarquia burocrática e desestabilizando o poder regulador pela incerteza do futuro, que causa incômodo e estranhamento ao poder, regras e normas instituídas.

Nessa perspectiva, para refletir sobre a experiência aqui relatada, soma-se como referência a análise institucional, que, segundo Lourau¹⁴, consta do movimento dialético entre o instituído, o instituinte e o processo de institucionalização.

Foram analisados documentos oficiais para autorização da implantação; recomendações emanadas das visitas de avaliação da Ceaem; relatórios dos seminários, reuniões e encontros; além da memória das reuniões do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso; anotações do próprio pesquisador; e resultados de pesquisas realizadas sobre o curso¹⁵.

Na implantação de propostas inovadoras é possível identificar momentos do processo que, segundo Lourau¹⁴, contemplam aspectos da universalidade, isto é, justificativa, normas, regras e condições preestabelecidas para a implantação, que dizem respeito à totalidade dos cursos implantados no Brasil; o momento da particularidade, que se relaciona aos distintos contextos que cada instituição apresenta como as condições estruturais, funcionais e de efetividade de sua missão; e o momento ou aspectos da singularidade que emanam das estratégias e movimentos locais que produzem dispositivos para o sucesso ou fracasso da implantação do que é proposto.

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

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

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

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

Resultados

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

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise

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

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

Dessa forma, o projeto pedagógico que foi submetido à Comissão de Avaliação da Pró-Reitoria de Ensino e ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPI apresenta, em suas características universais, uma matriz curricular modular com módulos integrados sequenciais e transversais, com internato de dois anos, tendo 30% da carga horária incluindo atenção primária e urgência e emergência no SUS, observando todas as recomendações e inovações apontadas¹³. Entretanto, a particularidade do processo como exigências normativas para autorização da abertura do curso e prazos a serem cumpridos na dinâmica da organização contribuiu para que sua construção ocorresse sem a participação dos docentes e discentes que iriam vivenciar no cotidiano o processo de ensinar e aprender.

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

Mennin e Kaufman¹⁶, relatando a experiência inicial de mudanças na formação médica na Universidade de Novo México (EUA), descrevem que resistências às mudanças e inovações são maiores quando conduzidas por sujeitos com visão e vivência tradicionais, que se sentem ameaçados de perder o controle sobre o currículo e o modo de ensinar instituído.

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

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

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

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

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

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

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

A distância entre o pensado e sua viabilidade representou o singular do momento vivenciado, ou seja, a dificuldade do trabalho integrado e o planejamento compartilhado das atividades. Diante disso, realizou-se a intervenção pedagógica, ou seja, uma pedagogia institucional, que, segundo Lourau¹⁴: “É o método que consiste em ordenar, pela análise das instituições externas, a margem de liberdade na qual o grupo-classe poderá autogovernar seu funcionamento e seu trabalho, assegurar a própria regulação pela criação de instituições internas” (p. 258).

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

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

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

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

A intervenção foi realizada por meio de círculos de cultura, metodologia utilizada por Freire¹⁸ que possibilita o resgate da vivência e conhecimentos anteriores dos participantes, conduzidos por um monitor que auxiliava na reflexão sobre a fragmentação entre conteúdos disciplinares e possibilidades de interação na forma modular.

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

Em termos de universalidade, existe um forte consenso entre vários autores que os serviços de saúde devem representar os cenários de prática de ensino-aprendizagem¹⁹⁻²¹.

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

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

Nessa mesma direção, o curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC) desenvolveu estratégias de construção participativa do Coapes, incentivando a formulação de uma política municipal de integração ensino, serviço e comunidade²².

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

No curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no *campus* do Agreste, na cidade de Caruaru, uma das inovações consiste em uma proposta que envolve articulação entre ciência e arte no processo de formação, reforçando as dimensões sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais que se fazem presentes no cotidiano da prática profissional por meio da criação do Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão²².

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

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

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

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

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

No plano instituinte, o movimento ocorreu no sentido de garantir a participação do curso na construção das redes de atenção. Para tanto, o curso passou a integrar o Comitê Gestor do Hospital Regional Dirceu Arcoverde (Heda), por meio do Decreto do Governo do Estado do Piauí nº 16.964, de 30 de dezembro de 2016²³, com o propósito de instituir a cogestão hospitalar em consonância com a Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Educação Permanente para o SUS e outras políticas formuladas no contexto do SUS, além de articular, pactuar, acompanhar e deliberar a implementação das ações propostas no Coapes, para atuação do Heda como campo de prática na integração ensino e serviço.

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

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

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

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

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

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

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

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

Outros cursos, como o da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), também vencedores do Prêmio InovaSUS 2015, apostaram na formação de equipes preceptoras como estratégia facilitadora da integração ensino e serviço²².

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

O objetivo desse repasse, de caráter emergencial e temporário, visa apoiar a implantação/manutenção de programas de internato durante o período de fortalecimento das relações entre as Universidades Federais, profissionais e serviços de saúde locais para a implementação de modelos sustentáveis de contratualização da sessão de espaços de prática para cursos de medicina e de saúde em geral²⁴.

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

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

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

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

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

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

Considerações finais

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

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

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

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

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

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

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

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

Direitos autorais

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

Referências

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



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



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

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

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

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

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

Submetido em 19/02/18.

Aprovado em 08/10/18.