

**NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO  
SILVANA LIMA VIEIRA  
ORGANIZADORAS**

**AVANÇOS  
E DESAFIOS  
DAS AÇÕES  
EDUCACIONAIS  
NO PROJETO  
MAIS MÉDICOS  
PARA O BRASIL**



## COLETÂNEA - AÇÕES EDUCACIONAIS NO PMMB

### Avanços e Desafios

Este eBook reúne reflexões e análises sobre o Programa Mais Médicos (PMMB), uma política pública que integra trabalho e educação na saúde, enfatizando a formação contínua de profissionais no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A coletânea é resultado de uma pesquisa colaborativa entre instituições de saúde e educação, que validou o modelo de formação dos médicos do PMMB e identificou as necessidades educacionais para uma prática médica alinhada às demandas territoriais. Com a recente retomada do programa, essa obra se torna ainda mais relevante, abordando a expansão do atendimento em municípios brasileiros e a formação de profissionais capacitados para atuar em contextos diversos, incluindo populações em situação de vulnerabilidade.

Os capítulos oferecem uma rica discussão sobre os desafios contemporâneos da educação em saúde, estratégias de formação, e o papel de instituições formadoras, como a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Com contribuições valiosas para gestores, docentes, e estudantes, esta coletânea é um convite ao debate crítico sobre a formação médica e a evolução das políticas de saúde.

A dotted blue outline map of Brazil is positioned on the left side of the page, partially overlapping the text. The map shows the geographical shape of the country with a dotted border.

# **AVANÇOS E DESAFIOS DAS AÇÕES EDUCACIONAIS NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

*Paulo Cesar Miguez de Oliveira*

Vice-reitor

*Penildon Silva Filho*



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

*Susane Santos Barros*

Conselho Editorial

Titulares

*Angelo Szaniecki Perret Serpa*

*Caiuby Alves da Costa*

*Cleise Furtado Mendes*

*Evelina de Carvalho Sá Hoisel*

*George Mascarenhas de Oliveira*

*Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté*

*Mônica Neves Aguiar da Silva*

Suplentes

*José Amarante Santos Sobrinho*

*Lorene Pinto*

*Lúcia Matos*

*Lynn Alves*

*Paola Berenstein Jacques*

*Rafael Moreira Siqueira*

Níliã Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira  
Organizadoras

**AVANÇOS  
E DESAFIOS  
DAS AÇÕES  
EDUCACIONAIS  
NO PROJETO  
MAIS MÉDICOS  
PARA O BRASIL**

Salvador  
2025

2025, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial

*Cristovão Mascarenhas*

Capa e projeto gráfico

*Rafa Moo*

Coordenação gráfica

*Edson Nascimento Sales*

Revisão

*Juan Gabriel Almeida Alves*

Coordenação de produção

*Gabriela Nascimento*

Normalização

*Marcelly Moreira Santos*

#### Ficha catalográfica

---

Avanços e desafios das ações educacionais no Projeto Mais Médicos para o Brasil [recurso eletrônico] / Níllia Maria de Brito Lima Prado, Silvana Lima Vieira, organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2025.  
403 p. ; PDF

Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/43551>

ISBN: 978-65-5630-854-8

1. Programa Mais Médicos. 2. Saúde pública – Brasil. 3. Política de saúde – Brasil. 4. Sistema Único de Saúde. I. Prado, Níllia Maria de Brito Lima. II. Vieira, Silvana Lima.

CDD 362.10981

---

Elaborada por Sandra Batista de Jesus | CRB-5: BA-001914/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n

Campus de Ondina, 40170-115 – Salvador, Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164 | [edufba@ufba.br](mailto:edufba@ufba.br) | [edufba.ufba.br](http://edufba.ufba.br)

# SUMÁRIO

## 9 PREFÁCIO

Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Felipe Proença de Oliveira

## 11 APRESENTAÇÃO

Níliá Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira

## PARTE 1

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS E ORGANIZACIONAIS DE AÇÕES EDUCACIONAIS NOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## 19 CAPÍTULO 1

Contextualização dos programas de provimento e formação médica no Brasil entre 2013 e 2023: avanços e desafios persistentes

Fernanda Beatriz Melo Maciel  
Níliá Maria de Brito Lima Prado  
Hebert Luan Pererira Campos dos Santos  
Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima

## 51 CAPÍTULO 2

A educação permanente em saúde na formação profissional dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e proposições

Gabriela Garcia de Carvalho Laguna  
Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Laerge Thadeu Cerqueira da Silva  
Karolaine da Costa Evangelista  
Silvana Lima Vieira  
Níliá Maria de Brito Lima Prado

## 77 CAPÍTULO 3

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde e a rede de formação: avanços e desafios para qualificar os médicos dos programas de provimento no Brasil

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento  
Ana Edith Marques Leitão Gouveia  
Maria Fabiana Damásio Passos  
Alysson Feliciano Lemos

## **101** CAPÍTULO 4

Ofertas formativas do Projeto Mais Médicos para o Brasil: contribuição do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) na qualificação dos profissionais da APS

Carla Pacheco Teixeira  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Deivisson Vianna Dantas dos Santos

## **121** CAPÍTULO 5

Contribuições da Organização Panamericana em Saúde (Opas) para o fortalecimento de uma agenda de pesquisa direcionada à formação profissional e ao provimento médico no Brasil

Mônica Diniz Duraes  
Karolaine da Costa Evangelista  
Maria Sílvia Fruet de Freitas  
Gabriela Garcia de Carvalho Laguna  
Níli Maria de Brito Lima Prado

## **155** CAPÍTULO 6

A supervisão acadêmica e o apoio pedagógico aos médicos: reflexões necessárias na retomada do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Vigna Maria de Araújo  
Níli Maria de Brito Lima Prado  
Elvira Caires de Lima

## **PARTE 2**

### **SÍNTESE DE PESQUISAS RELACIONADAS ÀS AÇÕES FORMATIVAS E AO PERFIL DOS MÉDICOS PARTICIPES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**

## **185** CAPÍTULO 7

Modelo lógico de funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino  
Elvira Caires de Lima  
Silvana Lima Vieira  
Níli Maria de Brito Lima Prado

## **207** CAPÍTULO 8

Modelo de formação e matriz avaliativa das ações educacionais na retomada do Projeto Mais Médicos para o Brasil: aspectos metodológicos

Níli Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino

## **233** CAPÍTULO 9

### **Validação por consenso do modelo de formação no Projeto Mais Médicos para o Brasil**

Níli Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira  
Rhaine Borges Santos Pedreira  
Elzo Pereira Pinto Junior  
Elvira Caires de Lima  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino

## **249** CAPÍTULO 10

### **Competências essenciais na formação médica no Projeto Mais Médicos para o Brasil**

Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima  
Níli Maria de Brito Lima Prado  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino  
Camila de Jesus França  
Paôlla Layanna Fernandes Rodrigues  
Estevão Toffoli  
Isabela Cardoso de Matos Pinto

## **271** CAPÍTULO 11

### **Programas de provimento e estratégias de formação de médicos(as) para enfrentar a escassez de profissionais em áreas rurais, remotas ou desassistidas: uma revisão de escopo**

Elzo Pereira Pinto Junior  
Marina Luna Pamponet  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Níli Maria de Brito Lima Prado  
Rosana Aquino

## **295** CAPÍTULO 12

### **Projeto Mais Médicos para o Brasil: perfil dos profissionais e características dos estabelecimentos de saúde**

Elzo Pereira Pinto Junior  
Rhaine Borges Santos Pedreira  
Marina Luna Pamponet  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Níli Maria de Brito Lima Prado  
Rosana Aquino

### **313** CAPÍTULO 13

#### **A qualificação médica a partir da análise dos cursos de curta duração (2013-2022)**

Elvira Caires de Lima  
Silvana Lima Vieira  
Paôlla Layanna Fernandes Rodrigues  
Camila de Jesus França  
Rhaine Borges Santos Pedreira  
Elzo Pereira Pinto Junior

### **345** CAPÍTULO 14

#### **Sistematização dos desafios para a formação profissional nos programas de provimento médico no Brasil entre 2013 e 2023**

Hebert Luan Pererira Campos dos Santos  
Elvira Caires de Lima  
Fernanda Beatriz Melo Maciel  
Andherson Stéphanon Barberino Damasceno  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Silvana Lima Vieira  
Níliá Maria de Brito Lima Prado

### **375** CAPÍTULO 15

#### **Reflexões finais: avanços, desafios e recomendações**

Níliá Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira

### **391** SOBRE OS AUTORES

# PREFÁCIO

Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Felipe Proença de Oliveira

**O Programa Mais Médicos (PMMB)** é uma política pública que expressa fortemente a indissociabilidade entre trabalho e educação na saúde, onde a formação dos profissionais acontece de forma sincrônica com o processo de trabalho e realização das práticas no contexto da Atenção Primária. Nesse sentido, esse livro, fruto de um trabalho coletivo, nos brinda com um conjunto de reflexões sobre o modelo de formação adotado pelo Programa, suas bases legais, e as ações educacionais oferecidas ao longo da sua trajetória. Trata-se, portanto, de um importante investimento para o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde e a busca de alinhamento com uma política pública imprescindível para o fortalecimento do SUS.

O ponto de partida dessa produção foi a realização da pesquisa intitulada “Identificação e Validação do Modelo de Formação dos Médicos do Projeto Mais Médicos”, fruto da cooperação técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva-UFBA e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), cujo objetivo foi validar o modelo de formação previsto para os médicos ingressantes no PMMB e identificar o perfil dos participantes para orientar a proposição de trilhas formativas articuladas com as necessidades educacionais compatíveis com a política de atenção primária adotada pelo MS.

Importante ressaltar a mudança governamental que ocorreu em janeiro de 2023, com a retomada da democracia no Brasil e o resgate de políticas e programas estratégicos que haviam sido interrompidos ou fragilizados e foram reerguidos, a exemplo do Programa Mais Médicos. Atualmente está presente em 4.549 municípios (81,7%) com um total de 26.414 médicos atuando nesses territórios, o que reflete a expansão da APS no Brasil e a capacidade de articulação entre a formação e o provimento médico.

A diversidade em relação as demandas territoriais exigem que os programas de formação sejam constantemente desafiados, garantindo a incorporação de conteúdos teóricos e metodológicos capazes de estimular a aprendizagem e a construção de trilhas formativas para responder as necessidades da prática cotidiana alinhada com propostas que garantam a equidade. Nesse sentido, vale destacar a ampliação do atendimento a populações específicas, como pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, comunidades ribeirinhas, remanescentes de quilombos e residentes em áreas rurais ou remotas, além de centros urbanos em situação de vulnerabilidade social.

Assim, a formação médica para o SUS constitui um tema prioritário no âmbito do novo PMMB. E, portanto, cabe o acompanhamento atento do modelo de formação para que o profissional seja estimulado pela ação educativa e contemplado segundo as necessidades de cada território.

Essa produção aponta em todo o seu conteúdo o esforço dos autores que se desafiaram a refletir sobre temas complexos que permeiam o enlace Formação e Perfil necessário a APS no SUS. Os capítulos que compõem a obra integram argumentos e reflexões oferecendo aos leitores um conjunto de abordagens conceituais, teóricas, metodológicas e analíticas que inspiram o debate sobre a gestão da educação.

A organização da obra foi muito feliz ao fazer uma contextualização histórica, resgate importante e necessário, destacando os desafios contemporâneos da educação no PMMB e evidências sobre as estratégias de formação, seus resultados e limitações. Na segunda parte do livro oferece-nos a reflexão sobre a atuação de instituições formadoras como Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e o papel dos programas de pós-graduação profissionalizantes e o uso de referenciais teóricos e metodológicos para a construção de ofertas educacionais mais eficazes.

Parabenizamos os organizadores pela iniciativa desta publicação e pela qualidade da contribuição disponibilizada para o conjunto de gestores, docentes, pesquisadores, estudantes, usuários, trabalhadores do SUS e instituições formadoras, que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre os temas abordados nos capítulos que compõem o livro.

Esperamos que esta obra fomente o debate e estimule novas questões de estudos capazes de subsidiar a reflexão sobre a formação médica, mais crítica e contextualizada, contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento da Política de Educação Permanente em Saúde e das políticas públicas que impulsionam o SUS e cuidam da população brasileira.

# APRESENTAÇÃO

O e-book intitulado *Avanços e desafios das ações educacionais no Projeto Mais Médicos para o Brasil* é uma obra coletiva que se configura como um importante marco na análise crítica e abrangente da formação médica no contexto do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), um programa essencial para a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A presente obra emerge da necessidade premente de aprofundar a compreensão sobre os processos formativos e os desafios enfrentados pelos médicos inseridos nesse programa. Em particular, reflete sobre as questões suscitadas pelo projeto “Identificação e validação do modelo de formação dos médicos do Projeto Mais Médicos”, desenvolvido mediante uma cooperação técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, com a colaboração da Representação do Brasil da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ressalte-se que o desenvolvimento desta pesquisa ocorreu de modo simultâneo à própria implantação da reformulação do PMMB, entre setembro de 2024 a novembro de 2025. O objetivo geral foi identificar e validar o modelo de formação previsto para os médicos ingressantes no PMMB no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS no Brasil. Assim como identificar o perfil dos partícipes e as tipologias formativas, com foco central na análise crítica das bases legais e das ofertas de ações educacionais disponíveis entre 2013 e 2022 e após 2023, com a retomada do programa, para qualificar os profissionais médicos atuantes no PMMB.

Este compêndio insere-se em um contexto de valorização da pesquisa aplicada à formulação de políticas públicas, dirigido a gestores do SUS, instituições formadoras, médicos participantes do PMMB e demais interessados na área da formação médica no Brasil. Almeja, assim, desvelar os desafios inerentes ao processo de formação contínua e a articulação entre ensino, serviço e gestão, reforçando a educação permanente em saúde como um princípio pedagógico imprescindível,

capaz de fomentar a reflexão crítica, a autonomia profissional e a integração dos saberes no âmbito do SUS.

Outro aspecto relevante abordado no *e-book* é a necessidade de planejar ofertas formativas que atendam às peculiaridades dos territórios, caracterizados por uma diversidade cultural e social que impõe desafios únicos e contempla a necessidade de formação de supervisores e facilitadores, os quais devem ser aptos a compreender e respeitar essas especificidades.

A retomada do programa, a partir de 2023, trouxe a ampliação dos territórios de APS contemplados nos editais de seleção dos médicos, incluindo a perspectiva de atendimento a populações específicas, como pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, comunidades ribeirinhas, remanescentes de quilombos e residentes em áreas rurais ou remotas, além de centros urbanos em situação de vulnerabilidade social. Essa diversidade demanda que os programas de formação sejam flexíveis e adaptáveis, garantindo maior equidade nas ofertas de serviços.

O modelo educacional e as políticas públicas têm papel importante na estruturação de recursos humanos capacitados, motivados e apoiados, que trabalhem de forma alinhada com propostas de desenvolvimento equitativo em saúde. O Brasil tem avançado muito na atenção à saúde, mas ainda tem grandes desafios, tais como a necessidade de atualizar o currículo dos cursos de formação profissional, com ênfase para atenção integral, promoção da saúde, prevenção, direitos humanos e diversidade cultural.

Pode-se adicionar os diversos desafios para a formação de médicos para atuarem na APS, incluindo a necessidade de uma mudança no modelo de ensino, a valorização da especialidade, a garantia de condições de trabalho adequadas e a fixação de profissionais em áreas remotas. Além disso, é preciso lidar com a crescente demanda por serviços de saúde, a complexidade dos casos atendidos e a integração da APS com outros níveis de atenção. Tais aspectos revelam lacunas entre a teoria e a prática de atuação na APS.

À luz dos aspectos mencionados, o livro estrutura-se em duas partes, que abordam, respectivamente, a contextualização histórica e os desafios contemporâneos da educação permanente no PMMB.

A primeira parte inicia-se com uma análise detalhada dos programas de provimento e formação médica no Brasil, destacando alguns antecedentes dos programas de provimento profissional de médicos,

especialmente em regiões prioritárias para o SUS. Os capítulos subsequentes exploram os desafios enfrentados na educação permanente em saúde e as propostas para aprimorar a formação profissional dos médicos participantes do PMMB. A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é apresentada como uma estratégia inovadora para a qualificação dos profissionais, enquanto a experiência do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) é discutida em relação às ações formativas que fortalecem a APS no SUS, e as atividades do programa.

A segunda parte da obra buscou priorizar resultados de estudos específicos que buscaram identificar, mediante a elaboração de sínteses da literaturas científica e técnica, referenciais teóricos que sustentam as concepções e metodologias de organização das ofertas educacionais; elencar preditores educacionais e individuais para fixação de médicos em regiões de difícil acesso ou de grande vulnerabilidade social em alguns países do mundo; e discutir estratégias de formação médica inseridas no PMMB, assim como os desafios para a oferta de educação permanente e a integração de ensino e serviço no PMMB.

Complementarmente, realizaram-se revisões documentais, para descrição da lógica operacional do funcionamento do PMMB, presente no arcabouço técnico-normativo, o que permitiu explicitar dimensões, sub-dimensões, componentes, respectivos objetivos e resultados esperados. Além disso, trouxe o modelo lógico de formação e competências essenciais, para propiciar o direcionamento de ofertas educacionais e a correlação destas com as necessidades em saúde das populações, considerando diferentes modalidades de equipes em distintos territórios da APS no âmbito do SUS.

Apresentam-se os avanços e desafios na formação dos médicos do PMMB, considerando aspectos cruciais, como a análise crítica das ofertas educacionais, na modalidade à distância, bem como a importância da supervisão acadêmica e do apoio pedagógico, alinhadas ao modelo de APS, como estratégias para aprimorar a qualidade da formação médica.

Para mais, é demonstrada uma síntese dos aspectos metodológicos e principais resultados derivados da pesquisa, cuja produção principal é um modelo formativo coerente com uma APS de base territorial e orientação comunitária, e com abordagens pedagógicas da educação permanente em saúde, de modo a prover os fundamentos para a construção de um sistema de monitoramento e avaliação das ações

educacionais pautadas na integração ensino-serviço e oferecidas aos profissionais participantes do PMMB.

O livro também dedica atenção aos municípios e estabelecimentos de saúde, fornecendo dados essenciais para compreender o contexto em que o PMMB opera nacionalmente. Finalmente, a análise dos cursos de curta duração e a metodologia de classificação de eixos principais e secundários são discutidas como ferramentas para avaliar e melhorar as ofertas educacionais do programa.

Cada capítulo foi elaborado por especialistas e profissionais que atuam diretamente na formação e no acompanhamento dos médicos do programa, oferecendo uma visão multifacetada e aprofundada sobre o tema. Ao longo das páginas, são apresentados aspectos históricos e conjunturais sobre os programas de provimento, bem como a problematização do eixo de formação, além de questões nevrálgicas, como a integração entre ensino e serviço, a supervisão acadêmica, as necessidades de adequações das ofertas formativas e a análise contínua do perfil dos médicos atuantes no programa.

Acreditamos que este livro será uma ferramenta valiosa para gestores, educadores, pesquisadores e profissionais da saúde, contribuindo para o debate e a construção de soluções que promovam uma educação permanente efetiva e transformadora no contexto do PMMB. Dessa forma, em certa medida, os produtos deste projeto visam preencher o *gap* existente na compreensão dos arranjos formativos para a consolidação do programa. A partir do entendimento da teoria do programa, de como ele é coordenado e da articulação dos atores no seu processo de implementação, é possível analisar o arranjo institucional do PMMB, inclusive em contextos específicos. Explicitar os componentes formativos pode contribuir para ratificar ou repensar as estratégias adotadas, com vistas a aprimorar as ofertas educacionais direcionadas aos médicos participante do PMMB, qualificando os processos de trabalho e a atenção à saúde na APS de base territorial e de orientação comunitária.

Retomamos, para isso, as reflexões de Jairnilson Silva Paim, que destaca: “[...] o maior desafio do SUS é político. É político o desafio de torná-lo único. É político o desafio de fazê-lo efetivamente público, democrático, integral e igualitário” (Paim, 2011)<sup>1</sup>. Essa citação reflete a complexidade e os desafios enfrentados na implementação de políticas

---

<sup>1</sup> PAIM, Jairnilson. "O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político". *IHU On-Line*, São Leopoldo, n. 376, 2011. Disponível em: <https://www.ihuonline.unisinos.br/edicao/376>. Acesso em: 24 maio 2025.

de saúde que assegurem a equidade e a qualidade no atendimento. Assim, enfatiza a importância de uma formação médica alinhada aos princípios do SUS, capaz de preparar profissionais comprometidos com a promoção da saúde e a equidade no atendimento à população brasileira.

Convidamos o(a) leitor(a) a embarcar nesta reflexão e a se engajar na busca por práticas educativas que efetivamente atendam às necessidades da população, fortalecendo o SUS como um sistema de saúde universal, integral, equitativo, resolutivo e de qualidade.

Níliá Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira  
Organizadoras



PARTE 1

**ANTECEDENTES  
HISTÓRICOS E  
ORGANIZACIONAIS  
DE AÇÕES  
EDUCACIONAIS  
NOS PROGRAMAS  
DE PROVIMENTO  
NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE**



# CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO E FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL ENTRE 2013 E 2023

## Avanços e desafios persistentes

Fernanda Beatriz Melo Maciel  
Níliá Maria de Brito Lima Prado  
Hebert Luan Pererira Campos dos Santos  
Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima

### Apresentação

Os programas de provimento médico constituem estratégias governamentais para captar, distribuir e fixar profissionais médicos em áreas com alta vulnerabilidade social e/ou baixa densidade assistencial. Em consonância com recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelecem-se como estratégias governamentais com desígnio de captar, formar/qualificar, distribuir e fixar profissionais médicos em áreas de “vazio sanitário”, caracterizadas pela alta vulnerabilidade social e baixa densidade assistencial (Carvalho; Marques; Silva, 2016).

No Brasil, esses programas começaram a ser dispostos com intuito de minimizar os “vazios sanitários”, caracterizados pela escassez profissional, alta rotatividade e dificuldade de manutenção da força de trabalho em áreas de acentuado risco epidemiológico e de difícil acesso geográfico. Desde a década de 1970, foram propostas diversas iniciativas voltadas à adequação da formação médica às necessidades de saúde da população, com intuito de minimizar os “vazios sanitários”. Embora os graus de sucesso obtidos tenham sido variados, é possível incorrer que ocorreu ampliação na oferta de serviços médicos no

âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), ainda que não tenha se dado homoganeamente pelo país.

O desafio de atrair profissionais médicos para o trabalho na APS no Brasil tem sido enfrentado ao longo dos anos por meio de várias políticas que tiveram como objetivos comuns promover mudanças na formação, diminuir a escassez desses profissionais em áreas de difícil provimento e melhoria da distribuição geográfica destes nas regiões do Brasil. Diante desse desafio persistente, este capítulo apresenta uma breve sistematização das iniciativas para interiorização de médicos no Brasil, uma área na qual as políticas públicas foram experimentadas ao longo das últimas décadas.

Nesse contexto, busca-se identificar a concepção de formação dos médicos incluída em documentos normativos e técnicos, disponíveis na aba “Legislação” no *site* oficial do programa<sup>1</sup>, assim como foram verificadas publicações realizadas pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação (MEC), Diário Oficial da União e outros órgãos correlatos à gestão do programa, utilizando os termos “provimento médico”, “Programa Mais Médicos”, “Projeto Mais Médicos para o Brasil” e “iniciativas governamentais para provisão médica”.

### **Sistematização temporal: iniciativas para a formação profissional no Brasil antes de 2013**

Entre as experiências que precederam o Programa Mais Médicos (PMM), o Projeto Rondon, criado em 1968, com uma concepção de integração nacional, perdurou durante o regime militar, enfraquecendo-se a partir de 1984, até sua extinção em 1989. Esse projeto voltou-se para a extensão universitária, contemplando o conhecimento da realidade brasileira, a integração nacional, o desenvolvimento e a interiorização.

A segunda experiência foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976 para estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Esse programa expandiu a rede ambulatorial e o trabalho de pessoal auxiliar, não a fixação de médicos, e teve dificuldades para prestar serviços de qualidade na atenção à saúde. Instituído pelo Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979, o qual dispõe sobre a intensificação e a expansão

---

<sup>1</sup> Ver em: <http://maismedicos.gov.br/>.

de serviços básicos de saúde e saneamento, para o período 1980-1985, tinha finalidade de implantar e operar rede de unidades sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes, com ênfase na Região Nordeste e expansão para as Regiões Norte e Centro-Oeste, o estado do Espírito Santo e, no estado de Minas Gerais, as macrorregiões do Polígono das Secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce. Contudo, o cenário de redemocratização e aprovação da Constituição Federal de 1988 intensificou o debate parlamentar sobre o setor e atuou para o encerramento do PIASS.

Em 1981, o projeto Uma Nova Iniciativa, uma ação de inserção dos alunos na dinâmica de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), surge como iniciativa do MEC. Embora tenha se mostrado um avanço, a política ficou muito limitada aos serviços de saúde, com pouca repercussão nas mudanças curriculares. Quase uma década após, no início dos anos de 1990, financiado pela Fundação Kellogg, foi pensado para superar algumas contradições dos projetos de Integração Docente Assistencial (IDA). Trouxe a lógica da multiprofissionalidade como orientação da formação e buscou superar a dicotomia entre os serviços de saúde e a academia, presente nos projetos de IDA, valorizando os serviços de saúde para a execução dos componentes curriculares. No mesmo período, a Associação Brasileira de Ensino Médico, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e a Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior articularam-se com outras instituições e criaram a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). A criação dessa comissão teve uma atuação relevante para discussão da formação em Medicina, observando os avanços alcançados pela implantação dos projetos da década anterior.

Antecedendo o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), em 1993, defendeu a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização desse atendimento concebido enquanto direito universal, estruturando-se em 4 subprogramas: Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); interiorização do médico; interiorização do enfermeiro; e Agente Comunitário de Saúde. O objetivo do primeiro subprograma consistia no provimento de uma unidade de saúde para cada município receptor do programa. O segundo subprograma calcava-se na fixação de um médico para o

município contemplado, com residência lá formalmente estabelecida. Ainda, como já reconhecido pelo Ministério da Saúde, para lidar com a dificuldade na fixação de médicos em comunidades desassistidas, propunha-se o pagamento por produtividade (número de consultas), pelo dobro da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) à época. Já o terceiro e o quarto subprogramas visavam à garantia da presença de enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde juntamente com os médicos, com propostas de, no mínimo, dez salários mínimos por produtividade aos enfermeiros, e de, no mínimo, um salário por ações dos agentes (Maciel Filho, 2008). Aos municípios resguardava-se a responsabilidade de provimento de moradia aos médicos e enfermeiros, além do pessoal necessário para a manutenção da unidade de saúde e do transporte de pacientes. Aos estados, o monitoramento das ações municipais e os materiais de consumo, como medicamentos, vacinas e equipamentos médico-hospitalares.

O Pitus resistiu por 11 meses, não sobrevivendo à sucessão de 1994. Foi implantado no final do governo Itamar Franco e extinto no governo Fernando Henrique. Assim, os quatro programas são fortemente marcados pelos contextos políticos, sejam eles determinados pela vigência do autoritarismo, pela redemocratização ou por processos sucessórios e de eleições presidenciais no período democrático recente.

Outro importante movimento de avaliação e proposição de mudanças na formação foi o projeto Cinaem, composto por diversas entidades. Em 2001, o Pits, concebido para atender as populações de municípios desprovidos ou com precariedade de serviço, teve 4.666 médicos inscritos para as seleções de 2001, 2002 e 2003, mas os que chegaram a ser lotados nos municípios foram 469 médicos, sendo os demais desistentes. “O Pits propunha-se a estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional” (Machado, 1999, p. 76). Além disso, previa uma bolsa mensal de R\$4.000,00 a 4.500,00 para os médicos e de R\$2.800,00 a 3.150,00 para os enfermeiros, concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em convênio com o Ministério da Saúde, de acordo com critérios de distância e acesso à capital. Pretendia oferecer também curso preparatório, tutoria e supervisão, curso de especialização em Saúde da Família, condições para o desempenho da atividade – instalações, equipamentos e insumos –, seguro obrigatório de vida e acidentes, além de moradia, alimentação e transporte fornecidos pelo município.

Nessa linha, em 2002, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2001, em parceria com o MEC e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e participação da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da Rede Unida, alcançou 19 escolas médicas. Política importante de discussão da formação de medicina em coerência com os princípios do SUS, estimulou a reforma curricular e a oferta de atividades de formação em hospitais universitários e serviços da atenção básica à saúde.

Entre 2003 e 2004, o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) teve como objetivo fortalecer o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem, sendo uma relevante política para fortalecer a integralidade da atenção como eixo orientador da formação dos profissionais de saúde.

No ano de 2004, o Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões da Saúde foi o resultado de uma grande articulação entre o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Rede Unida e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Teve como proposta formar sujeitos para a condução de mudanças na formação orientadas pela perspectiva do currículo integrado, do construtivismo, da adoção de metodologias ativas e do ensino a distância. Nesse mesmo ano, o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS) constituiu-se como importante espaço de debate da formação dos profissionais de saúde, com importante ampliação dos sujeitos/atores e das instituições, mobilizados com as reformas no ensino da saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) veio reforçar o compromisso da reorientação das profissões da saúde como política de Estado e assume papel transversal na articulação de diferentes estratégias de mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Entre os anos de 2005 e 2006, o I Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) foi inspirado na experiência do Promed, mas inserido num contexto de maior complexidade de formação dos profissionais para o SUS e com maior articulação entre as universidades e os serviços de saúde. A política se configurou como importante indutor de mudanças, a partir do maior protagonismo das Instituições de Ensino Superior (IES), orientado por importantes eixos: orientação teórica a partir dos determinantes sociais de saúde;

fortalecimento dos serviços de saúde enquanto cenários de prática, efetivando a integração ensino-serviço-comunidade; e reorientação curricular para a adoção de metodologias ativas e de formação crítica e reflexiva. Essa primeira versão voltou-se para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Em 2007, o Pró-Saúde teve foco na aproximação ensino-serviço e na abordagem integral do processo saúde-doença desde a atenção básica, e apostou em um modelo de formação que considera fortemente os aspectos socioeconômicos e culturais da população para a produção do cuidado. Um ano depois, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), por meio de vivências e estágios na rede de serviços que qualificam a iniciação ao trabalho, fortaleceu a parceria interministerial entre saúde e educação e colocou centralidade nas necessidades dos serviços, que passaram a ser objeto de investigação e de produção do conhecimento, indissociando ensino, pesquisa e extensão.

Em 2009, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) – programa interinstitucional entre o MEC e o Ministério da Saúde – se voltou à expansão dos programas de residência em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. E em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi criado pelo Ministério da Saúde para prover médicos em áreas de difícil acesso ou com populações vulneráveis. O programa desenvolveu estratégias de formação por meio de educação a distância, como a especialização em Saúde da Família e o Telessaúde, atividades de supervisão presencial e à distância, além de pontuação adicional de 10% nos concursos para o ingresso em programas de residência médica. Em sua formulação, o Provab veio ao encontro de experiências internacionais que buscam construir estratégias para responder à necessidade de uma formação médica comprometida com a interiorização e o estímulo à fixação de médicos em áreas rurais, propondo-se a responder a demandas sociais.

O Provab foi instituído pelo Ministério da Saúde em setembro de 2011 pela Portaria Interministerial nº 2.087 e estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por meio da Resolução nº 03/2011. O objetivo geral do programa era disponibilizar profissionais de saúde para as localidades do país de maior vulnerabilidade, como áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas, fator importante para a universalização do acesso aos serviços de saúde.

A estratégia, no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde, visava investir em um conjunto de medidas com a premissa de qualificar e valorizar o trabalho realizado pelas equipes de atenção básica. O Provac previa a atuação de profissionais de saúde durante 12 meses em diversos postos de atuação pelo país, supervisionados por uma instituição supervisora, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica provido pela Rede da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Semanalmente, o profissional tinha 32 horas de atividades práticas nas unidades de saúde e 8 horas no curso de especialização. O curso de especialização era ministrado pelas instituições que compõem a Rede UNA-SUS, que oferece o curso de especialização desde 2012 e que apoiava a promoção da formação e da qualificação à distância gratuitamente.

Desde a sua criação, o Provac previu incentivos educacionais presenciais e à distância, tais como a supervisão feita por um profissional vinculado a uma instituição de ensino e um curso de especialização em Saúde da Família promovido pela UNA-SUS. Essa era uma aposta para reverter o isolamento profissional e fortalecer uma especialidade que reforça o papel do médico na atenção básica.

O Provac nasce em uma janela de oportunidade, em um momento político vivenciado pelo país nos anos 2010. Nesse período, a APS passa a ser destino de maior investimento tanto do ponto de vista financeiro como de políticas de qualificação de recursos humanos e melhoria de infraestrutura. Por ter consistido em prioridade de governo, ampliam-se as condições para o seu desenvolvimento. Assim, desafios como ampliação do acesso, déficit de profissionais especialmente preparados, com motivação e formação específicas para atuar na APS, foram enfrentados por meio de várias políticas de qualificação da APS. Isso não aconteceu por acaso; resultou de um movimento técnico-político de integrantes do MEC e do Ministério da Saúde à época.

A reorientação da formação médica deveria ser alicerçada no fortalecimento da interação ensino-serviço-comunidade, com ênfase na APS. Ademais, entendiam que na Estratégia Saúde da Família (ESF) encontram-se os cenários de prática preferencial, prioritária e ideal para a formação de um médico voltado, sobretudo, para as necessidades de saúde da população.

**FIGURA 1** Síntese das iniciativas para a formação profissional no Brasil antes de 2013



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

O Provab foi apontado por De Santana e demais autores (2022) como um programa com potencial latente para fomentar discussões sobre a formação médica com integração ensino-serviço-comunidade na atenção básica; impulsionar a implantação de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em vários municípios; e estimular mudanças nas práticas de saúde, capazes de induzir a construção e a consolidação de um modelo de atenção pautado na ampliação da clínica; no compartilhamento de saberes; no cuidado à

pessoa; na organização das redes de saúde centradas no usuário e em profissionais qualificados e implicados com a sustentabilidade do SUS brasileiro. Outro diferencial foi a supervisão pedagógica, que atuou num amplo escopo de ações, desde o estímulo e a implantação de ações de educação permanente com ênfase no apoio matricial, facilitando os processos de aprendizagem no território da equipe, até o processo de avaliação para fins de pontuação das provas de residência. Mais além, teve a função de um importante apoiador compartilhando saberes e práticas, de forma a fomentar mudanças nos processos de trabalho em consonância com o estímulo à autonomia e a busca pelo comprometimento com a vida nos jovens médicos supervisionados.

### O PMM

Em 2014, quando o PMM (Lei nº 12.871/2013) já havia sido criado, o Ministério da Saúde inovou ao permitir uma migração cruzada dos participantes entre os programas, desde que permanecessem no mesmo município. Essa medida visava não prejudicar os sistemas locais de saúde nos quais os profissionais já estivessem atuando. Outra mudança foi que se instituiu uma transferência de mão única, do Provac para o PMM, criando-se o que veio a se chamar de “precedência”, que é a preferência para ocupação de uma dada vaga pelo médico concluinte do Provac que opte por continuar trabalhando no município, de modo que a vaga deixa de ser ofertada em edital para recrutar novos interessados. Assim, caso tenha concluído o Provac com conceito satisfatório e a solicitação fosse validada pelo gestor municipal, o médico era transferido automaticamente ao PMM.

Em um contexto de continuidade de falta de médicos, principalmente para o interior, as periferias e as regiões de vulnerabilidade social, o PMM foi instituído por intermédio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS. O programa apresentou uma série de medidas que visavam à qualificação em serviço da formação médica para o SUS, em especial para a atenção básica, mediante o fortalecimento da política de educação permanente; à promoção da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros; e ao estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS e iniciativas de ampliação de vagas de residência médica.

Nessa edição, o escopo das atividades pedagógicas previstas se estruturou em dois ciclos formativos: curso de especialização em Saúde da Família, ofertado por uma instituição de ensino superior integrante do Sistema UNA-SUS; enquanto o segundo previa um conjunto de atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão que objetivam aprofundar o conhecimento em temas relevantes para atuação na atenção básica. Esses ciclos foram antecedidos por momentos de acolhimento de médicos estrangeiros, uma oportunidade de conhecer mais sobre a realidade local da rede pública de saúde, bem como discutir aspectos e características epidemiológicas e da situação de saúde da população, além de estratégias político-institucionais de organização das redes de atenção à saúde. A partir do acolhimento inicial dos médicos participantes do programa e de sua inserção nas diferentes regiões de saúde, eram desenvolvidas oficinas locais regionais presenciais para apoio técnico e pedagógico.

Propunha-se, dessa forma, estruturar uma carreira médica federal para locais com baixa fixação profissional e alta vulnerabilidade social, de acordo com critérios classificatórios que escalonam os municípios brasileiros por grau de prioridade realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com base nesses critérios, originaram-se variáveis numéricas que classificam os municípios em “rural remoto”, “intermediário remoto”, “rural adjacente”, “intermediário adjacente” e “urbano”, sendo a categoria “rural remota” a mais prioritária e a categoria “urbano” considerada menos prioritária. Associado a isso também foram consideradas localidades prioritárias Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), comunidades remanescentes de quilombos, ribeirinhas e locais atendidos pelas unidades (Brasil, 2019).

Nesse período, a maioria dos profissionais ainda apresentava relatos de despreparo e desmotivação – por questões culturais e mudança de valores – para enfrentar a fixação em localidades do interior e os desafios da tecnologia leve que caracterizam a atuação na atenção básica. Tal situação refletia – e ainda reflete – a sedução que o trabalho nos grandes centros, a especialização em tecnologias duras, os altos salários, o consultório privado, o hospital e a especialidade de ponta ainda exercem sobre essa formação.

A Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do PMM, altera a Lei nº 12.871/2013, que criou o programa, e enfatiza a finalidade do PMM de uma abordagem de APS abrangente que alia o cuidado individual e a saúde coletiva, assim como a formação

especializada para profissionais médicos das diversas áreas, além da MFC:

garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS; e ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS (Brasil, 2023a).

O PMM se inspirou na estrutura do Provac tentando superar as suas limitações. Cabe salientar que, em 2013, foi criado o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração de módulos educacionais sobre capacitação de médicos para o SUS e o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE), por meio da Portaria nº 2, de 7 de fevereiro de 2013.

No caso do PMM, o objetivo geral das estratégias formativas é formar os profissionais necessários para atender à expansão da graduação e da pós-graduação, bem como da educação permanente de profissionais de saúde, apoiando a consolidação do modelo da ESF mediante o fortalecimento de conhecimentos relacionados à atenção primária em saúde, à gestão em saúde e à educação. Constituiu também uma política de formação que se distribuiu nas diferentes regiões, contribuindo no sentido da equidade não só da formação em saúde, como também da repercussão na assistência e do trabalho em rede, que parte da articulação de instituições com o mesmo foco formativo, podendo ampliar o potencial de formação, de pesquisa e da elaboração de produtos inovadores para a qualificação profissional desses médicos. Além disso, buscava formar profissionais de saúde para exercer atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em saúde da família; fortalecer as atividades educacionais de atenção à saúde, produção do conhecimento e de gestão em saúde da família nas diversas regiões do país; articular elementos da educação, da atenção, da gestão e da investigação no aprimoramento da ESF/atenção básica; e estabelecer uma relação integradora entre o serviço, os trabalhadores, os estudantes da área de saúde e os usuários (Almeida *et al.*, 2015).

A concepção pedagógica foi definida como centrada no sujeito de aprendizagem, focada no desenvolvimento de competências e na consequente valorização da experiência, para que ocorra aprendizagem significativa. Foi fundamentada pelas diretrizes pedagógicas da educação permanente, tendo como objetivo atender a população brasileira nos

serviços de atenção básica do SUS a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e extensão. A política de educação permanente, uma das prioridades desse programa, será fortalecida via integração ensino-serviço, realizada por meio da UNA-SUS e das universidades que compõem a rede. A demanda inclui também supervisão acadêmica das universidades no que tange às atividades desempenhadas pelos médicos, além do estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Os médicos intercambistas iniciavam a formação pelo Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), etapa obrigatória para os médicos e as médicas do chamado “Perfil 2 e 3”, primeiro momento formativo do profissional intercambista, formado no exterior, no PMM. A carga horária mínima da formação era de 160 horas, dividida em 140 horas de responsabilidade do Ministério da Saúde e do MEC, e 20 horas voltadas para os municípios, que devem recepcionar os profissionais no momento de chegada aos postos de atuação. Ao final do curso, os médicos são avaliados sobre os conteúdos estudados e, logo após, são encaminhados aos municípios em que irão atuar, fortalecendo o atendimento à população nas regiões de maior vulnerabilidade do país.

Nesse sentido, o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Ensino em Saúde (Coapes), instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e suas diretrizes estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015, tinham como objetivos: I) garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área, como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e II) estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. Nessa lógica, ao MEC, frente ao Coapes, compete algumas diligências: 1) promover iniciativas de apoio à formação docente e a constituição dos Núcleos de Formação e Desenvolvimento Docente no âmbito das instituições de ensino, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de graduação na área da saúde; 2) desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos estados, aos municípios e às instituições de ensino no processo de desenvolvimento do Coapes; 3) induzir e apoiar as Instituições Federais de Educação Superior (Ifes) nos processos de integração ensino-serviço-comunidade e realizar medidas de articulação, junto ao sistema federal de educação, para implementação das DCN dos cursos de graduação na área da saúde.

O primeiro momento era denominado MAAv e se organizava em dois eixos temáticos, sendo eles o de “Língua portuguesa” e o de

“Competências em saúde”, o qual podia abordar outras temáticas, como saúde coletiva, prática médica na atenção básica, acesso a informações em saúde, cuidado integral e ética médica. As atividades são realizadas na modalidade presencial e possuem duração de quatro semanas, com carga horária mínima de 160 horas, distribuídas em 120 horas de conteúdos relacionados à legislação, ao funcionamento e às atribuições do SUS, à atenção básica em saúde, aos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao *Código de ética médica*; 20 a 30 horas para a atuação na capital ou na cidade indicada pela Secretaria Estadual de Saúde da unidade da federação; e 10 a 20 horas referentes ao conhecimento da rede de serviços no município de atuação (Brasil, 2013). A partir do acolhimento inicial dos médicos participantes do programa e de sua inserção nas diferentes regiões de saúde, eram desenvolvidas oficinas locais presenciais para apoio técnico e pedagógico, regulamentadas pela Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015 (Brasil, 2013).

O primeiro ciclo formativo dos programas de provisão de médicos está subdividido nos eixos educacionais “Especialização” – à época contemplava um curso de especialização em Atenção Básica – e “Supervisão Acadêmica”. O segundo ciclo formativo estava subdividido em “Aperfeiçoamento”, “Extensão” e “Supervisão Acadêmica”. O segundo ciclo, por sua vez, compreende o eixo de aperfeiçoamento e extensão do médico participante do programa após a conclusão do primeiro ciclo, com objetivo de propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da atenção básica. Estarão aptos a ingressar nos eixos “Aperfeiçoamento” e “Extensão” os médicos que tenham concluído o primeiro ciclo formativo do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) ou egressos de programas de residência em medicina geral de família e comunidade. Nesse ciclo, conforme a Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015, o médico contará mais diretamente com a atuação do supervisor, o qual irá apoiar o médico participante na elaboração do plano pedagógico que orientará a escolha dos módulos e cursos a serem executados, com base nas necessidades identificadas no processo de supervisão. Para elaboração do plano pedagógico, poderão ser utilizados os espaços destinados aos encontros de supervisões locais.

**FIGURA 2** Percurso formativo dos médicos no PMMB entre os anos de 2013 e 2022



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

De fato, o eixo da formação profissional tem importância para o fortalecimento da APS no Brasil, uma vez que o provimento emergencial com médicos estrangeiros possui caráter limitado e a consolidação da iniciativa depende da fixação de médicos brasileiros. Especificamente sobre a graduação em Medicina, além da expansão do número de profissionais formados, o PMM busca alternativas que modifiquem o perfil de formação e que incentivem a interiorização dos médicos. O Artigo 4º da Lei nº 12.871 de 2013 estabelece a exigência de implantação

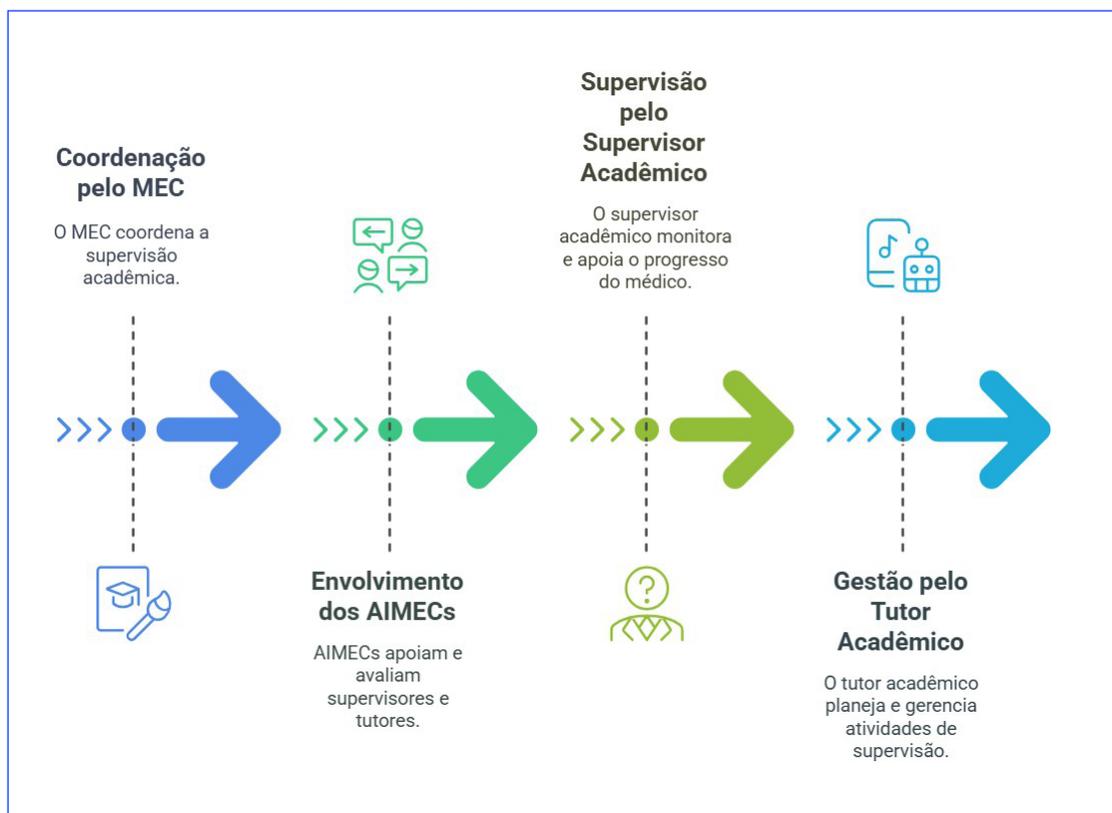
efetiva das DCN (2014) para o funcionamento dos cursos de Medicina. Uma das diretrizes da lei, detalhadas nas DCN, foi a obrigatoriedade de 30% da carga horária do internato do curso médico ser realizado na APS e em serviços de urgência e emergência do SUS. Diferentemente das DCN publicadas em 2001, as novas trazem um prazo para sua implantação, exigindo que todas as escolas médicas estejam adequadas a elas até 2018.

De acordo com a Portaria Conjunta nº 1, de 21 janeiro de 2014, objetiva-se com a formação no contexto dos programas de provimento alcançar um perfil profissional que compreenda: os contextos social, demográfico, econômico e epidemiológico do Brasil; o SUS e sua legislação, implementação e articulação com as demais políticas sociais do Brasil; o processo de trabalho da ESF (Brasil, 2013). Para mais, também se incluem: identificar as especificidades no manejo dos agravos de saúde mais prevalentes no Brasil, de acordo com os protocolos clínicos do Ministério da Saúde; conhecer os principais sistemas de informação relacionados à atenção básica do SUS e os aspectos legais e a regulamentação da prática médica no Brasil.

O perfil profissional delineado pelo programa estabelece, complementarmente, como apontado nos documentos analisados, habilidades e competências a serem desenvolvidas entre os médicos participantes, a constar: integrar ensino e serviço; atender pacientes de todas as idades, gêneros e etnias na APS; diagnosticar por meio de avaliações clínicas, exames e articulação com outros profissionais; determinar e orientar pacientes quanto à conduta terapêutica e todo plano de cuidado e tratamento; realizar visitas domiciliares às pessoas sob sua responsabilidade, e de acordo com as prioridades estabelecidas; desenvolver e promover campanhas de promoção e prevenção em saúde; e realizar registro e atualização do histórico de saúde do paciente.

Para a formação no PMMB, a supervisão acadêmica consiste em um dos eixos educacionais do PMMB, responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto. Tem como objetivos o fortalecimento: i) da educação permanente em saúde; ii) da integração ensino-serviço; iii) da atenção básica; iv) da formação de profissionais nas redes de atenção à saúde; e v) da articulação dos eixos educacionais do PMMB.

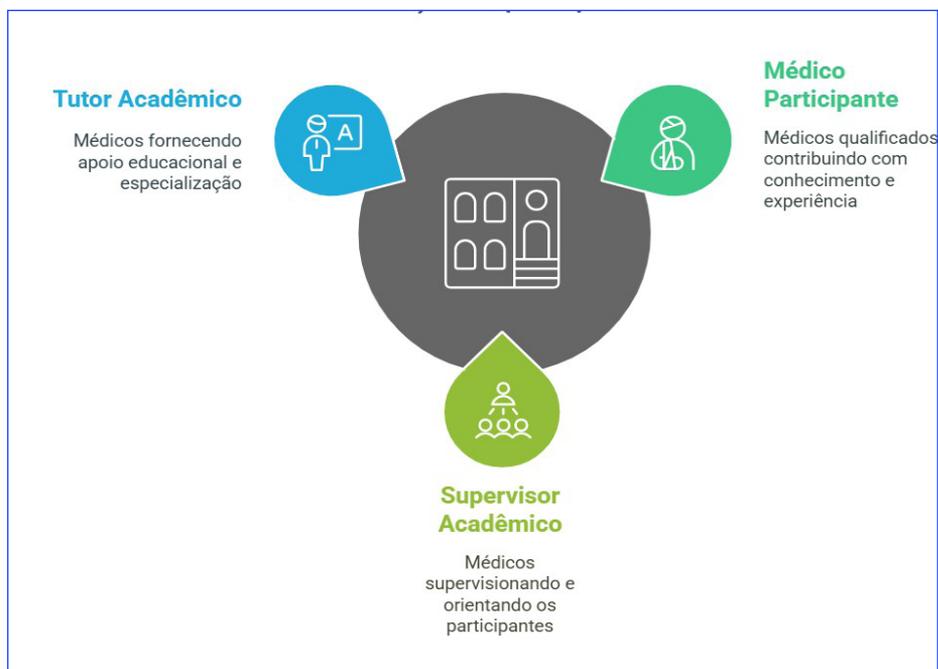
FIGURA 3 Processo geral de supervisão acadêmica dos médicos do PMMB



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

A supervisão é destacada como elemento indutor de fixação de médicos e é o suporte educacional e o contato com centros formadores, ao diminuir a sensação de isolamento (Jardim *et al.*, 2018).

**FIGURA 4** Caracterização dos atores vinculados ao processo de formação dos médicos no PMMB

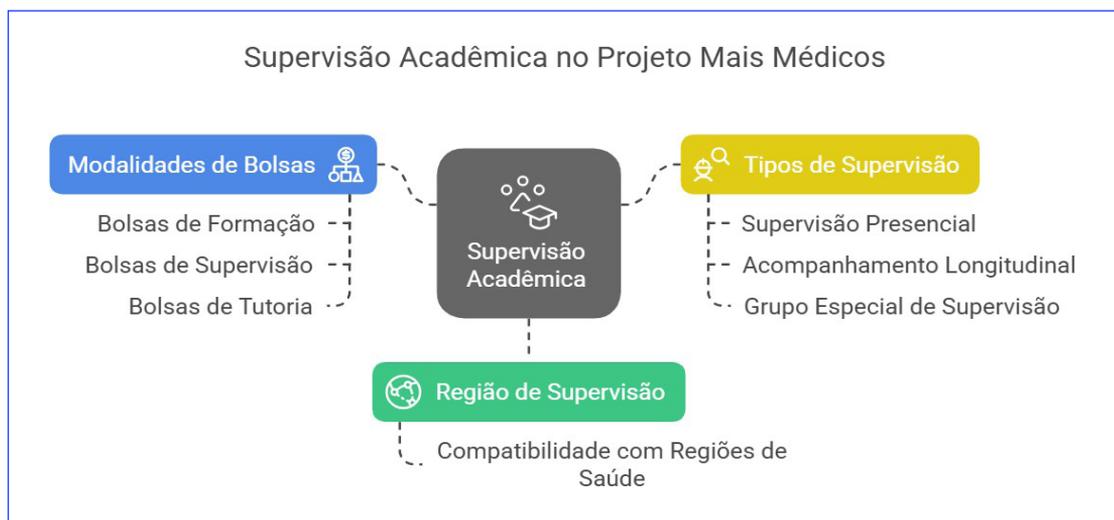


Fonte: elaborada pelos autores (2025).

O território de atuação da supervisão acadêmica passa a ser denominado “região de supervisão da instituição supervisora”, preferencialmente compatível com as regiões de saúde. Os médicos integrantes do PMMB poderão receber bolsas nas seguintes modalidades: bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria. A supervisão acadêmica dos médicos participantes exige periodicidade e está organizada em momentos presenciais e longitudinais.

A supervisão presencial caracteriza-se por encontros individuais ou coletivos – supervisão *in loco* e encontro de supervisão locoregional. Nos casos dos médicos com atuação em DSEI, os que são atendidos pelo Grupo Especial de Supervisão (GES) e nos casos especiais, também é facultado o acompanhamento longitudinal. Esses tipos e modalidades de supervisão são monitorados por meio dos sistemas informatizados disponíveis.

FIGURA 5 Modalidades de supervisão e apoio acadêmico no PMMB



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

O PMM apresenta muitos aspectos inovadores para o SUS, como a contratação de profissionais para atuar em áreas vulneráveis; os investimentos para melhorar a infraestrutura das UBS; as mudanças curriculares na formação médica; a reordenação dos cursos de Medicina para as áreas que apresentam menor número de médicos; e que 30% do internato médico seja desenvolvido na atenção básica e nos serviços de urgência e emergência.

Ao longo de sua implementação, o PMM passou por diversas avaliações, trazendo análises sobre a provisão, mas poucas abordagens analíticas do eixo formativo do PMM. O programa mostrou capacidade de melhorar o padrão de consultas médicas nas equipes em que seus profissionais atuaram, alcançando, e mesmo superando, o padrão das melhores equipes de APS do país que não contavam com profissionais do PMM. O estudo desenvolvido por Facchini e demais autores (2020) confirma as evidências de que o PMM amplia a efetividade do SUS e da APS, garantindo o acesso prioritário a expressivas parcelas da população, mediante avaliação do desempenho de equipes de saúde da família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, de 2012 a 2015. Com o PMM, a oferta de consultas de diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na APS cresceu no período estudado, passando de 33,1%, em 2012, para 36,2%, em 2016. Multiplicando-se o número de equipes de ESF estudadas neste capítulo por 4 mil

habitantes, encontra-se um conjunto de mais de 36 milhões de pessoas com acesso regular a consultas médicas em equipes atendidas por profissionais do programa, em um universo de mais de 100 milhões de pessoas atendidas.

No PMM, a supervisão e os encontros locorregionais e, mesmo que acontecesse apenas uma vez ao mês, o seu caráter longitudinal se mostraram associados à intenção de permanência na APS quando havia um bom supervisor (Melo Neto, 2019). Outros estudos apontaram aspectos como: a necessidade de dar uma maior atenção para as categorias de apoio pessoal e profissional, de supervisores e de tutores, que têm a sua importância destacada por diversos autores e apresentam um baixo investimento financeiro, bem como influenciam diretamente a decisão de o profissional permanecer em um local, trazendo benefícios a longo prazo e a baixo custo, o que é uma medida interessante diante da atual escassez de recursos que o SUS enfrenta (Oliveira; Sanchez; Santos, 2016); o PMM ampliou a oferta de médicos em APS no período, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais de 1,2 mil para 777, mas as iniquidades distributivas permaneceram (Girardi *et al.*, 2016).

No que se refere ao impacto do programa na educação médica, estudos apresentam extensa gama de posicionamentos. Alguns destacam a importância do estímulo à especialidade em MFC; outros ainda chamam atenção para a necessidade do favorecimento de novos processos formativos e metodológicos. Ainda nesse grupo, pode-se destacar os artigos que apontam a importância de se analisar e acompanhar os processos formativos nas novas instituições de ensino, criadas a partir da implantação do PMM.

Concluindo, os avanços provocados pelo PMM, todavia, podem obviar seus efeitos estruturantes sobre a formação médica. A supervisão do PMM apresentava limites de ter foco no médico e não na equipe. O PMM logrou envolver as universidades como instituições supervisoras responsáveis por esse processo, o que o fortalece. A articulação entre supervisão do PMM e as ações de apoio voltadas à gestão e às equipes de saúde é insuficiente (Melo, 2016).

Os principais desafios elencados durante a supervisão são: presença de profissionais jovens, com média de dois a três anos de vivência profissional; formação dos bolsistas em instituições de currículo com metodologia tradicional, voltando-se principalmente para o assistencialismo – tal aspecto é agravado principalmente em meio aos profissionais

brasileiros; dificuldade em propiciar o acordo de interesses entre gestores e profissionais da equipe de saúde (Engstrom *et al.*, 2016; Lima *et al.*, 2016; Lotta, 2016). Por fim, ao pensar na sustentabilidade do PMM, há que se considerar diferentes dimensões normativo-legais, políticas, temporais, financeiras, simbólicas, subjetivas. Apesar dos limites desse programa, os significativos avanços produzidos, os desafios de sua sustentabilidade e o papel estratégico que representa requerem uma atitude de defesa do PMM.

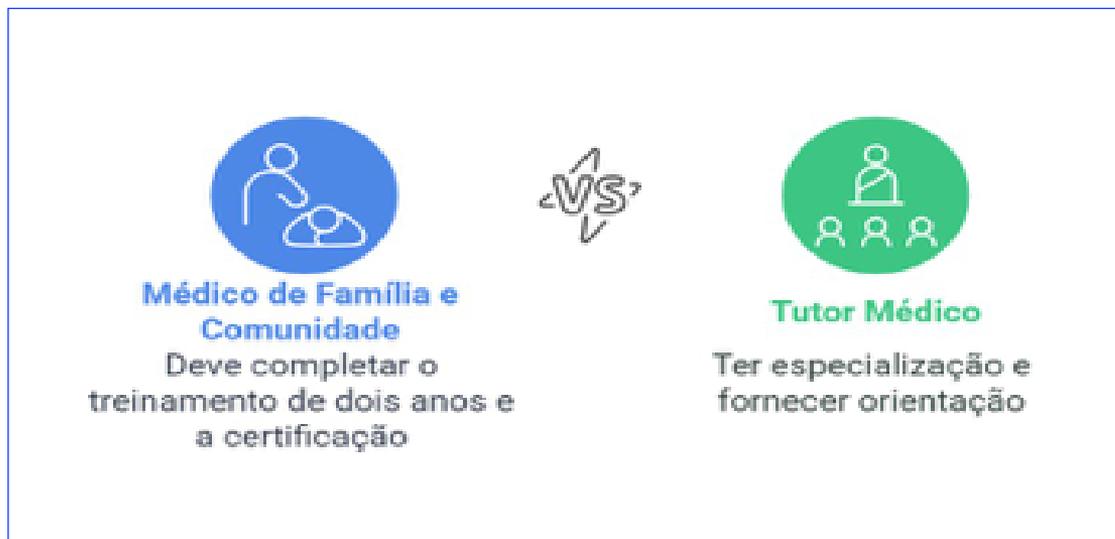
### **Programa Médicos pelo Brasil e formação a partir de 2019**

Em 2019, com a mudança de gestão federativa, o programa é reconfigurado por meio de uma nova proposta, promulgada pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, a qual instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB).

O objetivo do programa contemplou a oferta profissional, acentuando a formação de médicos de família e comunidade, a fim de aperfeiçoar a assistência realizada na APS (Brasil, 2019). De modo conjunto, no mesmo ano, foi instituída a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), responsável, então, pela execução desse programa formulado pelo Ministério da Saúde. A Adaps foi, pois, transformada em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) por meio da Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, que manteve o PMpB (Brasil, 2023a).

O PMpB manteve o entendimento de que os lugares mais vulneráveis necessitam de suporte do governo federal para o provimento de médicos para o trabalho em seu território e, com isso, mantém-se um número de vagas equivalente ao que existia no PMM. Ressalta-se, entretanto, que as vagas do novo programa não serão novas, mas irão substituir gradativamente as vagas do PMM na medida em que fossem finalizando o prazo de vigência do contrato dos médicos em atividade. Os médicos do PMpB começaram a atuar em abril de 2022, conforme os dois perfis descritos na Figura 6.

**FIGURA 6** Perfil do médico de família e do tutor médico na relação de tutoria clínica no PMpB



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

Cabe salientar a característica da tutoria clínica, que está organizada a partir das ações de provimento de profissionais geridos pela Adaps – entidade responsável pela distribuição dos profissionais estudantes entre tutores clínicos e locais onde será realizada a semana padrão da tutoria. Para fins de registro e controle da participação nas atividades práticas planejadas para a tutoria clínica, a Fiocruz, por meio da Secretaria Executiva da UNA-SUS, disponibiliza um sistema de gestão, a Plataforma SISPMB, que é a ferramenta oficial para registro das atividades previstas na tutoria clínica<sup>2</sup>.

A atividade de tutoria clínica caracteriza-se como um conjunto de ações de orientação e supervisão prática dos profissionais vinculados ao programa de provimento PMpB, participantes do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC), estruturado para o acompanhamento de sua atuação em Unidades de Saúde da Família (USFs), vide Figura 7.

<sup>2</sup> Ver em: [https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/MEDICOS\\_PELo\\_BRASIL/MANUAL\\_TUTORIA\\_CLI\\_NICA.pdf](https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/MEDICOS_PELo_BRASIL/MANUAL_TUTORIA_CLI_NICA.pdf).

FIGURA 7 Atribuições do tutor clínico no PMpB



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

Observa-se que a tutoria engloba a supervisão. Para o cargo de tutor médico, o profissional deve ter especialização em MFC ou em Clínica Médica e, em suas atribuições, além de prestar assistência na equipe para a qual seja designado, o tutor médico também desempenhará um papel fundamental na formação dos médicos em treinamento.

Quanto ao treinamento dos médicos, é citado como embasado pelo conceito de Entrustable Professional Activities (EPA) – atividades profissionais confiáveis –, que descrevem e detalham as ações envolvidas na execução de um trabalho específico. Além disso, o manual de tutoria clínica descreve a proposta de preceptoría em um minuto. Trata-se de uma ferramenta largamente utilizada em cenários de formação médica, tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial. Além disso, é uma técnica focada no tutor, que deve usá-la para direcionar a discussão de casos toda vez que um estudante esteja buscando ajuda e peça para discutir um quadro<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Tal proposta pode ser acessada pelo *link*: [https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/MEDICOS\\_PELo\\_BRASIL/MANUAL\\_TUTORIA\\_CLINICA.pdf](https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/MEDICOS_PELo_BRASIL/MANUAL_TUTORIA_CLINICA.pdf).

Uma outra novidade é o modelo de contratação dos médicos. Verifica-se que, no PMpB, esse processo é temporário e se articula com uma prova de título ao final de dois anos, que validaria ou não a contratação posterior via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com um plano de carreira com quatro níveis e progressões a cada três anos. No caso de médicos com formação em MFC, o ingresso na carreira seria direto, tendo uma atuação de tutor dos médicos em formação. Essa parece ser a grande aposta de atração de médicos do novo programa e se propõe a superar a precarização das relações trabalhistas tão criticada no PMM e na APS brasileira como um todo. Entretanto, vale ressaltar que o plano de carreira e o vínculo trabalhista dialogam principalmente com a cobrança das entidades médicas, mas nos estudos de provimento nacionais e internacionais não aparecem entre os principais elementos para garantir fixação, já que aumentos na renda não compensariam outras fontes de insatisfação com o trabalho.

Os médicos que ingressaram para o cargo de MFC da Adaps devem, como parte de seu processo seletivo, fazer o CEMFC. O CEMFC é um modelo de formação profissional inédito no Brasil, desenvolvido especificamente para o programa, a partir da matriz de competências da especialidade. Ele foi preparado utilizando metodologias consolidadas de formação de médicos.

FIGURA 8 Processo de formação dos médicos no PMpB



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

O curso tem enfoque no cuidado clínico, para que, ao final dos dois anos de formação, os médicos tenham desenvolvido todas as competências necessárias para oferecer um atendimento resolutivo. A formação tem carga horária de 60h semanais – 40h assistenciais + 20h de atividades teóricas. As atividades teóricas são realizadas em formato à distância e assíncrono. Os médicos em formação serão supervisionados por um tutor clínico, com quem passam uma semana a cada dois meses em supervisão contínua, a fim de apoiar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das competências profissionais. Além disso, recebem uma tutoria acadêmica no componente teórico da formação.

No programa, a supervisão perdura apenas nos dois primeiros anos de bolsa-formação, podendo, após esse período, levar à sensação de isolamento nos locais mais distantes e, com isso, levar ao abandono do programa. Outros aspectos frágeis condizem com o PMMB não ter apresentado nenhum elemento que desse seguimento ao incentivo ao financiamento da qualificação estrutural das UBS. Com relação ao eixo formativo, há apenas referência a uma especialização nos primeiros dois anos do programa, que levaria à possibilidade de titulação em MFC após aprovação na prova de título. Entretanto, não houve referência a elementos de reorientação da formação médica para o cenário da APS e nem de estímulo à residência de MFC, correndo-se o risco, inclusive, de o PMpB vir a competir pelo interesse de egressos dos cursos médicos em fazer a residência de MFC.

Os médicos são periodicamente acompanhados em relação ao seu desempenho acadêmico e ao seu desenvolvimento de competências clínicas e profissionais pela Adaps. Cabe reiterar que o PMpB é executado pela Adaps, o que permite mais eficiência na gestão da política pública. A Adaps, como o seu próprio nome diz, foi criada para a execução de quaisquer ações que tenham por objetivo o desenvolvimento da APS. A partir dos resultados apresentados por sua primeira ação, o PMpB, a agência se coloca como parceira estratégica da administração pública, para atender cada vez melhor as pessoas que utilizam a APS do SUS.

Por fim, o PMpB, ao tentar superar limitações do PMM, traz como principal medida a proposta de uma carreira médica para atuação na APS, sem, no entanto, apresentar outros elementos importantes para a fixação profissional. Dessa forma, apresenta-se inicialmente como uma política mais frágil que o seu antecessor, tendo como foco apenas o provimento de médicos, correndo o risco de não atingir os objetivos a que se propôs enquanto política pública e, por meio da Adaps, abrir

margem para a privatização dos serviços de APS e do SUS como um todo. Destaca-se ainda que o programa não supera um dos principais problemas do PMM, de focar apenas na atração e na qualificação do médico ao invés de investir na qualificação de toda a equipe de saúde, podendo, inclusive, intensificar disparidades importantes de remuneração e valorização entre os diversos profissionais.

Em 2020, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou, sob a relatoria do ministro Benjamin Zymler, auditoria operacional sobre o PMpB, que sucedeu o PMM. A fiscalização do TCU teve o intuito de avaliar se a formulação do PMpB foi baseada em evidências e se foram consideradas as melhores práticas de elaboração das políticas públicas. A auditoria do TCU apontou ainda que o processo de formulação do PMpB careceu da indicação clara de quem seria seu público-alvo beneficiário, da metodologia que será utilizada para selecionar esse público, dos principais atores internos e externos, e do respectivo papel de cada um no programa, bem como a dinâmica de complementariedade entre o PMpB e os demais programas voltados para a APS.

Outra fragilidade verificada pela auditoria da Corte de Contas também diz respeito ao processo de formulação do PMpB. Nesse processo, não foram analisadas de forma adequada as diferentes alternativas potenciais de intervenção, uma vez que não foram estimados custos, benefícios, riscos, vantagens e desvantagens dessas opções. Da mesma forma, não foi avaliada a alternativa de não intervenção, com o intuito de definir uma linha de base do programa. Essa forma de atuar não permite aferir, neste momento, se a solução escolhida é a mais eficiente e efetiva. Além disso, torna mais difícil avaliar no futuro se o programa efetivamente contribuiu para resolver o problema.

### **O PMMB (retomada do PMM em 2023)**

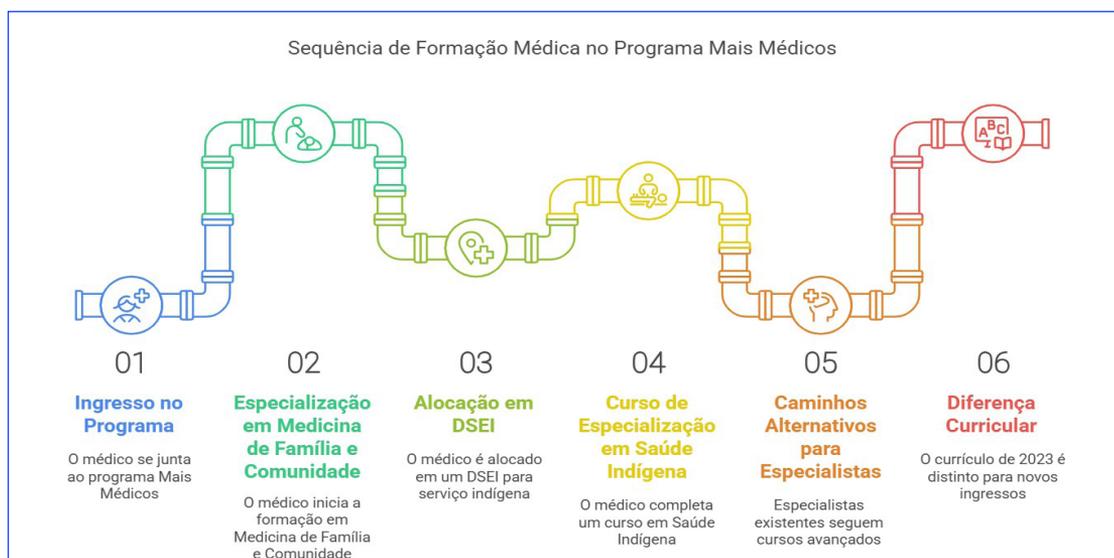
O PMMB foi instituído no âmbito do PMM, sendo reformulado em março de 2023. Os principais eixos do programa são a provisão de médicos na APS e a formação dos profissionais

O governo federal editou a MP nº 1.165, que institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do PMM. A estratégia é uma evolução do PMM, que visa formar médicos especialistas em APS. Para isso, o programa realizou algumas alterações no eixo de provimento emergencial, ampliando seu ciclo, que passa de três para quatro anos (Brasil, 2023b).

Nesse ciclo, a formação passa a ser de especialização *lato sensu* de dois anos mais um mestrado profissional, completando quatro anos de ciclo formativo. Após esse período, o profissional estará preparado e apto para prestar prova de título de médico de família e comunidade. Essas medidas buscam incentivar a permanência desses profissionais em áreas que antes enfrentavam altos índices de rotatividade.

Para os médicos intercambistas, ou brasileiros graduados no exterior, faz-se necessária a participação no MAAv antes de iniciar o primeiro ciclo.

**FIGURA 9** Sequência de formação médica proposta nos documentos que norteiam a retomada do PMMB em 2023



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

A especialização em MFC é ofertada para os ingressantes do primeiro ciclo e, para os médicos alocados nos distritos sanitários, disponibiliza-se a especialização em Saúde Indígena. Além disso, nessa versão, associam-se à especialização e ao mestrado profissional, tendo como referência a concepção de APS integral. O mestrado profissional, *stricto sensu*, é oferecido aos profissionais que concluíram os ciclos formativos, sob coordenação conjunta entre o Ministério da Saúde e o MEC. Atualmente, há dois programas de mestrado que são ofertados aos profissionais participantes: o Programa de Formação de Professores para a Saúde (ProfSaúde) e o Mestrado Profissional em Saúde

da Família (MPSF) da Rede Nacional de Formação de Profissionais da Saúde (RENASF), que estão no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM).

FIGURA 10 Ofertas formativas na retomada do PMMB no ano de 2023



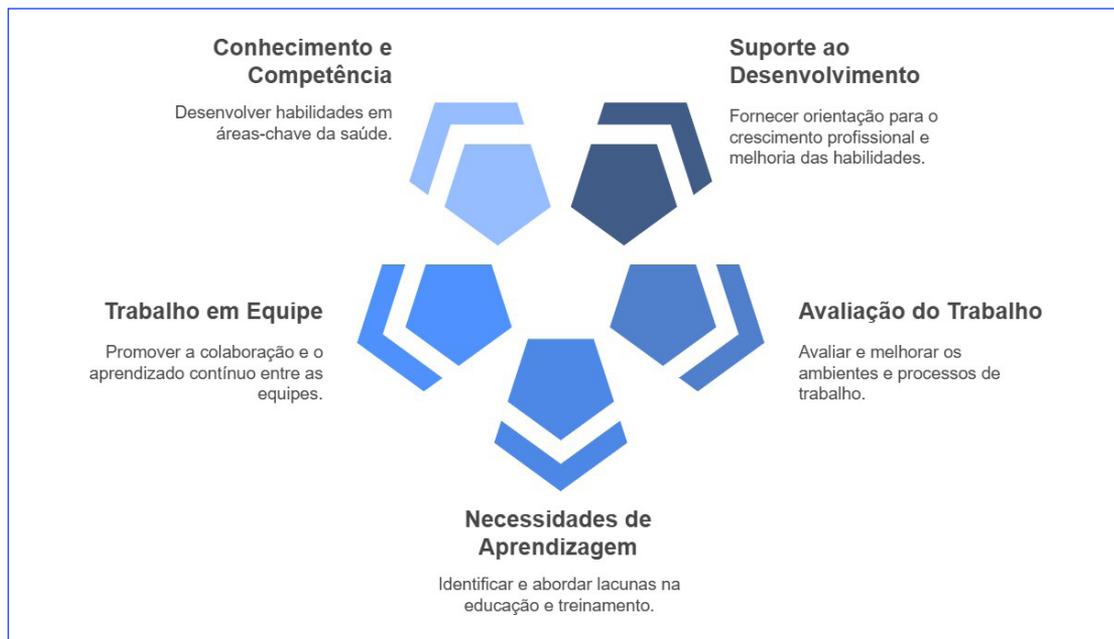
Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

O segundo ciclo formativo está subdividido em “Aperfeiçoamento”, “Extensão” e “Supervisão Acadêmica”, com objetivo de propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da atenção básica. O médico contará mais diretamente com a atuação do supervisor, o qual irá apoiar o médico participante na elaboração do plano pedagógico que orientará a escolha dos módulos e cursos a serem executados, com base nas necessidades identificadas no processo de supervisão. Para elaboração do plano pedagógico, poderão ser utilizados os espaços, a princípio, remotos destinados aos encontros de supervisões.

Cabe pontuar que o PMM passou por atualizações importantes para o ano de 2023, buscando aprimorar sua eficiência e ampliar seu alcance. O PMMB, na retomada em 2023, busca reforçar o fortalecimento da APS mediante a formação contínua de profissionais qualificados para a ESF. A supervisão acadêmica, nesse contexto, ocorre de forma transversal durante a permanência do médico no programa e passa ser normatizada pela Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023, com o fito de fortalecer a educação permanente em saúde; a APS; a formação de

profissionais nas redes de atenção à saúde; a articulação dos eixos educacionais do PMMB; e a integração do ensino-serviço.

FIGURA 11 Supervisão acadêmica no PMMB em 2023



Fonte: elaborada pelos autores (2025), com uso da Napkin AI.

Mas cabe sistematizar outras mudanças ocorridas nesse ciclo do PMMB, que incluem a ampliação do número de vagas disponíveis para médicos, permitindo a inserção de mais profissionais em áreas de difícil provimento. Isso objetivou contribuir para atender às demandas locais e garantir a presença de médicos onde são mais necessários. Ademais, os médicos que participam do programa, selecionados por meio de edital, podem fazer especialização e mestrado em até quatro anos. Por fim, entre outros aspectos, o investimento no processo de formação tem sido destacado como uma aposta do PMMB, a partir do ano de 2023, mas que precisa avançar em sua abordagem pedagógica, agregando a gestão da educação e a gestão do trabalho na saúde.

## Desafios atuais e persistentes

A análise breve realizada por este capítulo permitiu elencar avanços promissores e alguns desafios que persistiram no decorrer das iniciativas experienciadas no Brasil, com destaque para a necessidade de mudanças na estrutura formativa, seja dos médicos participantes para a atuação na APS, seja nos supervisores e tutores.

Em relação aos médicos, tem-se como objetivos: aprimorar aspectos atinentes à gestão e ao planejamento das ações educativas, mediante a associação de diferentes abordagens, perspectivas e estratégias pedagógicas que abranjam os desafios e a complexidade do trabalho em saúde e da formação voltada à atuação no SUS; melhorar os processos de trabalho e organização dentro da equipe e da comunidade; e ampliar a compreensão das variáveis que atuam no contexto da APS, acurando a prática no SUS, e das práticas interprofissionais, e a interdisciplinaridade, para maior entendimento da complexidade da saúde, determinação social da saúde, entre outros aspectos essenciais.

Nesse sentido, com a nova proposta do PMMB em 2023, o mestrado profissional pode viabilizar a repercussão na pesquisa acadêmica e no ensino – preceptoria, residência, graduação, educação na saúde.

No que se refere à formação, ainda urge incluir a qualificação dos supervisores por meio de processos formativos de sujeitos capazes de questionar e subsidiar mudanças em caráter permanente, para atuação nos campos de prática para formação e nas dimensões de gestão e clínica, e superação de lógicas e modelos formativos totalizantes, que desconsideram a multiplicidade, a pluralidade e as dimensões éticas e políticas em sua radicalidade, bem como repercussão na organização do trabalho na APS nas dimensões de gestão e da clínica.

Esses desafios serão retomados em outros capítulos deste livro, na perspectiva de suscitar reflexões abrangentes e necessárias para mudanças futuras.

## Referências

ALMEIDA, E. R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus– Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 49-66, 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1758/1472>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública para os candidatos aos Programas de Residência Médica. *Comissão Nacional de Residência Médica*, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/res\\_SESU-CNRM\\_3916\\_09\).pdf](https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/res_SESU-CNRM_3916_09).pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a Política de Incentivos à Ação Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 nov. 1979. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html> link para o documento, se aplicável. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/Lei/L14621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Lei/L14621.htm). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023. Dispõe, no âmbito do Ministério da Educação (MEC), sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 ago. 2023b. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4413/portaria-mec-n-1.537-2023>. Acesso em: 5 nov. 2025.

BONELLI, M. G. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. In: MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. (org.). *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 70-81.

CARVALHO, V. K. da S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>. Acesso em: 5 nov. 2025.

DE MELO NETO, A. J.; DA SILVA BARRETO, D. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2162-2162, 2019.

DE SANTANA, A. F. *et al.* Do PROVAB ao Programa Mais Médicos: caminhos percorridos no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 247-257, 2022.

ENGSTROM, E. M. *et al.* O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus- Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 241-252, 2016.

FACCHINI, L. A. *et al.* Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, D. C., v. 44, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.63>. Acesso em: 5 nov. 2025.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

JARDIM, G. S. *et al.* Índice de satisfação no trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Saúde*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 2055-2064, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.25248/REAS411\\_2018](https://doi.org/10.25248/REAS411_2018). Acesso em: 5 nov. 2025.

LIMA, R. C. G. S. *et al.* Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2797-2805, 2016.

LOTTA, G. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, 2016.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2672-2674, 2016.

- MACHADO, J. L. M. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, p. 177-180, 1999.
- MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- MELO NETO, A. J. *Fatores associados à intenção de permanecer trabalhando na atenção primária à saúde entre os médicos brasileiros do Programa Mais Médicos na Paraíba*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
- MEDINA, M. G. *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 346-360, 2018.
- OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016.
- SILVA, A. G. da; ANDRADE, H. S. de. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, 2016.
- UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Plano pedagógico de curso de pós-graduação: especialização em Medicina de Família e Comunidade*. Brasília, DF: UNA-SUS, 2022.

## CAPÍTULO 2

# A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS PARTICÍPES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

## Desafios e proposições

Gabriela Garcia de Carvalho Laguna  
Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Laerge Thadeu Cerqueira da Silva  
Karolaine da Costa Evangelista  
Silvana Lima Vieira  
Níli Maria de Brito Lima Prado

### Apresentação

A qualificação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), representa um dos principais desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A escassez e a fixação de profissionais em regiões vulneráveis impactam diretamente a efetividade das políticas públicas de saúde, comprometendo a equidade no acesso aos serviços e a qualidade da atenção prestada à população (Oliveira *et al.*, 2015).

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído pela Lei nº 12.871/2013 e reformulado pela Lei nº 14.621/2023, foi desenvolvido para mitigar essa desigualdade na distribuição de médicos, especialmente em áreas de difícil fixação. Além da alocação de profissionais, o programa adota uma estratégia de formação contínua baseada nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), visando

ao aprimoramento das competências clínicas e à adaptação à realidade socioepidemiológica das comunidades atendidas (Brasil, 2013, 2023).

Estudos evidenciam que, apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da atenção básica, nenhuma teve a abrangência, a magnitude e a celeridade do PMMB, inclusive na sua preocupação com a necessidade de mudança da formação médica (Oliveira *et al.*, 2015).

Dentro do Ministério da Saúde (MS), a responsabilidade de coordenar o programa ficou inicialmente a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que desempenhou um papel central na formulação e na implementação de políticas voltadas à gestão do trabalho e à formação em saúde. Seu modelo de atuação fundamenta-se na articulação entre os diferentes níveis de gestão – federal, estadual e municipal –, bem como na parceria com instituições acadêmicas e de pesquisa. Essa abordagem busca garantir um processo formativo descentralizado e integrado à realidade dos serviços de saúde, promovendo a qualificação profissional de maneira contextualizada e alinhada às necessidades do SUS (França; Magnago, 2019).

A responsabilidade do SUS com o ordenamento da formação e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde está formalizada na Constituição Nacional de 1988, na Lei Federal nº 8.080/1990, e nos textos legais de institucionalização de políticas e documentos oficiais, a exemplo da Portaria do Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 198/2004 e a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e tem como objetivo a reorientação da política de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde no SUS.

Importante destacar que a preocupação com o desenvolvimento e a formação de recursos humanos para a saúde sempre esteve presente na constituição do SUS, indicando, inclusive, o crescimento do debate e a importância da temática nos últimos anos, para a consolidação do SUS. Nesse contexto, inserem-se a formulação e a execução de programas, como o PMMB, que toma a educação permanente como estratégia para a reorganização dos serviços de saúde (Brasil, 2004) e direcionamento do processo formativo dos profissionais.

O PMMB incorpora os princípios basilares da PNEPS (Brasil, 2004) e indica a adoção de uma perspectiva humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal, social e profissional, com competências

éticas, políticas e técnicas, capacidade crítica e sensibilidade dos médicos vinculados ao programa, para pensarem as questões da vida e da sociedade e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade.

Em outras palavras, inclui nos arcabouços legal e técnico os referenciais pedagógicos pautados pelas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tidas como inovadoras e com potencial indutivo de processos educacionais que contribuam para a formação de profissionais cujo perfil de competência lhes permita abordar o processo saúde-doença de maneira ampliada no contexto de trabalho, de forma crítica, coletiva e integradora.

Todavia, ainda que os avanços sejam perceptíveis, persistem alguns desafios impostos para política de formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor de saúde, em especial quanto à implantação de projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente e de formação no âmbito da pós-graduação dos trabalhadores e gestores, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e às diretrizes do SUS.

Ao considerar tanto o desenvolvimento do SUS como dos processos educativos, vale enfatizar a importância do investimento em pesquisas que permitam analisar implantação/implementação de atividades educativas na lógica proposta pela PNEPS (Brasil, 2004), verificando como as instituições que se propõem a esse desafio têm enfrentado os obstáculos pertinentes ao processo de transformação. Perspectiva que precisa ser retomada neste momento de reconstrução democrática e de renovação dos programas de provisão e formação profissional no SUS.

Ao reconhecer a capacidade da política de EPS para articular e mobilizar diferentes atores, destinando a todos o papel de protagonistas/sujeitos na condução dos sistemas de saúde no âmbito do SUS, demonstra-se presente o desafio de traçar novas perspectivas e refletir criticamente os processos formativos, com o intuito de que seja construída uma nova realidade organizacional associada a melhores práticas de saúde no SUS.

Dessa forma, considerando as interfaces da EPS no âmbito do PMMB, este capítulo tem por objetivo apresentar reflexões e reflexos da EPS na formação dos médicos do PMMB, cotejando com aspectos teórico-conceituais e normativos de ambos.

## EPS no PMMB: estrutura e implementação e o papel da SGTES

Os desafios para a implementação do SUS suscitaram a necessidade de uma política nacional para qualificar os trabalhadores da saúde, tendo como foco a centralidade nos usuários, os princípios legais do SUS e que se usasse o cotidiano do trabalho como espaço formador (Higashijima *et al.*, 2024).

A EPS é um processo de aprendizagem no trabalho que visa transformar práticas profissionais e a organização do trabalho em saúde no SUS. E faz-se imprescindível buscar elementos para aprimorar e melhorar os processos educativos vivenciados pelas equipes de saúde da APS.

Nesse sentido, a PNEPS tem como estratégia contribuir ante a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho.

A SGTES/MS, criada pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (Brasil, 2004), tem um papel central para a formulação e o fortalecimento das políticas de formação em saúde no SUS, e responde pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas públicas relacionadas à gestão e à regulação do trabalho na saúde, bem como de políticas orientadoras da formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) da saúde no país.

Cabe a essa secretaria promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde. Além disso, formula e desenvolve políticas e programas coerentes com os princípios do SUS, na busca pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, valorizando perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS (Nunes *et al.*, 2024).

Em agosto de 2007, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.996 (Brasil, 2007), que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Na nova formulação, a condução regional da PNEPS se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies). As Cies são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da PNEPS. A portaria reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática.

Considerando o processo de reconstrução de políticas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, a partir do ano de 2023, faz-se premente reforçar a exímia condução de políticas públicas de trabalho e educação na saúde, pela SGTES, e o esforço para a qualificação das práticas, com humanização, inclusão e reconhecimento das diversidades em suas múltiplas expressões e com equidade. Entre os processos potencializados pela SGTES na administração pública federal, destacam-se as estratégias de programas de formação das(os) trabalhadoras(es), com ênfase na EPS e na educação profissional em saúde.

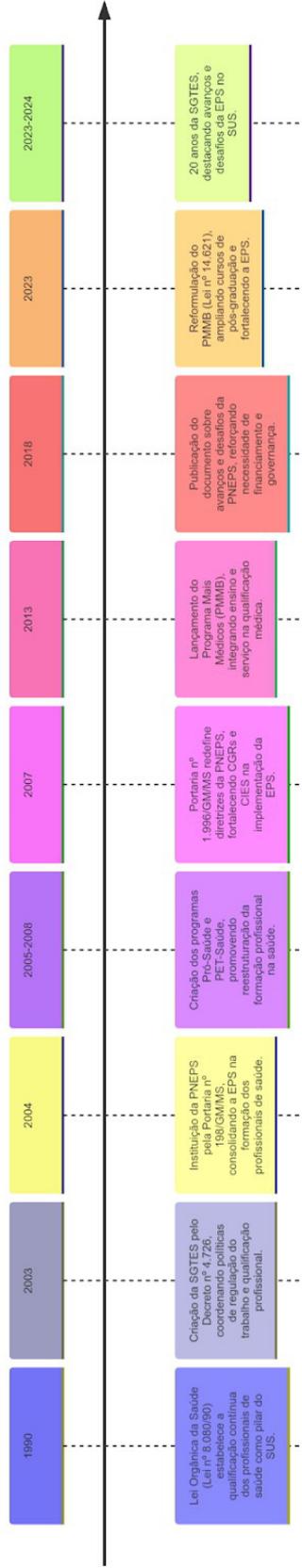
A EPS como uma política nacional afirma a articulação entre ensino, trabalho e cidadania, a vinculação entre formação, gestão, atenção e participação social, a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional e o reconhecimento de bases locorregionais em que estruturas de ensino e serviço formulam, conjuntamente, estratégias de ensino (Ceccim; Ferla, 2008). Nesse sentido, a proposta confia na construção de espaços coletivos de cogestão para viabilizá-la.

Cabe uma ressalva quanto ao Pacto pela Saúde, publicado em 2006: os gestores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) defenderam a consolidação dos polos de EPS no SUS. Esse debate, somado às recomendações da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (CNGTES), resultou na Portaria GM nº 1.996/2007, que substituiu os polos pelas Cies, conforme o Artigo 14 da Lei nº 8.080/90, vinculando-as aos CGRs. A mudança reforçou a regionalização e a hierarquização do SUS, garantindo uma rede integrada, descentralizada e participativa

A Figura 1 apresenta um resumo da linha do tempo da SGTES e da PNEPS.

Observa-se que a SGTES colabora na organização e supervisão dos processos de formação dos médicos que participam do PMMB, garantindo que os profissionais estejam aptos a atuar nas regiões prioritárias do SUS. Isso inclui a elaboração de diretrizes pedagógicas e a definição de competências necessárias para a atuação em áreas remotas e de vulnerabilidade social. No decorrer das *últimas* duas décadas, após a sua criação, a SGTES promove a educação permanente dos médicos do PMMB, oferecendo cursos, capacitações e atualizações profissionais para que eles possam lidar com os desafios específicos das comunidades onde atuam. Isso é feito em parceria com instituições de ensino superior e outras entidades formadoras. A SGTES trabalha em conjunto com universidades e faculdades de medicina para garantir que a formação dos médicos do PMMB esteja alinhada às necessidades do SUS. Do mesmo modo, contribui para estruturar o suporte necessário para os médicos do PMMB atuarem em regiões de difícil acesso ou com carência de profissionais. Isso envolve a criação de estratégias para garantir que os médicos tenham acesso a recursos, infraestrutura e suporte técnico durante sua atuação. Recentemente, uma das pautas retomadas pela SGTES é o monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB, garantindo que a formação e a atuação estejam alinhadas aos objetivos do programa. Isso inclui a coleta de dados e feedbacks para melhorar continuamente as políticas de formação e capacitação. Em resumo, a SGTES desempenha um papel estratégico na formação dos médicos do PMMB, garantindo que eles estejam preparados para atuar de forma eficiente e humanizada no SUS, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade.

FIGURA 1 Linha do tempo da SGTES e da PNEPS



Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos documentos citados.

Por outro lado, a educação permanente de forma equivocada continua compreendida como uma atualização continuada e cotidiana das técnicas, seguindo as novas contribuições teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, sem perspectiva operacional de construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais (Generoso; Rossi; Mazaferro, 2024). Reforçar o processo de trabalho, revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem e o profissional como ator reflexivo e construtor de saber, tem sido o maior desafio.

A EPS constitui um eixo estruturante do modelo formativo do PMMB. Essa tarefa exige articulações entre instituições acadêmicas, gestores do SUS e profissionais da linha de frente da APS, cuja eficiência impacta diretamente a qualidade da assistência prestada à população, o que torna essencial a implementação de estratégias adaptáveis às realidades locais (França; Magnago, 2019). Além de aprimorarem a qualificação dos profissionais, as estratégias formativas constituem preditores para a permanência dos médicos na APS, mediante o aprimoramento dos processos de trabalho, tornando-os mais resolutivos e coerentes com as necessidades em saúde da população (Medina *et al.*, 2018).

De acordo com a PNEPS, a EPS deve ser um processo contínuo de aprendizagem no trabalho, fundamentado na integração ensino-serviço e na reflexão crítica sobre a prática profissional (Brasil, 2012). O princípio da EPS é que a formação dos profissionais de saúde não deve se limitar à educação inicial, mas sim constituir um processo dinâmico, interativo e participativo, que envolva gestores, docentes e trabalhadores da saúde (Ferreira *et al.*, 2020), representando grande avanço no sentido de inverter a lógica de oferta de formação e desenvolvimento, antes consolidada com o envio de pacotes de curso e “treinamentos” pontuais. Dessa forma, a EPS se consolida como um instrumento estratégico para qualificação dos serviços e aprimoramento integrado aos serviços de saúde.

Cabe rememorar que, a partir de 2004, com a instituição da PNEPS pelo MS, por meio da Portaria GM/MS nº 198, essa política passou a ser uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor (Brasil, 2004). Nesse contexto, surgiu a proposta de criação e fortalecimento dos polos de educação permanente, concebidos como instâncias interinstitucionais e locorregionais, a fim de identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, além de construir estratégias e processos que

qualifiquem a atenção e a gestão, ao mesmo tempo em que fortalecem o controle social. Contudo, a capilarização dos polos foi desigual nas diversas regiões do país, principalmente pela dificuldade na pactuação entre instituições formadoras, gestores e serviços.

Mesmo após a reformulação das políticas de educação permanente pelo MS, persistiram antigas práticas de formação baseadas na transmissão de conhecimento. Permanecem como constante possibilidade de campo investigativo as formas segundo as quais as organizações de saúde têm incorporado e desenvolvido os processos de educação permanente – isto é, qual modelagem realizada, por quem, com quais objetivos; quais os caminhos percorridos pelos processos de educação permanente; qual o potencial de capilarização dos processos concretizados; e em que medida a EPS se mostra potente para transformar a prática do trabalho em saúde no sentido da qualificação da atenção e da democratização de gestão?

Na prática, observa-se uma combinação de diferentes estratégias, em que a educação continuada mantém seu caráter tradicional, enquanto a EPS se apresenta como uma abordagem inovadora. A conjunção de forças em múltiplos espaços e momentos históricos tem permitido que a SGTES atue de forma contínua e decisiva para reorientar o processo formativo no SUS, o desencadeamento de processos inovadores no âmbito da educação e do trabalho em saúde. Nesse contexto, a política de formação profissional em saúde e regulação, tanto do trabalho quanto da educação, assume um eixo desafiador em vários momentos históricos. Fica cristalina a necessidade, então, de trazer de volta a reflexão sobre os processos de formação.

Na retomada do PMMB, a partir de 2023, a SGTES envida esforços para ampliar reflexões e debates acerca dos avanços na qualificação e na ampliação da oferta de pós-graduação como um preditor para reforçar a permanência dos médicos em regiões vulneráveis do SUS, que ainda enfrentam desafios estruturais quanto a condições de trabalho, do suporte institucional e do vínculo com a comunidade local (Sarti; Almeida; Fontenelle, 2024).

Para enfrentar esses desafios, exige-se um compromisso contínuo com a inovação na educação, o aprimoramento do suporte profissional e a implementação de políticas públicas que consolidem a formação médica no PMMB. Para tanto, aposta no fortalecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação da formação, para averiguar os resultados da formação prevista pelo programa como medidas

essenciais para consolidar um modelo que não apenas qualifique, mas também amplie a fixação dos profissionais nas regiões prioritárias para o SUS (Ferreira *et al.*, 2020). Isso se alinha a evidências que afirmam a necessidade de acompanhamento de processos de capacitação de trabalhadores da saúde, por ser o aspecto menos desenvolvido no âmbito governamental (Peduzzi *et al.*, 2009).

### **Base legal do PMMB e princípios da EPS e da APS**

A SGTES tem como missão desenvolver políticas e programas que busquem assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, impondo à função da formação e da gestão do trabalho a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, e constituindo novos perfis profissionais com condições de responder à realidade de saúde da população e às necessidades do SUS.

Como parte intrínseca das orientações que organizam a agenda de trabalho da SGTES hoje, o modelo de formação médica no PMMB se destaca, ante os desafios, por ofertar um cuidado integral e a continuidade da atenção em saúde nos diversos territórios nacionais, de modo a contemplar as dimensões técnicas, éticas, políticas, culturais e sociais como condições para o seu desenvolvimento (Maia; Silva; Guimarães, 2020), e a necessidade de se pensar em caminhos formativos que contemplem essas questões.

Historicamente, a dificuldade na oferta e na fixação de profissionais de saúde em regiões de grande vulnerabilidade social representa um obstáculo significativo para a equidade no acesso à saúde no Brasil, e a falta de médicos nesses territórios compromete a continuidade do cuidado, sobrecarrega os profissionais atuantes e impacta diretamente os indicadores de saúde da população (Sarti; Almeida; Fontenelle, 2024). Nesse sentido, o PMMB foi criado, desde 2013, com o intuito de enfrentar, entre outros, dois desafios principais: (i) a escassez de médicos em áreas rurais e remotas e (ii) a necessidade de um modelo de formação médica mais alinhado às demandas do SUS e da APS (Brasil, 2013).

Para a construção de estratégias, com as quais certamente se poderá vislumbrar um horizonte promissor, os debates sobre inovações pedagógicas têm sido ampliados. Entre as pautas e políticas estruturantes, de modo a deixar um legado institucional para um efetivo processo de operação do SUS no país, a formação profissional prevista pelo PMMB

exige uma articulação robusta, a fim de ampliar a discussão e trazer de volta a reflexão sobre os processos de formação e do exercício do trabalho.

O eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede de prestação de serviços do SUS, instituído como ato pedagógico que aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das práticas pedagógicas aqui relacionadas, juntamente com outras medidas que compõem as múltiplas estratégias da política de gestão do trabalho e da educação na saúde. Elas fundamentam-se na integração entre o ensino e o serviço, e no trabalho em equipe multiprofissional, articulado intra e interinstitucionalmente e baseado no conhecimento interdisciplinar e de abrangência sociocultural.

Dessa forma, tem-se como propósito desenvolver programas de formação que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação, induzir planos curriculares orientados para as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais de cada região do país; e estimular a preparação de ambientes de aprendizagem em cenários de intersectorialidade, que fomentem a formação profissional dos médicos vinculados ao PMMB.

Essa proposição de reestruturação abrange uma iniciativa organizada por trilhas formativas de ensino e aprendizagem. Uma das premissas da aprendizagem adaptativa consiste em entender as necessidades de cada aluno e se moldar para atendê-los. As trilhas formativas têm como objetivo principal oferecer capacitação contínua e desenvolvimento profissional aos médicos(as) participantes, visando ao aprimoramento das competências, à atualização profissional e ao apoio ao desempenho de uma prática mais eficaz e sensível às necessidades da população (Brasil, 2024).

No PMMB, todo profissional deve realizar algum curso de formação elencado pelo programa. Isso porque é obrigatório o desenvolvimento de um itinerário formativo que deverá levar em conta sua formação e o local em que atuará. O escopo das atividades pedagógicas previstas estrutura-se em dois ciclos formativos, considerando que o PMMB tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias para o SUS, mediante cursos de extensão, aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, contando com componente assistencial pautado na integração ensino-serviço.

Os cursos de especialização e mestrados profissionais são organizados para atender às demandas específicas da APS, priorizando áreas como Medicina de Família e Comunidade (MFC) e saúde indígena. Instituições como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) são responsáveis pela implementação desses programas educacionais (Oliveira; Alcântara; Otoni, 2023). A flexibilidade desse modelo permite que os médicos avancem conforme suas necessidades e realidades de atuação. Além disso, a educação a distância complementa essa estrutura ao possibilitar o acesso contínuo à capacitação por meio de plataformas como o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) e a UNA-SUS. Os cursos de curta duração, as especializações e as pós-graduações disponíveis nessas plataformas garantem atualização profissional sem necessidade de afastamento do local de trabalho, o que facilita a formação continuada, especialmente em regiões remotas (Oliveira; Alcântara; Otoni, 2023).

Assim que ingressa no programa, o médico é direcionado a seguir uma sequência de cursos, iniciando prioritariamente pela especialização *lato sensu*. Com a reformulação do programa em 2023, foi incorporado um terceiro objetivo: o fortalecimento da formação de especialistas, por meio da inclusão de cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu* para médicos do PMMB (Brasil, 2023). Esse novo direcionamento reconhece a necessidade de aprofundar a qualificação dos profissionais não apenas no atendimento básico, mas também no desenvolvimento de competências especializadas para atuar em contextos de alta complexidade social e epidemiológica.

A oferta de especializações em MFC, mestrados profissionais e doutorados vinculados à APS visa proporcionar maior aprofundamento técnico e científico, de modo a promover a qualificação permanente e incentivar a fixação dos médicos no sistema público de saúde (Oliveira; Alcântara; Otoni, 2023).

Cabe salientar que, além da especialização em MFC, principal oferta da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do PMMB, regida pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, atualmente é disponibilizada a especialização em Saúde Indígena, que tem como objetivo formar profissionais especialistas nessa área, com competências antropológicas, políticas, epidemiológicas e de saúde pública e com apoio pedagógico durante todo o curso. Ademais, o mestrado e o doutorado profissionais, como cursos *stricto sensu*, são ofertados pelas

Instituições de Ensino Superior (IES) vinculadas ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) – mestrado profissional – e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf) – mestrado e doutorado profissionais – no formato híbrido. Essas formações são destinadas aos médicos já titulados como especialistas em MFC. Ao ingressarem nesses programas de pós-graduação, os médicos participantes podem ampliar as competências nas áreas de atenção, docência, preceptoria, produção de conhecimento e gestão, além de estimular a utilização de métodos de pesquisa para embasar a tomada de decisões, a administração do processo de trabalho e o cuidado dos usuários.

Mas são os cursos de extensão e aperfeiçoamento oferecidos por diferentes instituições de ensino em parceria com a UNA-SUS que priorizam as trilhas formativas temáticas, com carga horária de no mínimo 32 horas mensais e com temáticas variadas. O profissional destinado a essas trilhas tem a liberdade de escolher os cursos conforme as necessidades identificadas em sua formação ou na prática assistencial no território. O objetivo principal dessa oferta é disponibilizar capacitação contínua e desenvolvimento profissional, visando ao aprimoramento das competências, à atualização profissional e ao apoio ao desempenho de uma prática mais eficaz e sensível às necessidades da população.

Como vimos no arcabouço normativo da PNEPS, a formação do profissional de saúde ao longo de sua vida, em cenários de complexidade crescente, precisa levar em conta uma abordagem ampliada e integrada, que contempla os modelos pedagógicos e curriculares até a adoção de estratégias inovadoras e criativas. Essa abordagem tenta integrar a capacidade de diagnosticar as necessidades específicas de cada indivíduo e o desenvolvimento de uma pedagogia adequada, na qual o conteúdo ensinado ou a forma como esse conteúdo é explorado se adapta às respostas de cada partícipe nos serviços e junto com a equipe de saúde da qual é integrante. Por meio das informações geradas, os conteúdos são ajustados às especificidades de cada território, permitindo a organização de práticas fundamentadas e planejadas, o que viabiliza a atuação em diferentes contextos, como áreas remotas e rurais, regiões com vazios assistenciais e unidades de saúde em grandes centros urbanos, entre outros.

Observa-se uma concentração da produção acadêmica sobre o PMMB nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, enquanto há uma produção significativamente menor em áreas que são diretamente previstas nos editais atuais disponibilizados pelo programa, como o Norte e o

Nordeste. Esse cenário evidencia a necessidade de ampliar os incentivos para uma pesquisa científica mais descentralizada, capaz de abordar de forma mais equitativa os impactos e desafios do programa em diferentes contextos regionais (Garcia *et al.*, 2022; Rios; Teixeira, 2018). Ao que parece, urge a necessidade de aliar as perspectivas formativas e necessidades de adaptações locorregionais do PMMB no âmbito nacional (Soares *et al.*, 2022).

O papel da SGTES para o direcionamento da formação de médicos do PMMB é fundamental, pois essa secretaria é responsável por políticas e ações que integram a gestão do trabalho e a educação permanente dos profissionais de saúde no Brasil. No contexto do PMMB, a SGTES atua em várias frentes para garantir a qualificação e a atuação eficiente dos médicos no SUS. Contudo, a implementação da EPS no contexto do PMMB enfrenta desafios institucionais e estruturais que afetam diretamente a qualificação dos profissionais da APS. A formação profissional em um programa de abrangência nacional requer planejamento detalhado, investimento contínuo e monitoramento sistemático para garantir a efetividade das ações educacionais (Engstrom; Carvalho; Castro, 2016). A própria SGTES, no livro intitulado *20 anos Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, publicado em 2024 pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba), sinaliza os desafios internos quanto à condução das pautas vinculadas à formação profissional no PMMB, com o “réves sofrido com a saída do DEPREPS [Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde] da gestão do PMMB, transferido para a SAPS [Secretaria de Atenção Primária à Saúde], reduzindo a capacidade da SGTES de planejar o dimensionamento da força de trabalho no programa e as estratégias formativas atinentes” (Nunes *et al.*, 2024, p. 175).

Implementar o modelo de percurso de aprendizagem pode constituir uma alternativa para atender ao objetivo de possuir um programa de formação continuada baseado nas competências mapeadas e nas competências organizacionais. O uso de trilhas de aprendizagem na educação continuada em saúde pode auxiliar na busca pelo conhecimento dos profissionais de saúde, oportunizando o amadurecimento das aprendizagens colaborativas e mediações de educação presencial/virtual. Mas cabe atentar, por outro lado, para as premissas da EPS e da APS citadas na base legal do PMMB.

O reforço de uma abordagem territorial implica a compreensão aprofundada do contexto social e sanitário em que os profissionais estão

inseridos, permitindo a construção de práticas de cuidado mais adaptadas às necessidades locais. Isso porque o cuidado integral pressupõe uma atenção que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e das comunidades, a fim de garantir um atendimento amplo e humanizado.

Entende-se que, historicamente, nos serviços de saúde a área de formação ou capacitação dos profissionais de saúde ainda é fortemente marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas em capacitações técnico-científicas desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Por isso, a adoção de plataformas digitais para ensino a distância surgiu como alternativa para viabilizar a formação continuada. Contudo, o acesso limitado à conectividade digital em municípios mais afastados ainda representa um entrave. A baixa qualidade da internet prejudica a participação dos médicos em cursos disponibilizados por plataformas como AVASUS e UNA-SUS, o que reduz a adesão e o aproveitamento das atividades formativas (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022). Entende-se que a formação médica no PMMB deve incorporar, no cenário atual de transformação digital na saúde, o uso de tecnologias digitais, metodologias ativas e estratégias inovadoras, garantindo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, acessível e contextualizado às necessidades dos profissionais e das populações atendidas (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022). Mas, apesar do potencial do ensino remoto para democratizar a formação, sua efetividade depende de investimentos que garantam conectividade estável e suporte digital adequado, e de coerência com uma formação que inclua os princípios do SUS e da EPS.

Com base no contexto apresentado e no entendimento de que, além da especialização, os processos de aperfeiçoamento, que utilizam a realidade do serviço como recurso pedagógico, representam importante oportunidade para o desenvolvimento de competências, indaga-se: nos moldes atuais, o conjunto de ações formativas previstas no PMMB se alinha aos marcos teóricos e metodológicos da EPS para promoção de mudanças nas práticas de saúde?

É importante demarcar essa ponderação para reforçar a importância do PMMB no cenário atual brasileiro, que compartilha das mesmas dificuldades que o restante do mundo: hiato entre o perfil de formação e necessidades de saúde; limitada capacidade de análise do contexto; dificuldade para o trabalho em equipe; e distribuição desigual dos

profissionais de saúde nas diferentes regiões dos países (Shimocomaqui *et al.*, 2021).

Por isso, o desenho das estratégias formativas deve ponderar se a educação continuada constitui a escolha mais acertada, visto que é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais.

Essa variedade de perspectivas formativas, ora apoiadas na educação continuada, ora na EPS, decorre do modelo histórico de formação médica disciplinar, pouco comprometido com as transformações sociais e que tem valorizado a formação de especialistas em detrimento da formação de generalistas para atuação na atenção. Um debate atual que precisa ser amplamente refletido.

Pela importância da política de formação no SUS é que se reconhece a capacidade de transformação do PMMB. Não há dúvidas de que o provimento médico se configura como política estratégica de melhoria da qualidade da atenção à saúde diante do cenário de desigualdade na distribuição inter e intrarregional desse profissional no país. A formação de médicos no âmbito do PMMB enfrenta diversos desafios, que vão desde questões estruturais até aspectos pedagógicos e de integração com o SUS. E a coerência de que o provimento venha acompanhado de iniciativas educacionais, uma vez que a mudança na lógica do trabalho precisar vir junto de processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde. É nesse entendimento que reside a necessidade de sistematizar o uso dos princípios da EPS nos ciclos formativos do PMMB, e considerando as abordagens pedagógicas discutidas e disponibilizadas pelo MS via parceria com a UNA-SUS e uma rede de universidades e centros de pesquisas, na retomada do programa, a partir do ano de 2023.

Entre as reflexões, toma fôlego a falta de um sistema padronizado de indicadores que dificulta a mensuração do impacto da EPS na qualidade da assistência prestada. Sem critérios objetivos de monitoramento, torna-se mais complexo identificar boas práticas e corrigir lacunas nos processos formativos. Essa carência limita a construção de uma cultura de avaliação e aprimoramento contínuo, importante para consolidar a formação médica no âmbito do PMMB (Ferreira *et al.*, 2020).

Assim, a SGTES capitaneou algumas propostas, entendendo a necessidade de esforços articulados dos diversos níveis da política e da produção de pesquisas, incluindo projetos em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a exemplo do conduzido pelo grupo de pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que tem contribuído para identificar o modelo de formação dos médicos no PMMB, bem como para averiguar o perfil dos médicos para a proposição de tipologias formativas coerentes com o modelo de APS priorizado no Brasil. Para tanto, apostou na formação de uma rede de apoio com as universidades públicas e escolas de saúde da rede SUS, e nos debates acerca da retomada do financiamento da PNEPS para viabilizar o planejamento abrangente da formação profissional no SUS.

### **Proposições para a efetivação da EPS na formação dos médicos do PMMB**

O PMMB foi desenhado como uma política voltada para o fortalecimento da APS, pretendendo conferir materialidade ao direito à saúde e ao acesso universal e com qualidade. Foi concebido, portanto, como um projeto articulado ao sistema público, incorporando as diretrizes fundamentais do SUS e do modelo de organização da APS (Brasil, 2013, 2023).

A efetivação da EPS na formação dos médicos do PMMB demanda a implementação de estratégias abrangentes que atendam às necessidades da APS e qualifiquem os profissionais para atuar de forma eficaz nos diferentes territórios do país (França; Magnago, 2019). Nesse sentido, o conteúdo e a regularidade das práticas desenvolvidas pelos profissionais do PMMB são um componente fundamental para alcance de uma APS resolutiva e capaz de contribuir para a integralidade do cuidado.

Em consonância com os pressupostos da Estratégia Saúde da Família (ESF), a EPS reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido *a priori* (Oliveira; Santos; Shimizu, 2019), mas também como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos, por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde (Paim, 2002). Em outros termos, parte-se do reconhecimento da necessidade de (re)situar as demandas dos usuários, das famílias e das comunidades como núcleo do processo

de trabalho em saúde. Isso porque a formação profissional no PMMB é um processo contínuo e essencial para o fortalecimento do SUS e a promoção da equidade na APS.

A EPS desempenha um papel central ao integrar ensino e serviço, e ao qualificar médicos para um atendimento mais resolutivo e humanizado. Merece destaque nos resultados encontrados por este estudo que a política de provimento médico possibilitou a reversão de cenários de saúde, nos quais as equipes de ESF, incompletas pela ausência desse profissional, estavam consideravelmente limitadas para promover atenção integral às populações.

Nesse aspecto, é importante destacar algumas dificuldades de infraestrutura nas regiões de atuação: os médicos do PMMB atuam em áreas remotas, carentes e com pouca infraestrutura de saúde e educação. A falta de recursos básicos, como equipamentos, medicamentos e acesso à internet, pode dificultar a prática médica e a continuidade da formação. Além disso, os médicos precisam se adaptar a realidades socioculturais e econômicas diversas, o que exige uma formação que vá além do conhecimento técnico, incluindo habilidades de comunicação, empatia e compreensão das dinâmicas locais.

Merece destaque, ainda, o fato de que o PMMB foca na atenção básica, que exige um perfil de médico generalista, capaz de lidar com uma ampla gama de problemas de saúde. No entanto, muitos médicos recém-formados não têm experiência suficiente nessa área, o que exige um esforço adicional de capacitação e supervisão. A supervisão dos médicos do PMMB é essencial para garantir a qualidade do atendimento, mas muitas vezes há falta de preceptores – médicos experientes – para orientar os profissionais em campo. Isso pode levar a práticas inadequadas ou inseguras, especialmente em regiões com poucos recursos.

A formação dos médicos do PMMB precisa estar alinhada com os princípios e as diretrizes do SUS, mas nem sempre há uma integração eficiente entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Isso pode resultar em uma formação desconectada da realidade prática do sistema público de saúde.

Mudanças políticas e cortes orçamentários podem afetar a continuidade do programa e a qualidade da formação dos médicos. A falta de planejamento a longo prazo pode comprometer os resultados do PMMB. O grande salto será possível quando os princípios da EPS puderem, de fato, ser mais bem incorporados aos itinerários formativos do

PMMB. Para alcançar esse objetivo, a SGTES vem fortalecendo as parcerias interfederativas e interinstitucionais, com vistas a ampliar os elementos centrais da EPS que se enunciam nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do PMMB, no cotidiano dos serviços locais. Nesse cenário, a introdução intencional e sistemática dos princípios da EPS, para que as competências colaborativas se desenvolvam, pode repercutir sobremaneira na melhoria da qualidade da atenção – que é o horizonte maior dessa estratégia.

A articulação intersetorial e a implementação de políticas públicas voltadas à qualificação contínua são fundamentais para garantir a permanência e o desenvolvimento dos profissionais. Pensar estratégias de fortalecimento da educação interprofissional no PMMB é um caminho importante e necessário, para que a política seja sustentável e para que os resultados almejados sejam alcançados e solidificados.

Considerando o PMMB enquanto política recente e a incipiência de experiências documentadas sobre a EPS no contexto nacional, torna-se imperativo estabelecer um processo permanente de reflexão e avaliação dessas propostas. Nessa perspectiva, mais estudos são necessários para testar a influência delas sobre o trabalho em equipe e, por conseguinte, sobre a capacidade de resposta às demandas de saúde da população.

### **Comentários finais**

O fortalecimento da EPS, aliado a políticas de fixação profissional e aprimoramento das condições de trabalho, pode contribuir para a consolidação de um modelo de assistência mais coerente com o modelo priorizado na APS pelo SUS no Brasil.

Ao retomar o debate sobre a formação profissional pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, a proposta da EPS vem sendo construída com base nas noções de aprendizagem significativa e de problematização difundidas pelo autor, constituindo-se, assim, em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde e de educação. Assim, urge explicitar os princípios pedagógicos como a aprendizagem significativa, o processo de aprender a aprender e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem, que se inscrevem na lógica das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como referenciais pedagógicos

inovadores e necessários para a promoção de mudanças visando às práticas integradoras e democráticas.

Os desafios para a formação de médicos no PMMB são complexos e multifacetados, envolvendo questões estruturais, pedagógicas, culturais e políticas. Para superá-los, é necessário um esforço conjunto entre o governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e as comunidades, garantindo que os profissionais tenham as condições necessárias para atuar de forma eficiente e humanizada.

Um ponto que merece especial destaque refere-se à incipiência dos espaços coletivos que deem conta de analisar o cotidiano dos serviços e como as estratégias de formação estão qualificando as práticas, conforme previsto pela PNEPS. Os processos de educação permanente não necessariamente lograram e pouco incluíram os trabalhadores e usuários em espaços coletivos de cogestão, para suscitar debates e reflexões no contexto atual. Nesse aspecto, cabe problematizar o papel dos polos de educação permanente como instâncias de gestão com uma composição embasada no “quadrilátero” configurado por: gestores estaduais e municipais de saúde; formadores, contemplando instituições com cursos para os trabalhadores da saúde; serviços de saúde, representados pelos trabalhadores da área e pelo controle social; ou movimentos sociais de participação no sistema de saúde (Brasil, 2004).

Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho; e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2004). Mas a não apreensão dos objetivos da EPS pelos diversos atores envolvidos na saúde fez com que os polos, como espaços operacionais da política, fossem, inicialmente, compreendidos como estruturas burocráticas criadas pelo governo para a transferência de recursos financeiros.

Sobre os aspectos supramencionados, evidências apontam que a PNEPS se encontra frágil quanto à sua institucionalização (Jesus, Rodrigues, 2022). Percebe-se que a institucionalização da PNEPS está subordinada à vontade política para permanecer na agenda e na dependência da concepção pedagógica praticada nos serviços, bem como no compromisso do secretário de Estado da Saúde em implementar os princípios e as diretrizes dessa política nas pactuações locais. Aspectos que se apresentam como mais um desafio para o MS.

Ademais, as condições e a natureza dos vínculos de trabalho no SUS, que se desdobraram como resultados das políticas neoliberais das conjunturas recentes no Brasil, ampliaram outros desafios para reorganizar a gestão do trabalho e da educação no SUS, como para redimensionar e replanejar a distribuição e a fixação de profissionais, e discutir os múltiplos vínculos, que acabam por aumentar a rotatividade e que tanto impactam a viabilidade da oferta de serviços de saúde de qualidade.

Devido à multiplicidade de informações geradas nesse processo, não foi possível registrar neste capítulo a totalidade dos acontecimentos no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, que possui um longo caminho trilhado com primazia nos dois primeiros anos da retomada do governo Lula. Nesse período, a SGTES tem priorizado conduzir de forma intersetorial os debates e as proposições para a qualificação dos médicos vinculados ao PMMB, que envida esforços para a elaboração de projetos pedagógicos, terapêuticos e sociais que se destinem a atender às reais necessidades de saúde e que alinhem o perfil desses profissionais com o modelo da APS, que busca ampliar o acesso à saúde em diferentes regiões do país como propósito finalístico.

## Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm). Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comunicado*: trilhas formativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/comunicados/comunicado-trilhas-formativas.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e suas Diretrizes Operacionais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_pela\\_saude\\_2006\\_consolidacao\\_SUS.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_2006_consolidacao_SUS.pdf). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37-41, 14 fev. 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0198\\_13\\_02\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0198_13_02_2004.html). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGTES: gente que faz o SUS acontecer*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/eventos/encontro-sgtes-gente-que-faz-o-sus-acometer/publicacoes/encarte-livro\\_sgtes.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/eventos/encontro-sgtes-gente-que-faz-o-sus-acometer/publicacoes/encarte-livro_sgtes.pdf). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde. Especial 20 anos da SGTES: avanços e conquistas da SGTES. *Site do Observatório História e Saúde*, Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: [https://ohs.coc.fiocruz.br/documento\\_de\\_trab/especial-20-anos-da-sgtes-a-sgtes-hoje-e-os-desafios-na-contemporaneidade/](https://ohs.coc.fiocruz.br/documento_de_trab/especial-20-anos-da-sgtes-a-sgtes-hoje-e-os-desafios-na-contemporaneidade/). Acesso em: 13 fev. 2025.

CAVALCANTE, D. F. B. *et al.* Impacto financeiro da alteração do perfil de vulnerabilidade no Programa Mais Médicos. *Revista de Saúde Pública*, **São Paulo**, v. 54, p. 1-11, 2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. *Educação permanente em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CUBAS, L.; SCALCO, D. L.; DUARTE, M. G. Intenção de saída de médicos de família e comunidade da Atenção Primária de Florianópolis e fatores associados. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 1-10, 2024.

DIAS, A. S. *A supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência do grupo especial de supervisão*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/24398/1/2017\\_AndersonSalesDias%E2%80%8B\\_PARCIAL.pdf](http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/24398/1/2017_AndersonSalesDias%E2%80%8B_PARCIAL.pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.

EMERICH, T. B. *et al.* Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Brasil: modelo lógico e proposta de indicadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-14, 2020.

ENGSTROM, E. M.; CARVALHO, M. S.; CASTRO, C. P. Programa Mais Médicos: avaliação e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3435-3446, 2016.

FERREIRA, L. *et al.* Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pbpbPW9w6J9yc8Vfw4wqd6zy/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 4-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe1/4-7/pt/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

FREITAS, F. P. P.; CHIAVON, A. C. D.; MIRANDA, C. Z. Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220086/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

GARCIA, E. G. *et al.* Perfil dos médicos Programa Mais Médicos na Bahia e a utilização da ferramenta do Telessaúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 222-234, 2022.

GENEROSO, M. B.; ROSSI, H.; MAZAFERRO, P. O que é Residência Médica em Rede?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 2, p. 1-5, 2024.

HIGASHIJIMA, M. N. S. *et al.* Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1234-1245, 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/principios-e-caracteristicas-da-educacao-permanente-em-saude-resgate-e-resistencia-em-favor-de-um-sus-potente-e-em-defesa-da-vida/19096?id=19096&id=19096>. Acesso em: 5 jul. 2025.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>. Acesso em: 5 nov. 2025.

LEITÃO, M. H. A. *et al.* Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-12, 2020.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SckptYNhf55hptzjCFy8BND/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

MEDINA, M. G. *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 346-360, 2018.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016.

- NASCIMENTO FILHO, R.; ROCHA, C. R. Percepções dos médicos do PMMB sobre formação e prática na APS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2018.
- NUNES, T. C. M. *et al.* 20 anos Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação: memória e trajetória histórica. Salvador: Edufba, 2024.
- OLIVEIRA, F. P. de *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019.
- OLIVEIRA, L. K. C.; ALCÂNTARA, L. A.; OTONI, M. G. Gestão do trabalho e educação em saúde na atenção primária à saúde. *Biblioteca Digital FAMINAS*, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://bibliotecadigital.faminas.edu.br/jspui/bitstream/10.31.16.45/332/1/Gest%C3%A3o%20do%20Trabalho%20ciclo%201.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 36-54, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fTrPgTbX5SmFQFbJpsn8DQb/>. Acesso em: 13 fev. 2025.
- PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Ed. ISC-CEPS, 2002.
- PAIM, J. S.; COUTINHO, L.; OLIVATTO, S. C. Desafios da conectividade digital na Atenção Primária e os impactos no ensino a distância. *Revista Brasileira de Saúde Digital*, Muriaé, 2022. **Não paginado.**
- PEDROSO, V. G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 88-93, 2005.
- PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.
- RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, Botucatu, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018.
- SANTOS, W. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019.
- SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C.; FONTENELLE, L. F. Crise global da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 1-5, 2024.
- SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

SHIMOCOMAQUI, G. B. *et al.* Educação à Distância e o “Programa Mais Médicos”: aprimoramento das práticas em saúde na Atenção Básica em um município do Amazonas. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 221-230, 2021.

SOARES, C. L. M. *et al.* O Programa Mais Médicos na produção científica brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 98-118, 2022.

# UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE FORMAÇÃO

## Avanços e desafios para qualificar os médicos dos Programas de Provimto no Brasil

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento  
Ana Edith Marques Leitão Gouveia  
Maria Fabiana Damásio Passos  
Alysson Feliciano Lemos

### Apresentação

O presente capítulo tem como objetivo descrever os elementos que influenciaram a necessidade premente de garantir ferramentas de expansão do conhecimento e a articulação de uma rede de ensino que viabilizasse a construção das propostas atuais de formação em saúde no programa. Resgatar as experiências de inovação pedagógica mostrou-se uma questão central para alavancar a mudança do processo formativo no programa. Além disso, apresentou as diferentes propostas formativas ao longo dos últimos anos e as contribuições da rede – por meio do trabalho colaborativo e coletivo, demarcado histórica e oficialmente – para a implantação de novas arquiteturas curriculares, bem como para a oferta de informações qualificadas pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais, e de cursos e recursos educacionais, especialmente voltados às demandas educacionais do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e do Programa Mais Médicos (PMM), pactuadas com o Ministério da Saúde.

A proposta deste capítulo é descrever os principais aspectos históricos que subsidiaram a estruturação da Universidade Aberta do Sistema

Único de Saúde (UNA-SUS), para constituir-se na principal rede de universidades e centros de pesquisas voltados para a formação profissional em saúde no SUS, com ênfase para as contribuições relativas à formação dos médicos para atuarem em programas de provimento no Brasil.

## Introdução

É inegável que as tecnologias estão e estarão cada vez mais presentes nas diferentes áreas da vida do ser humano. A saúde, como parte desse ecossistema, sofre influência do mundo digital e usufrui dos benefícios e das ferramentas proporcionados por ele. No entanto, os profissionais da saúde permanecem sendo a pedra angular dos sistemas de saúde. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), entre seus países-membros, o número de trabalhadores médicos saltou de 2,9 milhões, no ano 2000, para 3,6 milhões, em 2013. Apesar disso, as preocupações com a escassez de profissionais persistiram, o que fez com que esses países ampliassem o número de estudantes nos programas de educação médica ao longo da última década. Diante disso, as inquietações passaram da escassez para o desafio de garantir arranjos mais adequados que conjugassem os profissionais de saúde e suas competências com a prestação de serviços nos locais certos, para responder da melhor forma às mudanças e às necessidades de saúde da população (Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2016).

Quadro semelhante vive o Brasil, que, apesar do aumento massivo no número de médicos, enfrenta problemas relacionados à desigual distribuição desses profissionais por seu território. Dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) referem que a maior parte dos estados brasileiros duplicou seu número de médicos entre os anos de 2010 e 2024. Contudo, ao se verificar os índices de razão de médicos por 1 mil habitantes, ficam evidentes os desequilíbrios tanto socioeconômicos quanto de infraestrutura de saúde. Observa-se uma concentração dessa força de trabalho em regiões com maior desenvolvimento socioeconômico, em detrimento de outras que acabam ficando descobertas ou pouco assistidas. Enquanto o Distrito Federal (média 6,3) e o Rio de Janeiro (média 4,3) superam a média observada entre os países-membros da OCDE, de 3,7, estados como Pará (média 1,4) e Maranhão (média 1,3), apesar da melhora em seus índices, seguem como representantes das regiões com as menores razões médico por 1 mil habitantes do país

– Norte com 1,73 e Nordeste com 2,2 –, realidade que os coloca consideravelmente distantes da média nacional de 3,7 (Conselho Federal de Medicina, 2024b).

Com 390 escolas médicas em atividade e aproximadamente 42 mil vagas sendo ofertadas por ano, o Brasil conta com quase 600 mil profissionais médicos em atividade atualmente (Conselho Federal de Medicina, 2024a). Garantir que esse contingente crescente esteja preparado e, além disso, seja alocado conforme o que a população demanda exige um olhar atento, atualizado e estratégico por parte dos governantes. Como o dever de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, segundo texto da Constituição de 1988, em seu Artigo 200 (Brasil, 2016, p. 120), é do SUS, diferentes iniciativas empreendidas no SUS buscam capacitar, atrair e fixar médicos e médicas nas regiões que mais carecem, tendo como foco especial a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que mais de 80% das necessidades em saúde dos indivíduos, durante sua vida, podem ser atendidas nesse nível de complexidade, que possui caráter acessível, ampliado e comunitário (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

Entre as ações de provimento implementadas para enfrentar a problemática dos vazios assistenciais, destaca-se o Provac. Esse programa foi lançado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), por meio da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011 (Universidade Aberta do SUS, 2018), e foi suspenso em 2017 (JusBrasil, 2022). Tinha como objetivo promover a qualificação de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros para atuação em regiões prioritárias (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013). Ao aderir ao Provac, o profissional tinha o compromisso de atuar por 12 meses em locais nos quais, historicamente, a contratação de médicos é difícil, tais como as periferias das grandes cidades, municípios do interior, semiárido nordestino, comunidades indígenas, entre outros. O profissional recebia uma bolsa de educação pelo trabalho no valor de 8 mil reais, contava com supervisão de suas atividades por uma instituição de ensino de referência no Brasil, e cursava uma pós-graduação em Saúde da Família, ofertada pela Rede UNA-SUS. Além disso, os médicos que obtivessem avaliação com nota superior a 7,0 ganhavam uma pontuação extra de 10% em provas de residência médica do país (Brasil, 2013c).

Segundo Pinto (2021, p. 24), o Provac “foi o embrião de uma das políticas mais importantes que o Brasil já teve – o Mais Médicos”. Quando

lançado em 2013, no governo Dilma Rousseff, por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o PMM (Brasil, 2013a) incorporou ao eixo “provimento” as diretrizes que compunham o núcleo da proposta do Provab. De modo geral, os grandes eixos que constituíam o programa abarcavam tanto o provimento emergencial de médicos quanto o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde, além de mudanças na formação médica (Pinto, 2021). Em 2014, inclusive, o Ministério da Saúde possibilitou a migração dos participantes entre os programas, com a condição de que permanecessem nos municípios em que já estivessem atuando (Araújo; Michelotti; Ramos, 2017).

Já no governo Jair Bolsonaro, que sucedeu o de Dilma, foi proposta, em 2019, a substituição gradativa do PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) (Brasil, 2019c). Instituído pela Lei nº 13.958, de 19 dezembro de 2019, o PMpB tinha como objetivos promover a oferta de serviços médicos em regiões de difícil provimento e em locais de vulnerabilidade, além de incentivar a formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no contexto da APS (Brasil, 2019a). Com a eleição de Lula em 2022, o PMM foi retomado, mantendo seus eixos norteadores originais. No entanto, foi possível observar algumas mudanças, como maior número de municípios atendidos, ampliação significativa das vagas para médicos e aumento no número de instituições supervisoras, responsáveis pela supervisão acadêmica dos médicos do PMMB (Conselho de Secretários Municipais de Saúde, 2024).

A sequência de mudanças nos programas de provimento evidencia a importância da pauta no cenário brasileiro. Tendo em vista que o país ainda enfrenta sérias dificuldades relacionadas à saúde de sua população, é esperado que haja um empenho constante voltado ao aprimoramento desses programas.

### **A origem e a construção do Sistema UNA-SUS e o impacto na formação dos profissionais de saúde**

O Sistema UNA-SUS foi criado com o objetivo de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no SUS por meio do desenvolvimento da modalidade de Educação a Distância (EaD) na área da saúde (Brasil, 2010).

Construído na lógica do acesso aberto ao conhecimento, no formato livre e gratuito, o Sistema UNA-SUS tem se destacado por sua habilidade em promover inovação no campo educacional, sustentando-se

em uma estrutura composta por três elementos interdependentes entre si: a *Rede UNA-SUS*, considerada a base do sistema, é formada por 35 instituições públicas de ensino superior, credenciadas pelo MEC para ofertar EaD; o *Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (Ares)*, que agrega os cursos e os recursos educacionais que foram produzidos pela Rede UNA-SUS e permite o *download* e a reutilização dos recursos educacionais digitais; e, por fim, a *Plataforma Arouca*, banco nacional do SUS que funciona como um cadastro único da UNA-SUS, reunindo os dados dos cursos e das ofertas educacionais, além do registro histórico dos profissionais de saúde e seus certificados educacionais (Oliveira *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2023).

As instituições públicas de educação superior que compõem a Rede UNA-SUS têm se empenhado em ampliar o acesso a cursos e conteúdos *on-line* de qualidade para profissionais de saúde, estudantes e gestores do SUS, independentemente da localização geográfica ou dos recursos disponíveis. Com isso, têm obtido resultados expressivos e se consolidado como referência na educação em saúde no âmbito do território nacional (Gasque *et al.*, 2024).

As ofertas educacionais acompanham as necessidades de cada território e atendem às especificidades de cada público, além de buscar soluções para os problemas de saúde pública. A variedade de ofertas inclui cursos abertos *on-line*, de extensão, de aperfeiçoamento e de especialização, voltados aos profissionais dos programas de provimento, além de mestrados profissionais que abordam os mais diversos temas na área da saúde – desde assuntos específicos, como diagnóstico e tratamento de doenças, até temáticas mais abrangentes, como políticas públicas em saúde.

Além de ofertar cursos e conteúdos educacionais, é importante destacar que a Rede UNA-SUS também tem se dedicado a realizar pesquisas relevantes com papel fundamental na produção de conhecimento, na geração de evidências científicas e no aprimoramento das práticas e da educação em saúde (Souza *et al.*, 2023).

### **PMM: uma visão atualizada**

Os vazios assistenciais ainda são um problema crônico no Brasil, a despeito do aumento no número de médicos observado a cada ano. Em regiões mais vulneráveis do Norte e Nordeste e nas periferias dos centros urbanos, por exemplo, a disponibilidade de profissionais

é insuficiente e revela as disparidades na distribuição de profissionais no território nacional (Conselho Federal de Enfermagem, 2024) – enquanto no Rio de Janeiro a densidade de médicos por 1 mil habitantes era de 4,3 em janeiro de 2024, no Maranhão correspondia a apenas 1,3, no mesmo período (Conselho Federal de Medicina, 2024c). Evidentemente, a situação já esteve mais dramática. Em 2011, a densidade de médicos nesses mesmos estados era de 3,57 e 0,68, respectivamente (Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso, 2011, 2024).

Foi nesse mesmo ano (2011) que o Ministério da Saúde realizou uma chamada nacional para médicos, por meio do pioneiro Provab, que buscou atrair profissionais para regiões periféricas e de extrema pobreza, ao mesmo tempo em que garantia aos participantes um acréscimo na pontuação do processo seletivo para residência médica. Se, a princípio, o programa contou com a participação de 380 médicos, esse número chegou a mais de 3 mil profissionais ao ano quando mudanças foram implementadas e o programa passou a oferecer também especialização e pagamento de bolsas (Brasil, 2015). Apesar disso, sozinho, o Provab não foi capaz de corrigir os déficits de todos os municípios, como explicitou a campanha “Cadê o Médico?”, da Frente Nacional de Prefeitos (FNP), realizada em janeiro de 2013. Nessa época, o Provab contava com 3.579 médicos em atuação (Frente Nacional de Prefeitos, 2016).

Nesse cenário, com número insuficiente de médicos, má distribuição desses profissionais pelo país e insatisfação por parte dos prefeitos e da população, foi criado, em 2013, o PMM, uma das principais políticas públicas voltadas à melhoria da assistência aos usuários do SUS, que se propôs, sobretudo, a levar médicos para regiões remotas, vulnerabilizadas, nas quais houvesse escassez ou mesmo ausência desses profissionais. Além do recrutamento e da alocação de profissionais, o PMM investiu em formação, disponibilizando treinamento em serviço, curso de especialização e supervisão em parceria com as principais instituições de ensino brasileiras (Brasil, 2025a).

Em 2015, o governo federal garantiu a permanência de 18.240 médicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o Brasil e assistência a cerca de 63 milhões de pessoas, em 4.058 municípios. Quando se compara o ano de 2012 ao de 2015, nota-se que, com o PMM, o crescimento no número de médicos passou de 388.015 médicos (2012) para 437.440 médicos (em junho de 2015) – um aumento de 12,7%. Sem o programa,

esse crescimento teria sido de apenas 9,5%. Já uma comparação entre municípios aderidos e não aderidos ao PMM (2012-2014) demonstrou que, em 2013, os municípios aderidos obtiveram cerca de 11,6% de aumento no número de médicos, enquanto entre os não aderidos o crescimento foi de 2,9% (Brasil, 2015). Ademais, em pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em 2015, com 14 mil pessoas, 85% dos entrevistados identificaram melhora na qualidade da assistência no SUS, com aumento no número de consultas, no acompanhamento em saúde e na resolução de problemas pós-atendimento médico (Nescon, 2015).

Com a mudança de governo, ocorrida em 2018, surgiu a proposta de um novo programa de provimento, o PMpB, lançado em 2019 e que gradativamente viria a substituir o PMM (Brasil, 2022). As principais propostas desse programa eram: 1) possibilitar a alocação de médicos em municípios de alta vulnerabilidade, nos quais há dificuldade para atração e fixação de profissionais; 2) promover a formação de médicos de família e comunidade, com intuito de diminuir o déficit desses especialistas no país; 3) oferecer melhores condições de vínculo e trabalho aos médicos da APS; e 4) estabelecer o provimento médico de maneira continuada, não emergencial (Brasil, 2019b).

De acordo com comparativo divulgado em 2022, no primeiro ano do PMM (2013), o número de municípios atendidos era de 1.990. Em 2017, passou para 3.845 e, em 2021, chegou a 3.815 cidades. Já naquele momento, em 2022, os dois programas de provimento, juntos, alcançavam 4.448 dos 5.570 municípios do país (Brasil, 2023b).

Após nova mudança governamental, houve a retomada do PMM, efetivada em 2023. Conforme veiculado em entrevista realizada com a ministra da Saúde da época, Nísia Trindade, em outubro de 2024, em menos de dois anos após esse retorno, o PMM atingiu cerca de 80% dos 4,9 mil municípios com população inferior a 52 mil habitantes, estando presente em 3.901 dessas cidades. Além disso, passou a contar com mais de 25 mil médicos em atividade, quase o dobro dos 13 mil encontrados na transição governamental. Adicionalmente, destacou em seu pronunciamento os avanços obtidos pelo PMM nas áreas de maior vulnerabilidade social, considerando que 60% dos médicos participantes do PMM estavam alocados nessas regiões. Uma novidade do programa de 2023 foi a abertura inédita de vagas para a Amazônia Legal, o que possibilitou que alguns municípios de estados, como Maranhão, Amazonas e Tocantins, passassem a ter médicos pela primeira vez. Ainda, um edital lançado no primeiro semestre de 2024 ofereceu

196 vagas voltadas à assistência aos povos tradicionais nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Conforme divulgado, houve um incremento significativo no número de médicos presentes nos territórios indígenas, que foi de 242, em 2022, para 570, no final de 2024 – um aumento de 135% (Brasil, 2024a).

Nessa nova edição do PMM, a partir de 2023, os médicos têm a chance de fazer especialização e mestrado por meio da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde. Além disso, visando apoiar a permanência de médicas no programa, foi oferecida complementação do auxílio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) durante licença-maternidade, de modo a possibilitar o alcance do valor regular da bolsa ofertada aos demais participantes (Brasil, 2023a). Outra novidade foi a oferta de vagas de ação afirmativa, contemplando pessoas com deficiência e grupos étnico-raciais – pessoas negras, quilombolas e indígenas. Para esse edital, foram recebidas 33 mil inscrições, o que determinou uma concorrência de 10,4 candidatos por vaga. A previsão é a de que esse aumento no número de profissionais beneficie cerca de 10 milhões de brasileiros (Brasil, 2024a).

Em março de 2025, o Ministério da Saúde anunciou mais um edital, com previsão de contratação de mais 2.279 médicos, o que possibilitará alcançar, em breve, a marca de 28 mil profissionais em atuação em todo o Brasil. Recentemente, o ministério também recebeu mais 402 médicos formados no exterior, que iniciaram suas atividades a partir de abril, sendo inicialmente alocados em cerca de 180 municípios e 15 DSEIs (Brasil, 2025b).

Segundo destacou o diretor do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária (DGAPS), 2025 será um ano de consolidação do trabalho, das metas e das políticas que foram reintroduzidas no início da gestão (Brasil, 2024b). Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, o investimento em programas de provimento deve continuar, tendo em vista que a prioridade é a assistência à população, que deve sempre ocupar o centro das discussões, independente do governo em exercício.

## **O PMM e a formação para o SUS**

Conforme exposto anteriormente, o Sistema UNA-SUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa oferecer capacitação continuada aos profissionais de saúde por meio da EaD. Criada para atender às demandas de qualificação do SUS, a UNA-SUS permite a ampliação

do acesso à educação permanente, facilitando a atualização profissional e a disseminação de boas práticas em diferentes áreas da saúde pública.

Nesse contexto, a capacitação dos médicos participantes dos programas de provimento, como o PMM, é essencial para garantir uma atenção básica de qualidade em regiões onde há escassez de profissionais. Por meio da colaboração com instituições de ensino parceiras, a UNA-SUS viabiliza a oferta de oportunidades educacionais que contribuem para a qualificação desses profissionais, promovendo a melhoria da assistência à saúde da população e o fortalecimento das políticas públicas de saúde. Até abril de 2025, a UNA-SUS registrou mais de 10 milhões de matrículas, em mais de 540 cursos oferecidos gratuitamente em todo o território nacional, dos quais aproximadamente 50% dos profissionais capacitados são oriundos da atenção básica. Além disso, foram ofertados 50 cursos de especialização, distribuídos em 290 turmas, com um foco significativo na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na qualificação de médicos do PMM e do Provab.

### Os cursos de especialização

A UNA-SUS se responsabiliza pela especialização acadêmica dos médicos inseridos nos programas de provimento do Ministério da Saúde, como o PMM e o Provab. Como resultado, 43.150 matrículas foram realizadas nessas especializações entre os anos de 2013 e 2022, segundo a Plataforma Arouca, resultando em mais de 31 mil médicos aprovados nos cursos de especialização, conforme Tabela 1, a seguir.

**TABELA 1** Distribuição dos médicos participantes do PMM pelas instituições de ensino do Sistema UNA-SUS entre os anos de 2013 e 2022

Instituições ofertantes – Situação no curso ESF/PMM	Aprovado	Reprovado	Evadido	Total Geral
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	5.673	779	404	6.856
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	4.994	137	670	5.801
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	2.912	521	700	4.133
Universidade Federal do Ceará (UFC)	2.943	111	507	3.561
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	2.606	741	45	3.392
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Mato Grosso do Sul	2.734	406	250	3.390
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	2.120	591	178	2.889

Instituições ofertantes – Situação no curso ESF/PMM	Aprovado	Reprovado	Evadido	Total Geral
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	1.521	805	41	2.367
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	1.338	214	761	2.313
Universidade Federal de Pelotas (UFPeI)	1.317	505	286	2.108
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ)	966	196	11	1.173
Universidade de Brasília (UnB)	754	3	215	972
Universidade Federal do Pará (UFPA)	703	128	117	948
Universidade Federal do Piauí (UFPI)	364	43	253	660
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	189	39	270	498
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)	140		73	213
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	125	23	41	189

Fonte: Plataforma Arouca (2025).

Os cursos de especialização em Atenção Básica oferecidos pela UNA-SUS contribuíram significativamente para a formação dos profissionais de saúde, com a promoção de uma reflexão crítica sobre as práticas clínicas e os processos de trabalho, incentivando a troca de experiências e a mudança organizacional nas unidades de saúde e favorecendo uma compreensão mais qualificada e aplicação efetiva das políticas de saúde do SUS.

A análise da oferta desses cursos aos profissionais vinculados aos programas de provimento revela dados significativos para o campo da saúde pública brasileira. O estudo, que contemplou 41,1 mil profissionais, incluindo médicos, dentistas e enfermeiros, evidenciou não apenas os índices de conclusão dos cursos, mas também permitiu a análise aprofundada de 2.163 Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs). Os resultados mostraram que os cursos impulsionaram a reflexão sobre a prática, a mudança no processo de trabalho e o aumento do conhecimento sobre o SUS. Os temas mais frequentes nos TCCs foram doenças crônicas e saúde da mulher, da criança e do idoso.

### Especialização em MFC

Com a reestruturação do PMM em 2023, por meio da Lei nº 14.621, de 4 de julho de 2023, foi lançada a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, que tornou ainda mais complexa a qualificação dos participantes. A partir de então, todos os médicos ingressantes no PMMB passaram a ter como requisito a conclusão

de uma especialização em MFC de dois anos, com currículo voltado especificamente à prática clínica na APS e à abordagem familiar e comunitária.

Essa nova especialização, implementada a partir do início de 2024, diferencia-se da oferta anterior em Saúde da Família por ser estruturada por competências estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e focada exclusivamente na formação do médico de família, em vez de um enfoque multiprofissional. O curso de MFC tem carga horária de 1.185 horas, desenvolvido na modalidade EaD, com momentos síncronos e facilitação *on-line*, distribuído em sete eixos curriculares e 37 módulos no total. O eixo transversal do curso inclui a elaboração de um TCC aplicável à realidade de atuação do médico. Segue na Tabela 2 a situação e a distribuição dos mais de 18 mil médicos matriculados até abril de 2025, de acordo com as instituições ofertantes do curso.

**TABELA 2** Situação e distribuição dos médicos do PMM de acordo com as instituições ofertantes

Situação/instituição de ensino superior	Cursando	Evadido	Falecimento	Reprovado	Trancamento de curso	Total
Fiocruz – Mato Grosso do Sul	1.266	54	3	5	1	1329
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	1.877	63	-	5	-	1945
UFC	1.815	170	1	17	-	2003
UFMA	1.736	213	1	49	1	2000
UFMG	1.684	125	1	12	-	1822
UFSC	3.659	194	-	12	4	3869
UnB	1.893	69	-	30	-	1992
Unifesp	3.750	206	1	57	3	4017
<b>Total</b>	<b>17.680</b>	<b>1.094</b>	<b>7</b>	<b>187</b>	<b>9</b>	<b>18977</b>

Fonte: Sistema de Monitoramento da Secretaria Executiva da UNA-SUS (2025).

A UNA-SUS disponibiliza, adicionalmente, um curso de especialização focado na saúde indígena, produzido e ofertado pela Unifesp. O objetivo principal da especialização é formar profissionais com *expertise* em saúde indígena, dotando-os de habilidades em áreas como antropologia, política, epidemiologia e saúde pública. Essa abordagem multidisciplinar reconhece sua complexidade, que envolve não apenas aspectos biológicos, mas também dimensões culturais, sociais

e políticas. Ao desenvolver essas competências, o curso busca preparar os profissionais para uma atuação mais integral e eficaz junto a essas populações.

### **A supervisão acadêmica**

No contexto do PMM, a supervisão acadêmica é definida como o acompanhamento contínuo dos médicos que atuam nas UBS, realizado por supervisores e tutores selecionados em instituições de ensino e saúde. A Portaria nº 585, de 10 de junho de 2013, do MEC, ampliou significativamente essa definição, atribuindo à supervisão objetivos que vão além da relação tradicional entre supervisor e estudante (Brasil, 2013b).

Os objetivos centrais dessa supervisão, conforme estabelecido pela referida portaria e outras fontes, incluem o fortalecimento da educação permanente em saúde, a promoção da integração entre ensino e serviço, a melhoria da qualidade da APS, a facilitação da formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e a articulação dos eixos educacionais do PMM (Brasil, 2013a; Souza, 2017). Adicionalmente, a supervisão visa fomentar práticas de cuidado críticas e reflexivas entre os médicos participantes (Souza, 2017), apoiar o aprendizado da prática médica na APS, incluindo o conhecimento das normas institucionais (Souza, 2022), e incentivar a qualificação técnica e em saúde dos médicos (Souza, 2017).

A supervisão acadêmica integra as ofertas educacionais do programa e implica visitas periódicas e regulares aos médicos participantes (Aguiar; Macedo, 2018; Brasil, 2014). A proximidade da supervisão acadêmica com os médicos em seus locais de trabalho permite uma reflexão sobre o processo de trabalho, a implementação do serviço, o trabalho em equipe e o território com seus determinantes sociais (Souza, 2017).

O Web Portfólio Mais Médicos (WP/PMMB) é uma ferramenta fundamental para a gestão do PMMB, desenvolvida pela Secretaria Executiva da UNA-SUS. Esse sistema computacional oferece uma plataforma eficaz para o registro e o acompanhamento de diversas atividades acadêmicas e administrativas dos médicos participantes, supervisores e tutores, facilitando também a comunicação entre todos os envolvidos.

O WP/PMMB centraliza a documentação das atividades de supervisão acadêmica, permitindo a emissão de relatórios para comprovação

das atividades e liberação dos pagamentos de bolsas, além de fornecer suporte técnico por meio da equipe da UNA-SUS. A ferramenta se destaca por seu papel na supervisão longitudinal, que ocorre virtualmente, otimizando recursos ao eliminar a necessidade de deslocamentos físicos, refletindo a adaptação do programa às necessidades modernas de gestão educacional e supervisão.

Até março de 2025, o WP/PMMB registrou a participação de 21.449 médicos ativos, com a colaboração de 2.357 supervisores e 221 tutores, todos distribuídos por 88 instituições supervisoras. Esses números demonstram a extensiva rede de profissionais e instituições engajadas no projeto, ressaltando a abrangência e a profundidade do impacto do PMMB. Segue a relação de instituições supervisoras do programa (Tabela 3).

**TABELA 3** Relação de instituições supervisoras do PMMB

Instituição supervisora	Sigla
Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia	ESF-VS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis	ESP Florianópolis
Escola de Saúde Pública de Santa Catarina	ESPSC
Escola de Saúde Pública do Ceará	ESP/CE
Escola de Saúde Pública do Maranhão	ESP/MA
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	FMUSP
Faculdade de Medicina de Marília	Famema
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Famerp
Faculdade Pequeno Príncipe	FPP
Fundação do ABC	FUABC
Fundação Universidade de Pernambuco	FCM/UPE
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso	UFMT
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	UFMS
Fundação Universidade Federal de Rondônia	UNIR
Fundação Universidade Federal de São Carlos	UFSCar
Fundação Universidade Federal de Sergipe	UFS
Fundação Universidade Federal do Acre	UFAC
Fundação Universidade Federal do Pampa	Unipampa
Fundação Universidade Federal do Piauí	UFPI
Hospital Nossa Senhora da Conceição	HNSC
Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde	ICEPi
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	Imip

Instituição supervisora	Sigla
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	PUC-Campinas
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	PUC-SP
Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas	SES/AL
Secretaria de Estado da Saúde de Amazonas	SES/AM
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	Sesab
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	SMSA/BH
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	SMS/Campinas
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	SMS/Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares	SMS/GV
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	SMS/RJ
Secretaria Municipal de Saúde do Recife	SMS/Recife
Universidade Católica de Pelotas	UCPel
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira	Unilab
Universidade de Brasília	UnB
Universidade de Brasília – Grupo Especial de Supervisão	UnB-GES
Universidade do Estado do Pará	UEPA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	UERJ
Universidade do Extremo Sul Catarinense	Unesc
Universidade Estadual de Campinas	Unicamp
Universidade Estadual de Feira de Santana	UEFS
Universidade Estadual de Londrina	UEL
Universidade Estadual de Montes Claros	Unimontes
Universidade Estadual de Santa Cruz	UESC
Universidade Estadual do Piauí	Uespi
Universidade Estadual Paulista	Unesp
Universidade Federal da Bahia	UFBA
Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó	UFFS Chapecó
Universidade Federal da Integração Latino-Americana	Unila
Universidade Federal da Paraíba	UFPB
Universidade Federal de Alagoas	UFAL
Universidade Federal de Campina Grande	UFCG
Universidade Federal de Catalão	UFCAT
Universidade Federal de Goiás	UFG
Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF
Universidade Federal de Lavras	UFLA
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG
Universidade Federal de Ouro Preto	UFOP

Instituição supervisora	Sigla
Universidade Federal de Pelotas	UFPeL
Universidade Federal de Pernambuco, Campus Recife	UFPE Recife
Universidade Federal de Roraima	UFRR
Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC
Universidade Federal de Santa Maria	UFSM
Universidade Federal de São João del-Rei	UFSJ
Universidade Federal de São Paulo	Unifesp
Universidade Federal de Uberlândia	UFU
Universidade Federal de Viçosa	UFV
Universidade Federal do Amapá	Unifap
Universidade Federal do Amazonas	UFAM
Universidade Federal do Cariri	UFCA
Universidade Federal do Ceará	UFC
Universidade Federal do Delta do Parnaíba	UFDPAr
Universidade Federal do Espírito Santo	UFES
Universidade Federal do Maranhão	UFMA
Universidade Federal do Oeste da Bahia	UFOB
Universidade Federal do Pará	UFPA
Universidade Federal do Paraná	UFPR
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	UFRB
Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ
Universidade Federal do Rio Grande	FURG
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Natal	UFRN Natal
Universidade Federal do Rio Grande Do Sul	UFRGS
Universidade Federal do Tocantins	UFT
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Bahia	Univasf/BA
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina	Univasf/PE
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	UFVJM
Universidade Federal Rural do Semi-Árido	Ufersa

Fonte: Web Portfólio (2025).

Entre os instrumentos de supervisão utilizados e documentados pelo WP/PMMB, destaca-se o “Relatório de Supervisão Periódica: Acompanhamento Longitudinal (RSP/AL)”, que é o principal formulário preenchido durante as supervisões virtuais. Esse formulário foi utilizado para registrar 724.672 atividades de supervisão desde sua implementação em outubro de 2015. Além disso, o sistema registrou 558.174 relatórios

de “Visita de Supervisão in loco” e 201.671 relatórios do “Encontro de Supervisão Locorregional”.

Esses dados não só evidenciam o funcionamento eficiente e a adaptabilidade do WP/PMMB, como também destacam a contribuição significativa do sistema para a gestão do PMM. A plataforma continua evoluindo, com planos futuros de integrar ainda mais funcionalidades para aprimorar a supervisão e a gestão acadêmica dos profissionais envolvidos. A seguir, a tabela demonstrativa do uso dos instrumentos no sistema até março de 2025 (Tabela 4).

**TABELA 4** Instrumentos de supervisão preenchidos pelos supervisores desde o início do PMM

Tipo de relatório	Quantidade
Relatório de Primeiras Impressões	30.266
Relatório da Primeira Visita de Supervisão	33.019
Relatório de Supervisão Periódica: Visita in loco	558.174
Relatório do Encontro de Supervisão Locorregional	201.671
Relatório de Supervisão Periódica: Acompanhamento Longitudinal	724.672

Fonte: Web Portfólio (2025).

### Os cursos de curta duração

A produção e a oferta de cursos de curta duração do UNA-SUS para os médicos do PMM foram estimuladas desde o início do programa. Entre os cursos mais relevantes para os médicos do PMM, destacam-se aqueles relacionados à atenção básica, às doenças prevalentes no Brasil, aos protocolos clínicos e às diretrizes terapêuticas do SUS.

Além das especializações formais, a UNA-SUS, em conjunto com as secretarias do Ministério da Saúde, disponibilizou uma variedade de cursos autoinstrucionais – de curta duração e sem tutoria – para atender às demandas específicas de conhecimento dos médicos do PMM. Esses cursos, normalmente abertos a todos os interessados no país, foram amplamente divulgados aos participantes do PMM.

De acordo com a Plataforma Arouca, até o presente momento foram oferecidos 476 cursos produzidos e disponibilizados por 23 instituições que compõem a rede do Sistema UNA-SUS. São 64.082 profissionais ou Cadastros de Pessoas Físicas (CPF) considerados, com mais

de 350 mil matrículas realizadas e 170 mil certificados de conclusão emitidos até agora.

**TABELA 5** Top 20 dos cursos com mais alunos do PMM

UFMG	Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde	Qualificação profissional	60	6.190	2.533
Fiocruz – Brasília	Atualização do Manejo Clínico da Influenza	Qualificação	6	6.106	4.249
UFCSPA	Hemograma, Anemia e Linfadenopatia	Qualificação profissional	30	6.036	2.458
UnB	Documentos Médicos	Qualificação profissional	60	5.627	1.968
Fiocruz – Mato Grosso do Sul	Manejo Clínico de Chikungunya	Qualificação profissional	30	5.522	2.156
Fiocruz – Brasília	Dengue: Casos Clínicos para Atualização do Manejo	Qualificação	10	5.421	3.564
Fiocruz – Mato Grosso do Sul	Zika: Abordagem clínica na Atenção Básica	Qualificação profissional	45	5.290	1.642
Secretaria Executiva da UNA - SUS	Hanseníase na Atenção Básica	Qualificação profissional	45	4.693	2.157
Fiocruz – Brasília	Hanseníase na Atenção Básica	Qualificação	45	4.653	2.363
Secretaria Executiva da UNA - SUS	Atualização do Manejo Clínico da Dengue	Qualificação profissional	10	4.630	2.812
UFMG	Propedêutica Cardiovascular na Atenção Básica	Atualização	60	4.540	992
UFMG	Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde	Qualificação profissional	60	4.212	864
UFSC	Cuidado da Criança e Adolescente com Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde	Qualificação profissional	30	4.049	3.070

Fonte: Plataforma Arouca (2025).

Os cursos de curta duração ofertados pelo sistema UNA-SUS representam uma estratégia fundamental para a formação continuada e permanente dos médicos do PMM, contribuindo para a qualificação profissional e o fortalecimento da atenção básica no Brasil. A modalidade EaD, com sua flexibilidade e capilaridade, tem possibilitado o acesso ao conhecimento por profissionais que atuam em regiões distantes dos centros formadores tradicionais.

### **Apoio ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde)**

Uma iniciativa educacional de destaque, voltada a um nível mais avançado, foi o Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), lançado em 2017. Trata-se de um programa *stricto sensu*, em rede nacional, envolvendo inicialmente 20 universidades, coordenado pela Fiocruz e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), demandado e financiado conjuntamente pelo MEC e pelo Ministério da Saúde, em sintonia com os objetivos do PMM.

O ProfSaúde foi concebido para formar médicos e outros profissionais como preceptores e docentes em saúde da família, fortalecendo a capacidade de supervisionar residentes, orientar estudantes e liderar ações de melhoria na APS. A primeira edição do mestrado ofertou 200 vagas para médicos atuantes em docência, preceptoria ou tutoria na atenção básica, reconhecendo que a consolidação do provimento de médicos requer também a formação de especialistas capazes de formar novas gerações de médicos de família. O curso tem duração de dois anos, em formato semipresencial, e inclui disciplinas que abordam atenção e gestão do cuidado, educação em saúde, pesquisa aplicada à APS, entre outros tópicos. A UNA-SUS contribuiu para o ProfSaúde fornecendo apoio técnico-pedagógico na elaboração de disciplinas e recursos educacionais. Como exemplo, foram incorporados módulos educacionais desenvolvidos no âmbito do Provac – precursor do PMM – às ementas do mestrado profissional, capitalizando a experiência prévia da UNA-SUS em materiais didáticos para APS. Essa sinergia garantiu coerência curricular entre a formação inicial oferecida aos médicos do PMM e a formação de pós-graduação para aqueles que se tornam tutores, preceptores e professores.

### **Considerações finais**

A UNA-SUS desempenha um papel central e estratégico na formação de médicos que atuam nos programas de provimento, especialmente por ofertar, por meio das instituições de ensino superior da rede, os cursos de especialização em MFC, visando à aprendizagem autônoma e ao desenvolvimento de habilidades em prática clínica e foco na abordagem familiar e comunitária, além de cursos de qualificação e outras modalidades de formação com elevado nível de excelência.

Desde a sua concepção, o objetivo da UNA-SUS foi atender às necessidades específicas de capacitação e educação permanente dos

profissionais da saúde, na modalidade à distância, sempre procurando dar atenção às principais lacunas formativas desses trabalhadores, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Essa abordagem de formação e de qualificação, na modalidade EaD, é fundamental para alcançar profissionais que atuam em diversas localidades, superando barreiras geográficas.

Considerando que os programas de provimento integram ensino-serviço à comunidade, aliando a educação e o trabalho, ao oferecer formação continuada e especializada, a UNA-SUS não apenas qualifica, mas também contribui para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e para a redução das desigualdades em saúde. Por essa razão, configura-se como um pilar essencial para a sustentabilidade dessas iniciativas no âmbito do SUS, sendo uma estratégia para fortalecer a atenção primária, colaborar na fixação dos médicos em áreas remotas e garantir o acesso universal e equitativo à saúde no Brasil.

## Referências

- ACERVO DE RECURSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE. *Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – ARES*. Brasília, DF: ARES, [20--]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/>. Acesso em: 9 fev. 2025.
- AGUIAR, Rodrigo Alves Teixeira de; MACEDO, Heliana Maria. O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do grupo especial de supervisão no Pará. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 561-572, 2018.
- ARAÚJO, Cássia de Andrade; MICHELOTTI, Fernando Canto; RAMOS, Tuanny Karen Souza. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, p. 1217-1228, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>. Acesso em: 10 jan. 2025.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: Emenda Constitucional nº 91, de 2016*. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 jan. 2025.
- BRASIL. Avanço do Programa Mais Médicos beneficia população de São Paulo. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/sao-paulo/2024/outubro/avanco-do-programa-mais-medicos-beneficia-populacao-de-sao-paulo>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 9 dez. 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm). Acesso em: 8 fev. 2025.
- BRASIL. Entenda as principais diferenças entre o Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/entenda-as-principais-diferencas-entre-o-mais-medicos-e-o-medicos-pelo-brasil>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 13 jan. 2025.
- BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para incluir o Programa Médicos pelo Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2019a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm). Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm). Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Mais Médicos registra quase 7 mil novos profissionais em 2024. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/mais-medicos-registra-quase-7-mil-novos-profissionais-em-2024#:~:text=O%20governo%20federal%20tem%20fortalecido,mais%20de%202%20mil%20munic%C3%ADpios>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Mais Médicos. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 585, de 10 de junho de 2013. Define diretrizes para a supervisão acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 111, p. 36, 11 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde anuncia expansão do Mais Médicos e integração com atendimento especializado. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/ministerio-da-saude-anuncia-expansao-do-mais-medicos-e-integracao-com-atendimento-especializado>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Saúde*: para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf). Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. O que mudou com o programa Médicos pelo Brasil. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2023b. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/o-que-mudou-com-o-programa-medicos-pelo-brasil>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 10, de 11 de julho de 2013. Regulamenta o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 12 jul. 2013c. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3756>. Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.115, de 29 de outubro de 2014. Regulamenta a supervisão da atuação dos profissionais do Programa Mais Médicos nas unidades de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 30 out. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/legislacao/portarias/2014/portaria-no-1115-de-2014.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Programa Médicos pelo Brasil – AgSUS: agência SUS. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://agenciasus.org.br/programa-medicos-pelo-brasil/#:~:text=O%20M%C3%A9dicos%20pelo%20Brasil%20%C3%A9,de%20fomenta%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20de>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. *PROVAB – Programa Valorização Profissional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/provab\\_programa\\_valorizacao\\_profissional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/provab_programa_valorizacao_profissional.pdf). Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 23 out. 2013e. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm). Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Solicitar adesão ao projeto Mais Médicos e ao Programa Médicos pelo Brasil. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2024c. Disponível em: [https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-adesao-ao-projeto-mais-medicos-e-ao-programa-medicos-pelo-brasil/#:~:text=A%20ades%C3%A3o%20de%20profissionais%20e,uma\)%%20a%2002%20\(duas\)](https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-adesao-ao-projeto-mais-medicos-e-ao-programa-medicos-pelo-brasil/#:~:text=A%20ades%C3%A3o%20de%20profissionais%20e,uma)%%20a%2002%20(duas)). Acesso em: 10 jan. 2025.

CARVALHO, Rodrigo Alcantara de; STRUCHINER, Miriam. Conhecimentos e expertises de universidades tradicionais para o desenvolvimento de cursos à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, p. 991-1003, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/K99ZMM4ghZKwCphk4hNPTcm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 fev. 2025.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Retrospectiva – Programa Mais Médicos*: ampliação do acesso e qualificação do cuidado na atenção primária. Brasília, DF: COSEMS, 2024. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/retrospectiva-programa-mais-medicos-ampliacao-do-acesso-e-qualificacao-do-cuidado-na-atencao-primaria/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Vazios assistenciais causam erosão na saúde do Brasil*. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/vazios-assistenciais-causam-erosao-na-saude-do-brasil/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 78% dos municípios que sediam escolas médicas não possuem a infraestrutura adequada para a formação dos profissionais. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2021a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/78-dos-municipios-que-sediam-escolas-medicas-nao-possuem-a-infraestrutura-adequada-para-a-formacao-dos-profissionais>. Acesso em: 12 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dados mostram que a população de médicos, no mínimo, dobrou na maioria dos estados brasileiros. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2021b. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/dados-mostram-que-a-populacao-de-medicos-no-minimo-dobrou-na-maioria-dos-estados-brasileiros>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Observatório do SUS. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2025 Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/observatorio-do-sus>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Médicos e municípios ainda podem aderir ao Provab 2013. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/medicos-e-municipios-ainda-podem-aderir-ao-provab-2013/>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO. Estudo de demografia médica no Brasil aponta desigualdade na distribuição de profissionais em todo o país. *Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso*, Cuiabá, 2011. Disponível em: <https://crmmt.org.br/noticias/estudo-de-demografia-medica-no-brasil-aponta-desigualdade-na-distribuicao-de-profissionais-em-todo-o-pais>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO. Número de médicos no Maranhão aumenta 91% em 13 anos, revela demografia do CFM. *Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso*, Cuiabá, 2024. Disponível em: <https://crmma.org.br/noticias/numero-de-medicos-no-maranhao-aumenta-91-em-13-anos-revela-demografia-do-cfm>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CORRÊA, Edison José *et al.* *Universidade Aberta do Sistema Único de saúde: a participação da Universidade Federal de Minas Gerais 2007 a 2017*. São Luís: Ed. UFMA, 2017. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10592?mode=full>. Acesso em: 9 fev. 2025.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. ONU aponta o Programa Mais Médicos como exemplo a ser adotado em qualquer país. *Frente Nacional de Prefeitos*, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://fnp.org.br/noticias/item/1092-onu-aponta-o-programa-mais-medico-como-exemplo-a-ser-adotado-em-qualquer-pais>. Acesso em: 31 mar. 2025.

GASQUE, Kellen Cristina da Silva *et al.* Estruturação do núcleo de pesquisa da Rede UNA-SUS: aprimoramento das práticas e da educação em saúde. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, Fortaleza, v. 9, n. 7, p. 2024. Não paginado. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/resdite/article/view/92976>. Acesso em: 9 fev. 2025.

JUSBRASIL. O Programa PROVAB realmente acabou?. *JusBrasil*, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-programa-provab-realmente-acabou/1283399005>. Acesso em: 10 jan. 2025.

LEMOS, Ana Flávia *et al.* O desafio da oferta de cursos de especialização em Atenção Básica da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde aos profissionais dos programas de provimento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 136-146, 2019.

NESCON. Mais Médicos melhorou qualidade da assistência para 85% da população, diz pesquisa. *Nescon*, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/pesquisa-indica-que-mais-medicos-melhorou-qualidade-da-assistencia-para-85-da-populacao-atendida/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

OLIVEIRA, Vinícius de Araújo *et al.* A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS): avanços até o momento. In: GUSMÃO, Cristine Martins Gomes *de et al.* (org.). *Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS*. Recife: UFPE, 2014. p. 311-328. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42044>. Acesso em: 8 fev. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places*. Paris: OECD Publishing, 2016. (OECD Health Policy Studies). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Atenção primária à saúde*. Washington, D. C.: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 jan. 2025.

PINTO, Hêider Aurélio (org.). *Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado? Ação dos atores e legado institucional*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

REDE DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – REDE UNA-SUS. *Rede da Universidade Aberta do SUS – Rede UNA-SUS*. Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/rede>. Acesso em: 9 fev. 2025.

SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS. *Sistema Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em: 8 fev. 2025.

SOUZA, Juliana Araujo Gomes de *et al.* Plataforma Arouca e ARES: relação entre dois elementos constituintes do Sistema UNA-SUS. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, Fortaleza, v. 8, n. 6, p. 76-84, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/resdite/article/view/85087>. Acesso em: 9 fev. 2025.

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de. Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos: reflexão sobre uma experiência na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n1.a3577>. Acesso em: 31 mar. 2025.

SOUZA, Neida Rodrigues de. *A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil: um estudo de caso*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS. *Programa PROVAB*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/programa/provab>. Acesso em: 13 jan. 2025.



# OFERTAS FORMATIVAS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

## Contribuição do Profsaúde na qualificação dos profissionais da APS

Carla Pacheco Teixeira  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Deivisson Vianna Dantas dos Santos

### Apresentação

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe para o cenário nacional de formação de recursos humanos a urgência de reorientar a formação na saúde e a qualificação das práticas com base nas necessidades de saúde e nos princípios do SUS. O modelo biomédico focado na doença, verticalizado e fragmentado, influenciou a formação na saúde e não dialogava com as mudanças impostas pelo SUS. A reorientação do modelo de atenção, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora do sistema, iria requerer um outro tipo de perfil profissional na saúde e, conseqüentemente, as mudanças no processo formativo na saúde deveriam orientar a formação no país.

Iniciativas indutoras foram implementadas nas últimas décadas para dar conta desse campo de transformação na formação para o SUS, desde a graduação à pós-graduação, com mudanças nas diretrizes curriculares, necessidade da integração ensino-serviço-comunidade e o SUS como campo de prática na perspectiva da educação para o trabalho (Teixeira *et al.*, 2023).

Um marco importante das políticas indutoras, engendradas pelo Ministério da Saúde (MS), foi o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que tinha como foco, no âmbito da formação, aprimorar a

formação médica no país e realizar o aperfeiçoamento de médicos para atuação na Atenção Básica (AB)/APS, integrando ensino-serviço e a centralidade dada à formação de especialistas em Medicina Geral de Família e Comunidade (Brasil, 2015).

Na época, havia uma pauta importante no cenário nacional, em relação ao fortalecimento da AB/APS, por meio de ações de educação permanente e a formação de especialistas no PMMB. Entendeu-se, naquele contexto, a necessidade de se pensar em estratégias formativas indutoras que convergissem para atender a uma força de trabalho qualificada para AB/APS conjuntamente com a oferta de ações educacionais que integrassem o itinerário formativo para o aperfeiçoamento dos profissionais do PMMB e para a formação de preceptores para residência e docentes para as novas escolas de Medicina do interior.

Uma proposta formativa – que atendesse às necessidades do SUS, fortalecesse a expansão da AB/APS e fosse ao encontro da necessidade de preparar médicos, docentes e preceptores para a expansão das escolas médicas e para a universalização da residência – era uma resposta politicamente oportuna naquele momento, e a escolha de um mestrado profissional em Saúde da Família, em rede nacional, era a estratégia formativa que atenderia a essa demanda (Teixeira; Guilam, 2023).

A escolha do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), enquanto estratégia formativa, afirmava o papel dessa modalidade de pós-graduação *stricto sensu* na qualificação de profissionais, para dar respostas aos problemas postos pelo campo de prática, sendo uma “alternativa na formação de profissionais para instituir novos processos de trabalho, produzir tecnologia e inovação para os serviços de saúde” (Guilam, 2020). Ao mesmo tempo, era um movimento gestado pelo MS e pelo Ministério da Educação (MEC) na indução do mestrado profissional enquanto estratégia indutora no campo da reorientação da formação profissional na área da saúde (Teixeira *et al.*, 2023).

A formação foi estruturada para atender às necessidades de formação dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)/AB/APS, contribuindo para qualificação de médicos do PMMB, docentes e preceptores, alinhando o processo formativo à pesquisa científica aplicada aos serviços de saúde para produção de conhecimento.

A proposta do programa nasce e se aperfeiçoa em uma base epistemológica de processos formativos críticos, que fomentam a reflexão crítica sobre a prática, dentro de um movimento dinâmico e dialético

entre o fazer e o pensar sobre o fazer (Freire, 1998). A concepção pedagógica do curso está alicerçada na educação problematizadora de Paulo Freire, que “[...] respeita a natureza do ser humano, percebendo-o como o ser (unicamente) capaz de objetivar o espaço através da práxis – união entre a teoria (pensar) e a prática (agir), construindo sua própria compreensão da realidade” (Pitano, 2017, p. 93).

O respeito à autonomia do sujeito, à liberdade e à dialogicidade verdadeira é também um imperativo ético que embasa a concepção pedagógica (Freire, 1998). Uma educação bancária, pautada na transmissão de conhecimento, vertical, rígida, não compõe as bases ético-políticas do programa. O curso fundamenta-se em uma educação emancipatória, tendo “o conhecimento como ferramenta para formação da consciência autônoma e instrumento estratégico de mudanças societárias” (Silva, 2012, p. 56). O programa compreende a prática educativa como prática política.

A proposta do programa dialoga diretamente com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como base a reorientação da formação e a qualificação profissional vinculadas à realidade do SUS, reconhecendo-o como cenário privilegiado de práticas e aprendizagens significativas (Brasil, 2004).

O currículo do curso foi desenhado considerando o campo de prática da APS como território do fazer saúde, da integração ensino-serviço-comunidade, lugar de produção de conhecimento. Toda proposta foi estruturada para atender à qualificação de profissionais do SUS para exercerem atividades de atenção à saúde, docência, preceptoria, produção do conhecimento e de gestão em saúde da família nas diversas regiões do país, respeitando as diversidades territoriais.

Em consonância com a concepção pedagógica do programa e com a PNEPS, as metodologias ativas foram a escolha do programa para construção do processo de ensino e aprendizagem, pois dialogam com o referencial ético-político definido. A problematização, enquanto método ativo, foi base para a construção do itinerário formativo, pois possibilita que o aluno problematize criticamente sua realidade e seja protagonista do processo de mudança e de produção de conhecimento.

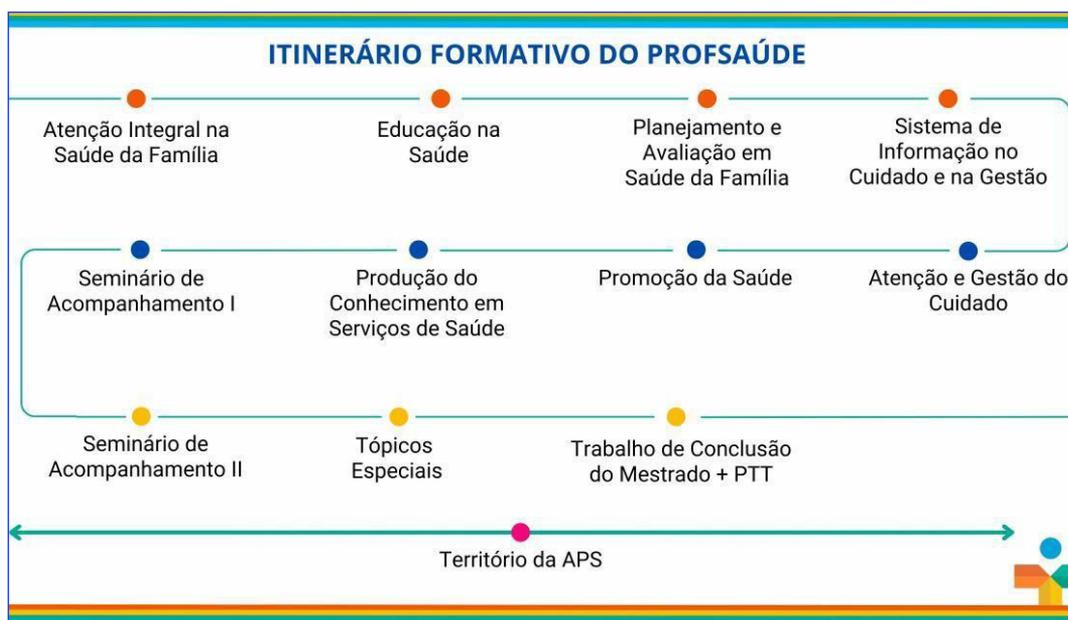
O programa completa, em 2025, oito anos de existência, qualificando profissionais vinculados à AB/APS em todo território nacional, com 45 Instituições de Ensino Superior (IES) compondo a rede. Nesse período, já formou 690 profissionais, entre eles médicos do PMMB, preceptores e docentes das escolas médicas.

Qualificar para a APS é qualificar para o PMMB e para o SUS, e as contribuições do programa para essa qualificação estão expressas neste estudo de caso, que teve como objeto as percepções de mestres e egressos do programa. Apresenta-se à continuação o itinerário formativo do programa para subsidiar a compreensão dos achados do estudo.

### O itinerário formativo do programa

O itinerário do curso, conforme Figura 1, acontece ao longo de quatro semestres e contempla três eixos pedagógicos estruturantes para qualificação na APS – atenção, educação e gestão.

FIGURA 1 Itinerário formativo do ProfSaúde



Fonte: elaborada pelos autores.

As disciplinas foram definidas a partir desses eixos e organizadas de forma integrada. Para cada semestre, foi estabelecido um papel condutor com objetivo de subsidiar o desenvolvimento do produto final no curso. O percurso formativo tem centralidade no território de atuação dos profissionais da APS.

No primeiro semestre, a identificação do problema de campo de prática é subsidiada pela construção do diagnóstico situacional,

considerando o aporte teórico-conceitual sobre os pilares organizacionais e políticos da atenção primária, na perspectiva da atenção integral aos indivíduos, à família e à comunidade, refletindo sobre o processo de trabalho e o trabalho em equipe. O discente é orientado a olhar para o território considerando os referenciais da educação na saúde e suas implicações nos níveis individual e coletivo, e a perceber como a estratégia de educação permanente se materializa enquanto estratégia de gestão do trabalho. A compreensão das bases teóricas e metodológicas do planejamento estratégico, visando à sua aplicação na APS, e a realização da análise crítica de indicadores subsidiam a construção das respostas aos problemas identificados no diagnóstico situacional do território de atuação. O itinerário perpassa pela qualificação para a prática docente e a preceptoria. O primeiro semestre conduz o discente na delimitação do problema do campo de prática a ser abordado no Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM) (Teixeira *et al.*, 2024).

O segundo semestre conduz o discente na construção do projeto de pesquisa, considerando a delimitação realizada no primeiro semestre. Nesse momento do curso, o discente conhece as bases teórico-metodológicas para aplicação de métodos e o uso de informação científica que irá apoiar a definição da pesquisa aplicada a ser realizada no âmbito da APS. Além disso, já tem subsídios conceituais para refletir sobre gestão do cuidado e atenção em saúde aos diversos grupos populacionais, incluindo os grupos vulnerabilizados, convergindo para o seu campo de atuação. O ato de dialogar com os marcos históricos e conceituais da promoção da saúde e suas implicações na reorientação dos serviços, considerando a produção do cuidado na perspectiva da equidade, desempenha papel fundamental no território, pois culmina na elaboração de uma proposta interventiva. No final do segundo semestre, o discente definirá o objetivo de pesquisa e o Produto Técnico-Tecnológico (PTT) para o aprimoramento da APS (Teixeira *et al.*, 2024).

No terceiro semestre, o mestrando deve realizar o trabalho de campo, a análise dos achados da pesquisa e a identificação de respostas ao campo de prática, considerando o PTT enquanto produto de inovação e desenvolvimento técnico-tecnológico para o território da APS. Reflexão sobre temas e necessidades específicas para o fortalecimento da APS nos níveis nacional, regional ou estadual é objeto do semestre, sendo a saúde da família nos territórios o mote da turma atual. Nessa etapa do curso, é promovido o debate sobre racismo e saúde e as repercussões na APS, e acesso e cuidado na APS das populações

negra/quilombola; ribeirinha; indígena; do campo, da floresta e das águas; rural; privada de liberdade em situação de rua; de pessoas LGB-TQIAPN<sup>1</sup>; e de comunidades periféricas urbanas (Teixeira *et al.*, 2024).

Já no quarto semestre, o discente encontra-se na fase de finalização da discussão dos achados do campo de prática e das respostas aos problemas identificados. Nesse momento final, o discente deve finalizar o TCM com PTT, ser avaliado pela banca de defesa e realizar a proposta de divulgação científica dos produtos desenvolvidos. Além das disciplinas, o processo formativo do mestrado aprimora-se com as atividades complementares organizadas no escopo do curso (Teixeira *et al.*, 2024).

Todo o percurso pedagógico foi desenhado para contemplar uma formação que esteja alicerçada nos princípios do SUS, que supere o modelo biomédico de qualificação e que estabeleça a APS enquanto território de atuação e produção de conhecimento aplicado.

### **Qualificação dos profissionais vinculados à APS: estudo de caso do ProfSaúde**

Este capítulo trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo-exploratório e de abordagem qualitativa, que teve por objetivo analisar as contribuições do ProfSaúde na qualificação dos profissionais do SUS para o fortalecimento da APS. O objeto dessas contribuições são advindas da percepção dos mestrandos e egressos, que incluem os médicos do PMMB, preceptores e docentes que passarem pelo programa ao longo dos oito anos.

O estudo de caso é um método que permite analisar, de forma detalhada, um fenômeno específico e complexo dentro de seu contexto real, para identificar o “como” e o “por quê” – compreensão contextualizada que é construída ao envolver uma ou múltiplas fontes de evidência que convergem para a investigação do objeto de estudo (Yin, 2001).

Este estudo parte de uma pesquisa mais abrangente intitulada “Avaliação do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde”, projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 81415524.2.0000.5248, que tem por objetivo avaliar o programa nos seus

---

<sup>1</sup> Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgênero, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticas, Não Binárias e mais.

diversos elementos curriculares, acadêmicos e administrativos, sob a perspectiva da comunidade acadêmica, visando obter informações sobre o desenvolvimento e o impacto do curso, como subsídio para implementar melhorias na qualificação dos processos formativos e de gestão. O universo da pesquisa envolve atualmente as 45 IES da rede, que totalizam 50 unidades de ensino e integram 50 coordenadores institucionais, 450 docentes, 690 egressos da primeira edição à quarta, e 500 discentes que cursam a quinta edição do programa.

O recorte que compõe o estudo de caso incluiu três grupos de sujeitos de pesquisa: 1) mestrandos da quinta edição do ProfSaúde que iniciaram o curso em 2024 e finalizaram o primeiro semestre (n=500); 2) concluintes da quarta edição do programa, formados em 2024 (n=173); e 3) egressos da primeira, da segunda e da terceira edições do programa (n=385), formados em 2019, 2020 e 2022, respectivamente. Salienta-se que, para a análise de dados, não houve classificação de participantes pelo critério de público-alvo – PMMB, preceptores, docentes, profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outros –, uma vez que todos atuam no território da APS.

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2024 a fevereiro de 2025, por meio de questionários eletrônicos autoaplicáveis, contendo perguntas fechadas e abertas, utilizando a plataforma Google Forms®, e disponibilizados por meio de mensagens enviadas às contas de *e-mails* institucionais. Assim, foram incluídos 669 participantes que aceitaram responder à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo 336 mestrandos, 150 concluintes e 183 egressos.

Quanto aos instrumentos de pesquisa, foram utilizados: 1) instrumento de avaliação de final de semestre do curso pelos discentes do ProfSaúde; 2) instrumento de avaliação do final do curso pelos concluintes do ProfSaúde; e 3) instrumento de acompanhamento de egressos do ProfSaúde. Para responder ao objetivo, foram utilizados os dados resultantes das perguntas abertas referentes às contribuições do curso na atuação e na prática profissional. As respostas à questão apontada de cada grupo de respondentes caracterizaram um texto, e o conjunto desses textos constituiu o *corpus* de análise deste estudo de caso.

Os dados qualitativos foram tratados por meio de análise de conteúdo do tipo temática, de forma indutiva, segundo Bardin (1979), em que as categorias emergem dos dados. Esse método possibilita uma análise profunda, que revela significados explícitos e implícitos da

comunicação. Para isso, foram seguidas as seguintes etapas: a) *pré-análise*: leitura flutuante e exaustiva das respostas abertas dos instrumentos, a fim de organizar e formular as hipóteses segundo os objetivos da pesquisa; b) *etapa exploratória*: seleção das unidades de registro e de contexto, para identificar as ideias implícitas e explícitas contidas nas mensagens e que, após agrupadas, formarão os núcleos de sentidos; c) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: agrupamento dos núcleos de sentido, observando-se os dados comuns entre eles para formar as categorias.

Apresentam-se, nos resultados, alguns trechos discursivos que representam a categoria analisada. Para garantir o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas pelas três letras iniciais de cada categoria – MEStrando, CONcluinte e EGRezzo –, seguidas do número relativo à sequência de preenchimento do instrumento.

### **Contribuições do ProfSaúde na qualificação dos profissionais para o fortalecimento da APS**

O ProfSaúde, como estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS), baseia-se na educação pelo trabalho, incorporando-se no cotidiano dos campos de atuação. A política propõe que “os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho [...]” (Cardoso *et al.*, 2017, p. 1490).

Na integração entre teoria e prática, por meio da reflexão e do pensamento crítico da realidade no âmbito da APS, o programa tem contribuído na materialização das mudanças das práticas dos profissionais e de um perfil profissional crítico-reflexivo para o SUS.

*O mestrado em Saúde da Família representa uma oportunidade enriquecedora para o aprimoramento da prática profissional, pois oferece uma formação profunda e abrangente sobre os aspectos teóricos, metodológicos e práticos da saúde coletiva e da atenção primária à saúde. Ao ingressar em um mestrado dessa natureza, o profissional se depara com a possibilidade de refletir criticamente sobre os desafios e as práticas cotidianas no contexto da saúde da família, além de adquirir competências para implementar, planejar e avaliar intervenções em saúde com foco na promoção do bem-estar das populações (Con. 128).*

*O aprimoramento do pensamento crítico, embora o foco seja a prática, o mestrado profissional proporcionou reflexão crítica sobre o campo de atuação a que me dedico, incentivando a análise profunda de problemas, contextos e metodologias que impactam diretamente o trabalho (Con. 98).*

*Dialoga com a realidade do serviço na APS, contribui para melhoria deste serviço junto às equipes e amplia o conhecimento sobre novos saberes e práticas para a assistência no SUS (Mes. 297).*

*Considero o mestrado do Prof. um excelente curso. Conseguiu de fato fazer relação entre teoria e prática, adaptando e valorizando as necessidades de cada realidade encontrada (Egr. 56).*

*O mestrado profissional proporcionou uma visão estendida das possibilidades de resoluções das demandas cotidianas e potencializou a capacidade de tomar decisões (Egr. 69).*

O projeto político-ideológico do curso entende o território como um espaço privilegiado de intervenção da APS, elemento que contribui para a superação do modelo biomédico. Nessa perspectiva, o território é compreendido como espaço de produção de vida, um espaço dinâmico e relacional, onde se estabelecem vínculos entre os sujeitos, os serviços de saúde e a comunidade; onde o trabalho em saúde deve estar vinculado à realidade concreta e aos modos de viver das pessoas que o habitam (Merhy, 2006).

*O curso me proporcionou uma base sólida para compreender as dinâmicas do território, fortalecendo minha capacidade de planejar e executar ações mais estratégicas e integradas, considerando o contexto das famílias e comunidades. Me fez repensar a prática e otimizar minha atuação como enfermeiro do município (Con. 76).*

*Uma das principais qualidades que o curso me proporcionou foi conhecer mais o meu território, conhecer as situações da comunidade e também ter um olhar crítico resolutivo (Mes. 77).*

*Permitiu a interação entre os discentes de diferentes profissões e regiões, além de correlacionar saúde, educação e gestão nos diversos contextos da APS, desde a organização dos processos de trabalho à elaboração de um produto técnico condicionado à realidade local e construído coletivamente, valorizando o território e sua vivacidade, bem como os atores presentes nele (Con. 132).*

*O compartilhamento prático das diferentes realidades dos serviços de saúde na região. A discussão das bases teóricas a partir da realidade do território (Mes. 240).*

Práticas profissionais sob a ótica da territorialização incluem o reconhecimento do território, tendo este e suas populações como objeto de intervenção e com o desenvolvimento de práticas além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, elemento que integra a concepção da APS e a concepção ampliada de saúde (Almeida *et al.*, 2018).

O programa, pela sua abrangência nacional, traz nos seus processos de ensino-aprendizagem a importância da diversidade sociocultural dos territórios, e as falas corroboram a relevância da competência cultural como atributo da APS (Starfield, 2002).

*Estou muito feliz de estar fazendo o Mestrado PROFSAÚDE, que faz super sentido com a minha prática e muito feliz de estar na universidade que tem uma equipe que se dedica a efetivamente fazer as atividades de forma integrada e que expande a perspectiva para enxergar outros povos/comunidades e repensar práticas e realidades e frases e crenças (Mes. 40).*

*O PROFSAÚDE contribuiu de inúmeras formas: qualificação da assistência, compreensão aos usuários de diversas etnias, aperfeiçoamento técnico-científico (Con. 31).*

Nessa perspectiva, o programa tem como eixo orientador a saúde da família nos territórios, que considera as especificidades territoriais com suas necessidades de saúde, para produzir conhecimento e ações em saúde, a partir da realidade local. Como referido pelos autores Müller, Lima e Ortega (2023), a utilização da competência cultural nos processos de formação pode potencializar a reflexão sobre práticas de cuidado culturalmente sensíveis, atentas aos determinantes socioeconômicos e com foco na superação do modelo biomédico.

Para cumprir seu papel emancipatório, a formação dos profissionais deve incluir as diferentes experiências de cuidado e o reflexo da dimensão sociocultural, ampliando o reconhecimento de diferenças e desigualdades nos contextos desses cuidados em saúde, considerando os territórios onde se desenvolvem (Müller; Lima; Ortega, 2023).

Importante destacar que, nas falas dos participantes, é notória a contribuição do programa como indutor de mobilizações nas equipes, em que estão inseridos mestrandos e egressos, os quais, no seu papel transformador, geram reflexões e discussões sobre o tema, avançando também em mudanças orientadas na integração profissional e na reorganização das práticas e dos processos. Como referido por Merhy e Franco (2008), é necessário reestruturar os processos de trabalho em saúde, compreendendo que este é sempre um processo coletivo, em que os perfis individuais dos trabalhadores não conseguem responder às necessidades de saúde da população.

*O meu trabalho foi pioneiro em enxergar uma forma diferente de mudança de processo de trabalho e que hoje reflete na mudança de outras equipes de saúde da família (Egr. 18).*

*Capacidade de organizar melhor o planejamento e desenvolvimento das atividades relativas ao processo de trabalho voltado à APS. Além de possibilitar maior conhecimento dos sistemas de saúde atrelados ao SUS aliando sempre a importância de promover saúde através de ações educativas tanto para a população em geral quanto para os profissionais se tornarem cada vez mais qualificados (Mes. 302).*

*O PROFSAÚDE mudou a minha vida, foram muitas reflexões e questionamentos que me fizeram mudar minha referência sobre muitos processos de trabalho (Egr. 180).*

*O Mestrado possibilita a qualificação e o aprimoramento, não somente em relação ao aluno, mas também ao serviço de saúde [...] possibilita ainda a capacidade de analisar dados no trabalho que antes não eram vistos [...] movimentação de toda equipe, reflexão dos processos de trabalho (Mes. 236).*

*Satisfação imensa em ter participado do Mestrado Profissional, não apenas profissional, mas pessoal. É um programa que abre um universo de ideias e que incentiva a buscar pelo melhor no ambiente de trabalho, valoriza a ação e as atividades de cada profissional. Nos traz a liberdade de buscar algo melhor para o nosso dia a dia de trabalho [...] (Egr. 132).*

O processo de trabalho em saúde corresponde à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, quer dizer, ao conjunto de práticas e ações coordenadas desenvolvido pelos profissionais de saúde para produção e consumo de serviços de saúde, em que indivíduos,

famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (Peduzzi; Schraiber, 2008).

Como referido pelos autores Facchini, Tomasi e Dilélio (2018, p. 214): “[...] resultados de pesquisas científicas, a experiência na gestão e atenção à saúde, a inovação e o desenvolvimento tecnológico alcançados no Brasil nos últimos 30 anos aportam um vasto conhecimento para enfrentar com sucesso os problemas da AB e qualificar a ESF”. Nessa perspectiva, estratégias formativas como o ProfSaúde, pela característica de reflexão-ação, mobilizam a utilização do conhecimento aplicado para criar e recriar inovações e tecnologias aplicadas ao aperfeiçoamento da APS.

*O modo como está estruturado o curso de mestrado profissional é relevante para aplicações em inovações na prática diária na APS (Mes. 97).*

*O curso demonstra um forte alinhamento entre os conteúdos teóricos e sua aplicação prática, que permitem a construção de estratégias aplicáveis aos serviços de saúde (Mes. 251).*

*Desenvolvimento de pesquisas que auxiliem na tomada de decisões baseadas em evidências, melhoramento do planejamento de ações, reforçou a importância da contribuição acadêmica alinhando teoria a prática [...] (Con. 135).*

*Meu TCM permitiu estudar aprofundadamente as relações de trabalho dos ACS [Agentes Comunitários de Saúde] da minha unidade, os conhecendo melhor e propondo uma qualificação permanente por meio da devolutiva e de oficinas que buscam trazer discussão, autonomia e qualidade a atuação dos ACS no meu cenário de trabalho (Egr. 02).*

O itinerário formativo do curso, nas atividades pedagógicas, mobiliza os discentes a desenvolverem práticas colaborativas em diálogo com as necessidades dos serviços e das equipes. Atividades compartilhadas, em espaços coletivos, entre trabalhadores de diferentes campos de saberes, que superam práticas profissionais isoladas – incluindo a discussão sobre o processo de trabalho e na interação com outros atores relevantes, para a produção das ações de cuidado ao usuário, à família e à comunidade –, contribuem para o desenvolvimento da interprofissionalidade (Fumagalli *et al.*, 2025).

*[...] Esse curso abriu horizontes para o trabalho em Atenção Básica de forma mais humanizada, colaborativa e interprofissional (Mes. 275).*

*[...] Um dos pontos mais marcantes foi o aprimoramento da minha visão sobre o meu local de trabalho, permitindo um olhar mais refinado e estratégico em relação às práticas de saúde. Esse conteúdo não apenas elevou minha capacidade profissional, tornando-me mais atenta e qualificada no atendimento, como também me deu ferramentas para influenciar positivamente meus colegas de trabalho na unidade básica de saúde. Dessa forma, as disciplinas foram extremamente válidas, pois contribuíram tanto para o meu desenvolvimento individual quanto para a melhoria do trabalho em equipe e do cuidado ofertado à comunidade (Mes. 165)*

*Impacto positivo, agregando saberes no campo prático, qualificando assistência e articulando o cuidado com equipe interprofissional (Egr. 145).*

Segundo Peduzzi e demais autores (2020, p. 5),

*[...] o trabalho desenvolvido em equipe interprofissional tem como pressupostos a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca da reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado.*

Nesse sentido, faz-se relevante a educação permanente para a formação dos profissionais nessa lógica dos cuidados colaborativos centrados nos usuários, auxiliando o rompimento com práticas pautadas na fragmentação do modelo biomédico (Fumagalli *et al.*, 2025).

Com base no objetivo do programa de formar profissionais de saúde para exercerem atividades de docência e preceptoria, o itinerário formativo promove a atuação e a produção de conhecimento para a prática docente, a preceptoria na APS e nos processos de educação na saúde, tendo-se em vista a PNEPS (Teixeira *et al.* 2024). É assim que o Prof-Saúde, sendo uma estratégia de formação para atender à expansão da graduação e da pós-graduação no país, tem qualificado profissionais de saúde que abrangem seu campo de atuação a outros cenários para fortalecer a APS, desde a formação de outros profissionais de saúde.

*Acrescento que participar do mestrado fortaleceu o meu vínculo acadêmico, ajudou a sistematizar a metodologia que uso para o aprendizado, diria mútuo, envolvendo os alunos e a mim. Além disso, percebo que há contribuições significativas para a organização e reflexão sobre os processos de trabalho, incluindo toda equipe de saúde da qual faço parte (Egr. 164).*

*Aprimoramento da minha atuação profissional no âmbito da APS, tanto na assistência como na docência (Mes. 304).*

*Embora minha atividade principal continue sendo a assistência à saúde na APS, o mestrado abriu portas na docência, na preceptoria e tutoria, as quais tenho realizado concomitantemente, pelo qual considero que o mestrado me possibilitou alavancar profissionalmente (Egr. 183).*

*Após o mestrado, recebi um aumento no salário referente a função de docente, mas o maior impacto de ter participado do mestrado foi o crescimento pessoal, e a possibilidade de contribuir positivamente na condução da residência médica (enquanto coordenador COREME [Comissão de Residência Médica] e supervisor do programa), e com orientações em projetos de pesquisa dos estudantes, incluindo iniciação científica. Na prática clínica (SMS [Secretária Municipal de Saúde]), atendendo como médica de família, me ajudou a compreender melhor o contexto e detalhes do território onde atuo, podendo ofertar uma assistência estratégica de formação para atender à expansão da graduação e da pós-graduação no país de melhor qualidade (Egr. 32).*

Ratificando os achados do estudo dos egressos da primeira edição do programa, em relação à qualificação para a prática docente ou de preceptoria, os participantes do estudo referiram compreensão aprofundada sobre o processo ensino-aprendizagem; fortalecimento na utilização de metodologias ativas e no desenvolvimento de práticas pedagógicas; realização de atividades de pesquisa; orientação acadêmico-científica com maior propriedade e aprimoramento nas reflexões sobre a formação de profissionais da saúde; e formação pelo trabalho (Gomes *et al.*, 2023).

Por último, no seu objetivo de qualificar os profissionais de saúde para a produção e a aplicação do conhecimento direcionado ao aprimoramento da APS e do SUS, o ProfSaúde tem se destacado no desenvolvimento de pesquisa aplicada, inovação e desenvolvimento tecnológico, fornecendo conhecimentos e metodologias aos discentes, os quais,

baseados nos problemas identificados nos campos de atuação profissional, realizam devolutivas em formato de soluções aplicáveis com contribuições locais na atenção, na gestão ou, ainda, na educação, por meio de tecnologias sociais, materiais didáticos, produtos de comunicação, entre outros produtos técnicos e tecnológicos, como os referidos nas falas.

*A trilha do conhecimento oportunizou a construção de um plano de saúde local e o despertar na comunidade para formação de um conselho de saúde local (Mes. 01).*

*Os produtos desenvolvidos foram redes sociais com objetivo de melhorar a comunicação e vínculo com a comunidade e promover educação em saúde. Eu me desvinculei da UBS [Unidade Básica de Saúde] enquanto profissional, porém os produtos continuam sendo utilizados pela equipe. O desenvolvimento dos produtos me proporcionou novos conhecimentos na área de Tecnologia da Informação e Comunicação, Gestão de redes sociais, desenhos gráficos para meios digitais, web radialismo, grupos na atenção básica, entre outros conhecimentos que eu utilizo na minha prática profissional cotidiana, além de poder compartilhar com residentes da residência multiprofissional de saúde mental na atenção básica, a qual estou atuando como tutora (Egr. 24).*

*De uma maneira geral acredito que meu trabalho de conclusão de mestrado possibilitou a aproximação com uma nova prática integrativa e complementar (área que sempre foi de meu interesse) e me possibilitou um maior conhecimento sobre metodologia da pesquisa e o processo de trabalho na ESF, qualificando minha prática profissional (Egr. 31).*

*O produto do meu trabalho de conclusão teve grande impacto, pois tem sido utilizado como material base para o Módulo de Habilidade de Comunicação para Enfermeiros da Residência e da Rede Municipal como um todo. Está disponível e acessível a todos na página da internet da Secretaria Municipal de Saúde onde atuo (Egr. 56).*

*Foi a realização de um dos meus sonhos profissionais. Desenvolvi um protótipo de aplicativo que está facilitando a obtenção do diagnóstico situacional em saúde bucal da população do território onde trabalho. Está me ajudando muito. Preciso dar continuidade ao meu trabalho no Doutorado (Egr. 78).*

*Excelente ferramenta ‘o meu plano de parto’ transforma e empodera a vida das minhas gestantes no advento do parto e nascimento e hoje já é uma ferramenta que se multiplica em outras unidades de saúde e está disponível para as gestantes de forma virtual também (Egr. 147).*

Macinko e Mendonça (2018) sintetizaram as evidências sobre o impacto da ESF a partir do marco conceitual de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), com achados relevantes sobre a expansão da ESF e seu impacto no acesso e na equidade na saúde da população brasileira. Essa expansão incluiu a abrangência de produção do conhecimento e o aumento de pesquisas aplicadas sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil, aspecto no qual o ProfSaúde tem uma inserção importante e uma força representativa.

Propostas relacionadas ao aperfeiçoamento de práticas profissionais e à organização dos processos na APS influenciam diretamente a qualidade dos cuidados em saúde, por isso a importância da aplicação do conhecimento como responsabilidade social da formação. Pesquisa com egressos da primeira edição do curso apontou que os produtos finais desenvolvidos tiveram contribuições em relação à qualificação da pesquisa e do ensino e na organização do trabalho na APS nas dimensões de gestão e da clínica (Gomes *et al.*, 2023).

Em convergência com os achados, um estudo sobre a contribuição de um programa de pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste brasileiro, realizado com 225 egressos, constatou a influência dessa formação nas práticas dos profissionais e na produção de conhecimento. Ao ter como foco principal o campo do trabalho, observou-se o desenvolvimento de pesquisas para responder aos desafios enfrentados na prática cotidiana na ESF e no SUS, bem como devolutivas sociais que os mestres utilizaram no seu local de atuação e contribuíram de alguma forma com a melhoria do serviço de saúde (Nuto *et al.*, 2021).

Na perspectiva emancipatória, o ProfSaúde, na sua função de qualificação profissional para a APS/SUS, tem como práticas político-educativas a produção e a socialização do conhecimento produzido e aplicado, reiterando o trabalho como princípio educativo, que induz a apropriação dos conhecimentos necessários à sua conscientização para a transformação da realidade (Mattia; Teo; Alves, 2023).

## Considerações finais

Os achados deste estudo de caso dialogam com a concepção pedagógica do curso e afirmam o território da APS enquanto espaço de problematização e produção de conhecimento. O itinerário formativo se apresenta como caminho de materialização do conhecimento teórico aplicado na prática profissional. O pensamento crítico permeou as percepções dos mestrandos e egressos.

As contribuições identificadas corroboram com o papel fundamental do ProfSaúde enquanto estratégia de qualificação para o fortalecimento da APS no país. Dessa forma, percebe-se que o desenvolvimento de mestrados profissionais focados na APS, como o ProfSaúde, é uma ação alinhada para os objetivos do PMMB.

A natureza do ProfSaúde direciona as pesquisas e ações para problemas reais da APS, própria dos programas profissionais, e ainda dialoga diretamente com o PMMB, no sentido de ser uma estratégia não apenas de provimento, mas de melhoria dos processos de trabalho por meio da aplicação do conhecimento articulado com os saberes territoriais. Os resultados das turmas demonstram o quanto esses trabalhos já elaborados foram incorporados na realidade locorregional de participação dos profissionais.

## Referências

- ALMEIDA, P. F. DE. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018. Número especial.
- AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2021.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora Edições. 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017.
- BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- CARDOSO, M. L. M. *et al.*. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Rio Grande do Norte: Ed. UFRN, 2018.
- CHAVES, A. C. C.; POÇAS, K. C.; SCHERER, M. D. dos A. Quem faz uma Atenção Primária resolutiva? Governança para a efetividade na resolução de problemas. *Trabalho, Educação e Saúde*, São Paulo, v. 22, p. 1-20, 2024.
- COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S.. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.
- FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 22-35, 2019.

- FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1164-1173, 2022.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- FUMAGALLI, I. H. T. *et al.* Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 29, p. 1-19, 2025.
- GOMES, M. Q. *et al.* Perfil dos egressos de um mestrado profissional na área da saúde em rede nacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 47, n. 1, p. 1-9, 2023.
- GUILAM, M. C. R. *et al.* Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface*, Botucatu, v. 24, n. 1, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200192>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: CEPESC: Abrasco, 2007. p. 145-160.
- LEITE, D. *et al.* A autoavaliação na Pós-Graduação (PG) como componente do processo avaliativo CAPES. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 339-353, 2020.
- MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018. Número especial.
- MATTIA, B. J.; TEO, C. R. P. A.; ALVES, S. M. Por uma pedagogia para a formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS): diálogos com Freire e Saviani. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, p. 1-16, 2023.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.
- MERHY, E. E. *et al.* Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 296-296.

- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. S.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 546-552.
- MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 1-12, 2023.
- NUTO, S. A. S. *et al.* Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no nordeste brasileiro: repercussões no exercício profissional dos egressos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1713-1725, 2021.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-20, 2020.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. S.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 327-333.
- PITANO, S. C. A Educação Problematizadora de Paulo Freire, uma pedagogia do sujeito social. *Revista Inter-Ação*, Goiânia, v. 47, n. 1, p. 87-104, 2017.
- PROFSAÚDE. *Sobre o programa*. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Brasília, DF: PROFSAÚDE, 2019. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A.; AROUCA, R. *Mestrado Profissional em Saúde Pública: caminhos e identidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SILVA, A. A. *Entre a formação e a conformação: a educação profissional em saúde no século XXI*. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8724/2/Adriana\\_Silva\\_EPSJV\\_Mestrado\\_2012.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8724/2/Adriana_Silva_EPSJV_Mestrado_2012.pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, 2002.
- TEIXEIRA, C. P. *et al.* (org.). *Plano Pedagógico Nacional do PROFSAÚDE*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco: PROFSAÚDE, 2024.
- TEIXEIRA, C. P.; GUILAM, M. C. R.. A criação do Mestrado Profissional em Saúde da Família em rede nacional: relatos da gênese do PROFSAÚDE como proposta formativa para SUS. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, Maceió, v. 8, p. 1-9, 2023. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.28998/rpss.e02308003esp>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- TEIXEIRA, C. P.; MAGNAGO, C.; FRANÇA, T.. Formação para o SUS e as iniciativas indutoras: o mestrado profissional como estratégia formativa. In: TEIXEIRA, C. P. *et al.* (org.). *Educação na Saúde: fundamentos e perspectivas*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023.
- YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

# CONTRIBUIÇÕES DA OPAS PARA O FORTALECIMENTO DE UMA AGENDA DE PESQUISA DIRECIONADA À FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PROVIMENTO MÉDICO NO BRASIL

Mônica Diniz Duraes  
Karolaine da Costa Evangelista  
Maria Silvia Fruet de Freitas  
Gabriela Garcia de Carvalho Laguna  
Níli Maria de Brito Lima Prado

## Apresentação

O presente capítulo rememora as contribuições da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a implementação e o aprimoramento de programas de provimento, enfatizando o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no período de 2013 a 2023. Ao longo dessa década, a Opas atuou como parceira estratégica do Estado brasileiro, oferecendo cooperação técnica para o provimento emergencial de médicos, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade social, e para a reestruturação da formação médica orientada pelas diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse contexto, a Opas também contribuiu para a consolidação de uma Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde voltada ao PMMB, a partir da identificação de lacunas no conhecimento e da definição de temas de pesquisa alinhados às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa agenda incluiu investigações sobre o impacto do provimento de médicos na ampliação do acesso e da equidade em saúde, os efeitos da supervisão acadêmica e da formação em serviço, os modelos de integração ensino-serviço, além de estudos sobre a permanência

e a fixação de profissionais em áreas remotas. Ao valorizar o conhecimento científico como ferramenta de gestão e de formulação de políticas públicas, a agenda de pesquisa apoiada pela Opas reforçou a centralidade dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – na avaliação e no aperfeiçoamento contínuo do PMMB. A análise crítica desse percurso evidencia os impactos e desafios da cooperação internacional em saúde, bem como os legados institucionais do programa para as políticas de provimento e formação de profissionais na saúde pública brasileira.

No contexto de retomada do PMMB, propõe-se no presente capítulo um mapeamento das contribuições da Opas para o fortalecimento de várias estratégias de formação e provimento de profissionais implementadas. Elas possibilitaram o desenvolvimento de uma agenda de pesquisas sobre a formação profissional no programa, para viabilizar um perfil profissional que desenvolva um trabalho generalista, humanista, capaz de atuar na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação à saúde, guiado pelo princípio da integralidade, inerente ao trabalho no SUS.

### Antecedentes históricos

No contexto brasileiro, inúmeras estratégias foram desenvolvidas a partir de uma cooperação entre a Opas e o governo brasileiro, até a criação definitiva do PMMB, sendo este alicerce de atividades e embasado em políticas desenvolvidas pelas Opas e pelo Estado brasileiro, com a presença de um *trust fund* combinado gerido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Opas, criada em 1902, surgiu com o objetivo de orientar estratégias em saúde para promoção da equidade, combate às doenças e elevação da expectativa de vida nas divisões geográficas América do Norte, América Central e América do Sul, mediante apoio entre os Estados partícipes.

No período entre 1960 e 1970, houve um intenso movimento de redemocratização em países da América Latina que propiciou o desenvolvimento da medicina preventiva, baseada na educação médica continuada, em práticas sanitaristas e na integralidade em saúde, as quais consubstanciam o campo da saúde coletiva e, posteriormente, com a criação do SUS, o modelo de atenção priorizada no Brasil.

No que diz respeito aos programas de provimento de profissionais, cabe salientar que remontam à época da ditadura militar, iniciando com o Projeto Rondon, que objetivava levar estudantes a atuar em locais de difícil acesso. Posteriormente, surgiram o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, o Programa de Interiorização do SUS, em 1993, e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001, sendo esse último uma das estratégias de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), de 1997, que surgia à época e foi responsável pela ampliação da cobertura assistencial. Finalmente, em 2012, iniciou-se o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) (Quadro 1).

**QUADRO 1** Sistematização temporal de eventos e estratégias e repercussões no contexto brasileiro

ANO	ESTRATÉGIA	ASSOCIAÇÃO	REPERCUSSÃO
1973	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) Aumento da cobertura dos serviços de saúde e da atenção primária em saúde Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil	Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS) + Ministério da Saúde + Ministério da Educação e Cultura (MEC)	Cooperação técnica que possibilitou a formação de novos recursos humanos em saúde, criação de domínio de produção intelectual e de campo de práticas sociais e de políticas públicas nessa área Formação de redes sociais e de aparatos públicos para o desenvolvimento de recursos humanos
1975-1979	II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) Programa de Valorização de Recursos Humanos	Opas + governo brasileiro	Maior coordenação entre os ministérios da área social com a constituição de um conselho de desenvolvimento social e a criação de um orçamento social, além de reconhecimento da importância estratégica de recursos humanos
1976	Piass PPREPS Grupo Técnico Central (GTC)	Opas + governo brasileiro	Aumento da cobertura dos serviços nas comunidades rurais, com profissionais auxiliares residentes na própria comunidade, e aumento da capacitação técnica e auxiliar para a saúde
1979	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)	Governo brasileiro por influência da Opas	Organização dos profissionais de saúde em torno de princípios da reforma do sistema de saúde
1980	SUS	Governo brasileiro por influência da Opas	Consagração de esforços de cooperação em recursos humanos e em capacitação de profissionais de saúde

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

## PMMB: contribuições para o planejamento, a implementação e o monitoramento

O PMMB, instituído pela Lei nº 12.871/2013, constituiu uma estratégia estruturante do Estado brasileiro para responder à escassez de médicos em regiões de difícil acesso, à necessidade de reordenamento da formação médica e à consolidação da APS como ordenadora do cuidado no SUS. Com base em três eixos – provimento emergencial, expansão da formação médica e aperfeiçoamento da qualidade da formação –, o PMMB representou uma inovação institucional no enfrentamento das desigualdades em saúde no país (Brasil, 2013a).

Nesse processo, a Opas/OMS exerceu papel central como organismo de cooperação técnica, contribuindo para o planejamento, a implementação e o monitoramento do programa em articulação com o Ministério da Saúde, universidades e governos locais. A atuação da Opas abrangeu desde a mediação para o provimento de médicos de outros países – notadamente a cooperação com Cuba, com base nos princípios de solidariedade internacional –, até o apoio ao desenvolvimento das estratégias de supervisão acadêmica e formação em serviço (Organização Pan-Americana da Saúde, 2014; Santos *et al.*, 2017).

No campo do provimento, a Opas viabilizou tecnicamente a cooperação entre o Brasil e países formadores de profissionais médicos, destacando-se a experiência com a missão médica cubana. Essa cooperação foi operacionalizada com base em acordos firmados entre os governos e intermediados pela Opas, que assumiu o papel de agência executora, respeitando os marcos legais e éticos da cooperação internacional em saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2015). A chegada desses profissionais permitiu a cobertura imediata de municípios em situação de extrema vulnerabilidade social e sanitária, com impacto direto na ampliação do acesso aos serviços de APS (Girardi *et al.*, 2016).

Além do provimento, a Opas contribuiu significativamente para o desenvolvimento de processos formativos no âmbito do PMMB. A instituição apoiou a estruturação da supervisão acadêmica e da tutoria pedagógica, consolidando uma abordagem centrada na educação permanente, na integração ensino-serviço e na prática baseada em território. Estudos demonstram que a supervisão longitudinal, incluindo modalidades como a websupervisão, favoreceu a construção de vínculos, a qualificação da prática clínica e a incorporação dos princípios do SUS na formação médica (Brasil, 2023a; Ferreira *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante da contribuição da Opas foi o incentivo à produção de conhecimento científico para orientar a gestão e a avaliação do programa. Em articulação com o Ministério da Saúde e instituições acadêmicas, foi construída uma Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde voltada ao PMMB, contemplando temas como os impactos do provimento médico, a fixação de profissionais, os modelos de supervisão e os efeitos do programa na organização da APS (Granville, 2023; Pessini *et al.*, 2021). Essa agenda foi fundamental para institucionalizar processos avaliativos no SUS e fortalecer o uso de evidências na formulação de políticas públicas.

A Opas/OMS no Brasil tem envidado esforços para estabelecer e desenvolver uma agenda de cooperação técnica que reforce o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS, considerando as principais conquistas e as experiências de sucesso, assim como as limitações e os desafios que atualmente são enfrentados e aqueles que, previsivelmente, deverão ser encarados nos próximos anos. É nesse conjunto de realidades e aspirações para o Brasil que buscamos revisitar as contribuições e os conhecimentos científicos produzidos até o momento, capazes de jogar luz sobre os resultados do PMMB e de fornecer elementos relevantes para a concretização do aperfeiçoamento das estratégias e dos mecanismos de formação profissional que de fato coadunem com a perspectiva de enfrentar o desafio de uma mudança qualitativa nos processos de formação, e de garantir condições de trabalho que favoreçam o desempenho dos médicos e a resposta às demandas de saúde da população.

### **Contribuições da Opas para o incentivo à formação e ao provimento**

As contribuições da Opas ao PMMB ultrapassam o campo técnico-operacional, consolidando-se como uma experiência de cooperação internacional que fortaleceu capacidades institucionais do sistema de saúde brasileiro. Ao apoiar a articulação intersetorial e federativa, mediar a presença de profissionais estrangeiros e fomentar a qualificação da formação médica, a Opas reforçou seu papel como agente promotor da equidade em saúde e do desenvolvimento de sistemas baseados na APS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). A análise crítica dessas contribuições, no período de 2013 a 2023, permite identificar lições relevantes para o aprimoramento

das políticas de provimento e formação profissional no Brasil e na região das Américas.

A cooperação técnica estabelecida entre a Opas/OMS e o governo brasileiro, no contexto do PMMB, constituiu uma experiência singular de articulação entre atores nacionais e internacionais para a consolidação de políticas públicas voltadas à equidade no acesso à saúde e ao fortalecimento da APS. Entre 2013 e 2023, as contribuições da Opas se deram em três dimensões estratégicas: a provisão emergencial de médicos; a qualificação da formação médica; e o estímulo à produção científica aplicada à gestão do programa. Uma análise crítica desse processo revela não apenas os avanços institucionais e operacionais alcançados, mas também os limites e desafios inerentes à sua sustentabilidade e institucionalização.

No campo do *provimento de médicos*, a Opas desempenhou um papel decisivo ao intermediar acordos de cooperação internacional – especialmente com Cuba – que viabilizaram a inserção de mais de 18 mil profissionais em áreas de difícil acesso, muitas delas sem cobertura médica anterior. Essa medida emergencial, embora contestada por setores corporativos, contribuiu para a redução de vazios assistenciais e para o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobretudo nas regiões Norte e Nordeste (Girardi *et al.*, 2016; Organização Pan-Americana da Saúde, 2015). No entanto, a dependência de acordos internacionais revelou fragilidades estruturais do sistema formador nacional, bem como ausência de políticas robustas e permanentes de fixação de médicos em áreas remotas, cujas causas transcendem a oferta de vagas e envolvem aspectos econômicos, sociais e de infraestrutura (Santos *et al.*, 2017).

Em relação à *formação médica*, a Opas apoiou a implementação de dispositivos pedagógicos inovadores, como a supervisão acadêmica longitudinal, a tutoria pedagógica e a integração ensino-serviço. Essas ações foram fundamentais para alinhar a prática médica ao modelo de APS, conforme as diretrizes curriculares nacionais e os princípios do SUS. A incorporação de tecnologias digitais permitiu a ampliação da websupervisão, favorecendo o acompanhamento remoto e contínuo dos médicos em localidades isoladas (Ferreira *et al.*, 2019). Ainda assim, a heterogeneidade na execução dessas ações pelas instituições de ensino e a rotatividade dos profissionais limitaram, em alguns contextos, o potencial transformador da formação em serviço. Ademais, a formação crítica e comprometida com os determinantes sociais da

saúde ainda enfrenta barreiras de ordem curricular e institucional nas escolas médicas.

No eixo da *pesquisa e produção de conhecimento*, destaca-se a construção da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde relacionada ao PMMB, apoiada tecnicamente pela Opas e pelo Ministério da Saúde. Essa agenda orientou a realização de estudos avaliativos e de monitoramento do programa, com ênfase na análise de sua efetividade, eficiência e impacto sobre os indicadores de saúde, acesso, satisfação dos usuários e organização dos serviços (Brasil, 2018; Pessini *et al.*, 2021). Ao institucionalizar a avaliação como prática estratégica, a Opas contribuiu para fortalecer a cultura de uso de evidências na formulação e na gestão de políticas públicas. No entanto, a descontinuidade de financiamentos, a dispersão dos dados e a dificuldade de articulação entre pesquisa e gestão em alguns níveis do sistema de saúde limitaram o alcance e a utilização prática dos achados em tempo oportuno.

A trajetória da Opas no apoio ao PMMB entre 2013 e 2023 evidencia o potencial da cooperação internacional de gerar soluções inovadoras frente aos desafios históricos da saúde pública brasileira. Ao mesmo tempo, revela tensões políticas e institucionais que interferem na continuidade e no aprimoramento de políticas intersetoriais como o PMMB. A judicialização da presença de médicos estrangeiros, a oscilação no compromisso político das gestões federais e a ausência de estratégias nacionais de carreira médica na APS mostram que os avanços conquistados necessitam ser protegidos por mecanismos institucionais estáveis e sustentáveis.

Para atingir os objetivos propostos, a Opas propôs em sua Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde temas de pesquisa que compreendessem tópicos mais específicos e agregados à implementação do PMMB e aos seus principais desafios em consonância com os princípios do SUS. A sistematização das ações para articulação em torno de uma agenda de pesquisa pressupõe estimular a implementação do PMMB para viabilizar a maior cobertura de atendimentos sanitários, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade (Separavich; Couto 2021). Além disso, tem o intuito de atender ao previsto na Lei nº 12.871/2013, que é a “promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional” (Brasil, 2013), a partir da cooperação internacional com a Opas para o PMMB aprovada em 2013 (Lei nº 12.871), a fim de, especialmente, viabilizar a

mobilização de médicos cubanos para atuar no setor de atenção primária em unidades básicas por meio do SUS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025).

A representação da Opas e da OMS no Brasil colaborou com a iniciativa facilitando a vinda de médicos cubanos para atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, além de permitir o provimento e a formação de profissionais desde 2013, o PMMB busca contribuir para o fortalecimento da Cooperação Sul-Sul, que permitiu o provimento e a formação de recursos humanos para atuar sobre os determinantes sociais em saúde, sobretudo em populações em situações de vulnerabilidade.

A Opas/OMS também contribuiu com o monitoramento e a avaliação dos resultados e impactos do programa, bem como na gestão e na disseminação do conhecimento gerado pela iniciativa, na capacitação, no fortalecimento da educação em saúde para um grande contingente de médicos, entre outras ações relacionadas à melhoria da APS no Brasil.

Cabe sistematizar as ações da Opas no âmbito do PMMB:

- apoia o Brasil no fortalecimento da atenção básica do SUS, com o objetivo de ampliar a cobertura da rede de serviços e o acesso da população às ações previstas;
- coopera com a mobilização de médicos cubanos para promover a ampliação do acesso às *ações de saúde da atenção básica no Brasil*;
- apoia as estratégias de planejamento e desenvolvimento de ações para o atendimento das necessidades de saúde de populações específicas;
- promove o intercâmbio nacional e internacional de conhecimentos e experiências inovadoras para a atenção básica em saúde;
- realiza ações de monitoramento e avaliação dos resultados e impactos do programa, bem como na gestão e na divulgação dos conhecimentos gerados pela iniciativa;
- promove ações voltadas à inovação, à gestão do conhecimento e à qualificação dos novos cursos de Medicina adequados às necessidades da saúde da população brasileira, criados a partir do PMMB, no âmbito das universidades federais;

- colabora para o aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e o fortalecimento da gestão do conhecimento;
- promove a qualificação profissional de médicos por meio de ações de formação em serviços de atenção básica do SUS;
- identifica e estabelece parcerias com instituições de pesquisa para avaliação do impacto do projeto sobre os indicadores de saúde da população;
- apoia a identificação e a sistematização da produção científica nacional e internacional sobre o PMMB;
- sistematiza, produz conhecimentos e dá visibilidade a experiências e boas práticas relativas ao programa;
- fomenta e fortalece o intercâmbio e a cooperação técnica nacional e internacional, especialmente no âmbito da Cooperação Sul-Sul.

Em 2016, a Opas realizou a construção de iniciativas para monitorar ações e programas do Ministério da Saúde no Brasil, além de integrar informações e conhecimentos pertinentes sobre esse órgão. A Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (PMM) foi constituída a partir de uma parceria entre a Opas e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Abrasco, de modo a acompanhar a produção científica proveniente da realização dessa estratégia, além de democratizar o acesso aos conhecimentos adquiridos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016). Posto isso, apesar de sua importância, a plataforma não está mais ativa e o *site* foi descontinuado.

Um novo painel de monitoramento do PMM foi lançado em 2024, com a denominação “Painel de Monitoramento dos Programas de Provitamento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde”, que constitui uma ferramenta estratégica para facilitar o planejamento dos estados e municípios mediante a disponibilidade médica apresentada e aspectos informativos do projeto, bem como ações em andamento (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024). Atualmente, 4.544 municípios contam com vagas ativas, sendo estes de “muito baixa”, “baixa”, “média”, “alta” e “muito alta” vulnerabilidade; com 91,3% das vagas presentes ocupadas, sendo 53,68% do sexo feminino e 46,32% do sexo masculino; com médicos de distintas nacionalidades, destacando-se 24.702 de origem brasileira e 1.680 de origem cubana (Painel Mais Médicos, 2024).

Nesse ponto, cabe apresentar uma sistematização das contribuições fundamentais à compreensão sobre a construção de uma agenda política – ou plano de ação – direcionada ao PMM, em uma perspectiva que atenda às necessidades de saúde e alavanque o acesso à saúde de qualidade. Assim, este capítulo revisita brevemente antecedentes históricos, iniciativas de cooperação e desafios persistentes que precisam ser lembrados, para além de abstrações, a fim de suscitar uma melhor compreensão da trajetória definida nessa elaboração teórica.

### **Produções técnicas e científicas sobre o PMMB financiadas por meio da Opas**

Um dos pilares do PMMB foi o fortalecimento da formação em serviço, com base em processos educativos alinhados às necessidades da APS. A Opas, como parceira técnica do Ministério da Saúde, desempenhou papel central nesse eixo, não apenas apoiando a estruturação da supervisão acadêmica e da tutoria pedagógica, mas também financiando pesquisas que analisaram e qualificaram essas experiências no território.

Entre os estudos relevantes apoiados pela Opas, destaca-se a pesquisa coordenada pela Fiocruz Brasília, intitulada “Avaliação do processo de supervisão acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil” (Ferreira *et al.*, 2019), que analisou a efetividade da supervisão acadêmica na formação em serviço. O estudo evidenciou que a supervisão contínua, realizada por instituições públicas de ensino, promoveu o desenvolvimento de competências clínicas, éticas e sociais nos médicos participantes, além de favorecer a integração com as equipes locais de saúde.

Outro exemplo significativo é a pesquisa multicêntrica coordenada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a Opas e o Ministério da Saúde, que resultou no relatório técnico “Avaliação da supervisão e tutoria acadêmica no PMM” (Brasil, 2018). O estudo analisou práticas pedagógicas adotadas por diferentes instituições supervisoras e apontou desafios relacionados à padronização de estratégias, ao acompanhamento de qualidade e à permanência de supervisores capacitados. A pesquisa recomendou, ainda, a ampliação do uso de tecnologias digitais para fortalecer a websupervisão em territórios de difícil acesso.

Além desses, a Opas também apoiou estudos voltados à avaliação da integração ensino-serviço-comunidade, como o projeto da Universidade Federal da Bahia (UFBA) que investigou como a inserção dos médicos do PMM em UBS contribuiu para processos de aprendizado mútuo entre os profissionais, os preceptores e a comunidade (Santos *et al.*, 2017). Esses estudos contribuíram não apenas para retroalimentar a gestão do programa com dados e análises qualificadas, mas também para construir um referencial teórico-pedagógico que orienta iniciativas futuras de formação médica na APS.

O conjunto dessas evidências reafirma o papel da Opas como indutora de inovação educacional e de institucionalização da formação em serviço, com base em abordagens participativas e territorializadas. As pesquisas financiadas permitiram identificar boas práticas, desafios operacionais e recomendações que subsidiaram ajustes nas diretrizes do PMMB, reafirmando a centralidade do cuidado em saúde como processo pedagógico.

A Opas tem atuado como parceira técnica estratégica do governo federal, especialmente no desenvolvimento de ações voltadas à qualificação da formação médica com foco no SUS. A contribuição da Opas vai além da intermediação para o envio de médicos estrangeiros, destacando-se pelo financiamento e pela coordenação de projetos formativos e avaliativos. *Projeto de Apoio à Consolidação das Escolas Médicas Federais*, que, entre 2014 e 2018, apoiou 39 instituições federais de ensino superior, promovendo adequações de infraestrutura, ampliação de vagas e fortalecimento pedagógico para alinhamento com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da graduação em Medicina (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017a).

Outro eixo relevante de atuação foi o *Projeto de Apoio à Formação de Preceptores e Docentes para a APS*, que ofereceu cursos de especialização em Metodologias Ativas e Preceptoria no SUS. Esse projeto contribuiu para a qualificação dos profissionais responsáveis pela supervisão e pelo acompanhamento dos médicos atuantes no PMM, reforçando a integração ensino-serviço-comunidade (Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

A Opas também apoiou o desenvolvimento da *Plataforma Ambiente de Recursos Educacionais em Saúde (Ares)*, voltada à disponibilização de conteúdos educacionais para médicos, tutores e supervisores, com ênfase na clínica ampliada e no cuidado centrado na pessoa (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Além disso, foi responsável pelo

financiamento de estudos avaliativos e publicações técnicas que sistematizaram experiências e inovações formativas no escopo do PMM, como *Caminhos da Educação Médica no Brasil* (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Os esforços para realçar a pertinência dessas experiências, bem como o estudo dessas oportunidades, são refletidos em investimentos de diferentes instituições na avaliação dos projetos desenvolvidos e consequente fabricação de artigos, de manuais técnicos e de modelos de atendimento. O aspecto educacional é, constantemente, apontado como um potencializador de mudanças por estudos que analisam tanto o problema quanto as experiências de enfrentamento dessas dificuldades. Todavia, poucos foram os estudos que avaliaram o impacto do PMM na formação dos profissionais, apesar de, após mais de dez anos do PMMB, os profissionais médicos formados ainda não alcançaram efetivamente o perfil para atuação no SUS e na APS brasileira.

Não podemos esquecer que a proposta do PMM é de fortalecimento da APS, ao ponto que atenda às necessidades das populações de determinados municípios. Municípios com uma configuração específica, com fragilidades de âmbito econômico-social, aspectos que os tornam menos atrativos para a fixação desses profissionais, demandando ações para a superação de desigualdades/iniqüidades em saúde.

Essas ações refletem o compromisso da Opas com a qualificação da formação médica voltada para a APS e o fortalecimento institucional do SUS, promovendo mudanças curriculares e pedagógicas orientadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Os relatórios de gestão e os relatórios técnicos entre 2013 e 2016 explicitam esse período com uma narrativa de construção das prerrogativas estipuladas com a criação do PMM, porém já apontam resultados nesse período inicial da estratégia. Em 2016, o PMM foi considerado pela OMS uma prática relevante para contemplar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nos parâmetros de saúde e de equidade, demonstrando-se potencialmente benéfico para ser adotado por outros países (Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development, 2016).

Em 2017 e em 2018, os relatórios técnicos apontam a importância do apoio dessa estratégia, que foi responsável por 95% do atendimento médico em comunidades indígenas, sendo capaz de proporcionar um aumento significativo da cobertura por consultas médicas, consultas de pré-natal, realização de pequenos procedimentos e aumento da

resolutividade da atenção nas comunidades indígenas assistidas, além de apoiar na redução da mortalidade infantil, na vigilância nutricional e na saúde das mulheres indígenas, e no enfrentamento da malária e de outras doenças negligenciadas.

**QUADRO 2** Sistematização de produções em cooperação com a Opas relacionadas à formação e ao provimento no PMMB entre 2013 e 2024

ANO	ANÁLISES CIENTÍFICAS, PRODUÇÕES TÉCNICAS E RELATÓRIOS DE TERMOS DE COOPERAÇÃO ASSOCIADOS AO PMMB	LINK
2013	<i>Relatório de gestão dos Termos de Cooperação 2013</i>	<a href="https://iris.paho.org/handle/10665.2/18447">https://iris.paho.org/handle/10665.2/18447</a>
2013	<i>Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da atenção básica do Brasil</i>	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf</a>
2014	<i>Relatório de gestão dos Termos de Cooperação 2014</i>	<a href="https://iris.paho.org/handle/10665.2/18435">https://iris.paho.org/handle/10665.2/18435</a>
2015	<i>Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros</i>	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf</a>
2015	<i>Relatório de gestão dos Termos de Cooperação 2015</i>	<a href="https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-gestao-dos-termos-cooperacao-2015">https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-gestao-dos-termos-cooperacao-2015</a>
2016	"Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas"	<a href="https://cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/pesquisas-sobre-o-programa-mais-medicos-analises-e-perspectivas/158?id=158">https://cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/pesquisas-sobre-o-programa-mais-medicos-analises-e-perspectivas/158?id=158</a>
2016	<i>Alimentação e Nutrição no Projeto Mais Médicos para o Brasil</i>	<a href="https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/a36dc502-8f34-4780-a22e-41cddf41ae4e/content">https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/a36dc502-8f34-4780-a22e-41cddf41ae4e/content</a>
2016	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 80: acesso da população brasileira à atenção básica em saúde</i>	<a href="https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-80-acesso-da-populacao-brasileira-atencao">https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-80-acesso-da-populacao-brasileira-atencao</a>
2016	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 67: proteção e promoção dos povos indígenas (2016)</i>	<a href="https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-67-protecao-e-promocao-dos-povos-indigenas-2">https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-67-protecao-e-promocao-dos-povos-indigenas-2</a>
2017	<i>Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica</i>	<a href="https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34581/OPASBRA17029-por.pdf?sequence=8&amp;isAllowed=y">https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34581/OPASBRA17029-por.pdf?sequence=8&amp;isAllowed=y</a>
2017	"Programa Mais Médicos: análise a partir de um modelo lógico"	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3programa_mais_medicos.pdf">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3programa_mais_medicos.pdf</a>
2017	<i>Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa "Mais Médicos"</i>	<a href="http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao_de_vinculos.pdf">http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao_de_vinculos.pdf</a>
2017	<i>Avaliação da efetividade da atenção primária a saúde: o programa mais médicos sob o olhar dos profissionais</i>	<a href="https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3252/5/ANDREIA_CARRER2017.pdf">https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3252/5/ANDREIA_CARRER2017.pdf</a>
2017	"O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela atenção primária"	<a href="https://rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SUMULA-ICSAP.pdf">https://rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SUMULA-ICSAP.pdf</a>

ANO	ANÁLISES CIENTÍFICAS, PRODUÇÕES TÉCNICAS E RELATÓRIOS DE TERMOS DE COOPERAÇÃO ASSOCIADOS AO PMMB	LINK
2017	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 67: proteção e promoção dos povos indígenas (2017)</i>	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2021-01/RT_TC67_2sem2017%20-%20C.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2021-01/RT_TC67_2sem2017%20-%20C.pdf</a>
2018	"O Programa Mais Médicos e sua contribuição para a universalização da saúde"	<a href="https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/05.pdf">https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/05.pdf</a>
2018	<i>Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?</i>	<a href="https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663">https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663</a>
2018	"Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da educação interprofissional"	<a href="https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31059/1/EspecializacaoMaisMedicos_Costa_2018.pdf">https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31059/1/EspecializacaoMaisMedicos_Costa_2018.pdf</a>
2018	<i>Programa Mais Médicos: a questão do acesso ao Sistema Único Saúde no país das desigualdades regionais</i>	<a href="https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/36222/36222.PDF">https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/36222/36222.PDF</a>
2018	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 67: proteção e promoção dos povos indígenas (2018)</i>	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2021-01/RT_TC67_2sem2018_050819.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2021-01/RT_TC67_2sem2018_050819.pdf</a>
2019	"Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos"	<a href="https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1191/859">https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1191/859</a>
2019	<i>O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade</i>	<a href="https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/tatiana_argolo_toscano_fgueiredo.pdf">https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/tatiana_argolo_toscano_fgueiredo.pdf</a>
2019	<i>Programa Mais Médicos: avaliação do modelo regulatório de abertura de curso de Medicina como instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos em regiões prioritárias</i>	<a href="https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10628/1/Tese_francirley_oliveira.pdf">https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10628/1/Tese_francirley_oliveira.pdf</a>
2023	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 80: acesso da população brasileira à atenção básica em saúde (2023)</i>	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf</a>
2023	"Identificação e validação do modelo de formação dos médicos do Projeto Mais Médicos pelo Brasil"	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf</a>
2023	"Estudo de linha de base e modelagem das trilhas formativas dos médicos do Projeto Mais Médicos pelo Brasil"	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf</a>
2023	"Resultados e impactos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e na saúde dos usuários: protocolo de uma revisão rápida"	<a href="https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf">https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/rttc802sem2023.pdf</a>
2024	"Efeitos do Programa Mais Médicos na atenção primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática"	<a href="https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?format=pdf&amp;lang=pt</a>
2024	<i>Relatório técnico do Termo de Cooperação nº 80: acesso da população brasileira à atenção básica em saúde (Mais Médicos)</i>	<a href="https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-80-acesso-da-populacao-brasileira-atencao-basica-em-saude-mais">https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-80-acesso-da-populacao-brasileira-atencao-basica-em-saude-mais</a>

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

A busca por resultados de pesquisas realizadas sobre o PMM em diferentes setores da saúde e sob distintos perfis avaliativos, tanto profissionais quanto coletivos, revela dados importantes sobre essa estratégia em perspectivas quantitativas e qualitativas. Após dois anos da implementação, estima-se que houve 88% de adesão à estratégia pelos municípios, com um aumento substancial na porcentagem de médicos nas regiões, sobretudo no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste, com destaque para as elevações em 29,4% em Rondônia; 24,1% no Tocantins; 22,5% no Maranhão; 22,3% no Mato Grosso; e 20,3% no Piauí. No eixo de formação médica, aponta-se a autorização de novas vagas para o curso de Medicina, alcançando 44% da meta de expansão anteriormente determinada e, além disso, aumento das vagas para residência médica, sobretudo na área de Medicina de Família e Comunidade (MFC), com mais 4 mil vagas (Brasil, 2015).

A análise da perspectiva da produção de vínculos possibilitou uma compreensão, a partir da consideração da presença de médicos estrangeiros atuantes nas regiões, de que a indução, o provimento e a fixação de trabalhadores médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) também aumentaram sobremaneira a partir da implementação do programa. A oferta de cursos de especialização para aperfeiçoamento dos participantes tendeu a propor o envolvimento dos profissionais em atividades de ensino, pesquisa e extensão, de modo a estimular a alteração direcionada dos projetos político-pedagógicos em diferentes instituições de ensino superior para uma vertente mais abrangente (Bôas, 2017; Nascimento Filho; Rocha, 2018).

No período entre 2017 e 2022, ocorreu uma intensa redução do número de profissionais aderidos ao projeto, com apenas 12.843 médicos ativos (Brasil, 2025). Sob essa ótica, aponta-se que essa realidade tende a possibilitar um desmonte intenso das atividades anteriormente introduzidas, de modo a danificar e descaracterizar pilares antes já estabelecidos entre os cidadãos abarcados pelos profissionais, bem como gerar o enfraquecimento dos vínculos em saúde que são potencializadores do cuidado e fundamentais para uma prática médica resolutiva (Seixas *et al.*, 2019).

Cabe destacar o relatório *30 anos de SUS, que SUS para 2030?*, publicado em 2018 pela Opas, o qual sintetizou alguns dos maiores conhecimentos e experiências acumulados no SUS, com perspectiva de contribuir para que o Brasil alcance as metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. O documento apresenta uma

série de evidências científicas que mostram como o PMM, criado em 2013 pelo governo do Brasil, aumentou o acesso da população brasileira à saúde. O impacto positivo do provimento emergencial a curto prazo, alocando mais 18 mil profissionais médicos em serviços da APS em lugares antes carentes ou deficitários, com tutoria acadêmica e supervisão para qualificação profissional, foi visível já nos primeiros anos do programa. Por exemplo, em 2012, a cobertura da ESF era de 59,4%. No ano seguinte, passou para 59,6%. Já em 2014, um ano após a criação do PMM, esse índice saltou para 66,9%. E continuou crescendo até alcançar 70% em 2017.

Inclusive, o relatório aponta que a ESF tem sido o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura de APS. Esse modelo, quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, apresenta melhores resultados quanto à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores como diminuição de internações por condições sensíveis à APS – que são internações evitáveis – e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis.

No mesmo ano, a Opas lançou edital para proposição de pesquisas em parceria com especialistas membros da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Fiocruz, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), do Ministério da Saúde do Brasil, da Universidade de Brasília (UnB) e da Opas. Entre os principais temas de interesse para desenvolvimento do trabalho, estão: análises de custo-benefício e custo-efetividade do PMM; resolutividade baseada no conjunto de serviços ofertados no primeiro nível de atenção *versus* custos adicionais de outros níveis de atenção; comparativo de custos do PMM *versus* da atenção básica em geral; impacto econômico da resolução de internações evitáveis em primeiro nível de atenção em decorrência do PMM; sustentabilidade financeira do PMM; investimentos necessários junto aos níveis municipais, estaduais e federais para transformação das bolsas de residência dos médicos cooperados do PMM em postos de trabalho fixos.

Em 2023, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) realizou uma reunião com o Ministério da Saúde para discussão acerca da reestruturação e retomada das ações realizadas pelo PMM. O objetivo centrou-se na apresentação e na análise pedagógica da matriz curricular do novo curso dessa estratégia, bem como nas perspectivas, nos desafios e nas construções futuras necessárias. O programa foi retomado a partir

da edição da Medida Provisória nº 1.165. Nesse ano, houve a abertura de novas 15 mil vagas para profissionais (Brasil, 2023b).

O relatório técnico de 2023 traz a informação de que essa estratégia atuou como protagonista para o fortalecimento do SUS e para a efetivação do direito à saúde, sendo apoiada pelos altos níveis de satisfação dos gestores e usuários, bem como pelas evidências científicas apresentadas. É importante destacar o foco sobre o aspecto educacional e sobre a transparência de gastos realizados nesse documento, pois revela a implementação de diversas oficinas regionais de discussão para aprimoramento das ferramentas de trabalho, averiguação de propostas para manuais técnicos e operacionais do programa, e táticas de monitoramento e disseminação de informações, além de estímulo a novas pesquisas sobre as ações realizadas.

É imperioso observar que os relatórios de gestão e de cooperação, bem como as produções técnicas construídas no período entre 2013 e 2025 revelam os esforços tecnocientíficos para consolidação de agendas de ações e de pesquisas voltadas à aplicação exitosa dos pilares do SUS, sobretudo no que concerne à adoção de uma melhor distribuição dos profissionais de saúde e de estratégias locais e municipais de impacto sanitário para populações carentes. Nesse panorama, todavia, destaca-se também um processo de sucateamento do programa, principalmente no período de mudança da gestão do Poder Executivo no Brasil, em 2018, no qual a relativização das perspectivas desse programa, além das mudanças operacionais realizadas, tendeu a permitir um decréscimo operacional exponencial que se refletiu no esvaziamento e na perda da continuidade dos projetos anteriormente iniciados, atrasando também, devido a alterações de direcionamento dos recursos, as pesquisas iniciadas no período associadas ao programa.

Sob a ótica da valorização dos profissionais de saúde participantes e da formação continuada, nota-se que há um tímido registro de movimentações nesse sentido entre 2013 e 2017, centralizando-se na capacitação de médicos para MFC, porém com oportunização insuficiente de recursos e de estímulos, tanto financeiros quanto educacionais, ainda que tenha sido comprovada a melhoria dos índices formativos desses profissionais para a atuação como generalistas. De forma comparativa, em 2023, com a retomada desse projeto pela Lei nº 14.621/2023, revelam-se diversos novos incentivos imbuídos aos membros. Os documentos reconhecem a necessidade de novas ofertas de benefícios para fixação de profissionais mediante a escassez de membros, as insalubridades

profissionais presentes nas localidades disponíveis para fixação e a insuficiência de oportunidades para desenvolvimento pessoal e acadêmico ressaltadas como problemáticas do PMM neste capítulo.

Na temática da governança, observa-se uma mudança das perspectivas imbuídas entre os relatórios de 2016 e o de 2024, revelando a alteração de uma visão de controle, de monitoramento e de avaliação sobre a efetividade do PMM de uma perspectiva mais centralizada para uma vertente mais descentralizada, fornecendo maior protagonismo às gestões municipais e aos médicos partícipes fixados. Nesse contexto, revela-se o reconhecimento da importância da conexão local para estabelecimento de metas e de regulações que contemplem as necessidades específicas de cada população adscrita, mediante sistemas descentralizados de governança que se reportam a um órgão federal maior.

### **As produções científicas e a formação médica no PMM**

Em 2014, a criação das novas DCNs do curso de graduação em Medicina foi desenvolvida pelo Estado brasileiro com o objetivo de reestruturar e de ressignificar a formação médica no Brasil, por meio de modificações na matriz curricular dessa graduação, de modo a fortalecer os princípios de transversalidade e de longitudinalidade com uma prática médica mais resolutiva e acolhedora, que considera as demandas sociais para direcionamento das condutas em saúde (Ferreira *et al.*, 2019).

Entre 2013 e 2023, diversas linhas de pesquisa financiadas pela Opas contribuíram para gerar evidências sobre a eficácia do programa, o impacto na saúde pública e os desafios na formação dos profissionais.

A primeira grande área de pesquisa financiada pela Opas focou na avaliação do impacto do PMMB nas regiões mais vulneráveis, analisando a ampliação do acesso à saúde e a melhoria nos indicadores de saúde. Estudos como o de Souza e demais autores (2017), financiados pela Opas, investigaram a mudança nos indicadores de saúde após a implementação do PMMB, incluindo a redução das taxas de mortalidade infantil e a melhoria nos cuidados pré-natais. Segundo a pesquisa, a atuação dos médicos do programa teve impacto direto na melhoria da qualidade do atendimento, principalmente nas áreas rurais e periféricas, onde a escassez de médicos era mais pronunciada. A Opas, por meio dessas pesquisas, permitiu a geração de dados robustos que demonstraram uma redução significativa de internações por condições

sensíveis à APS, como doenças respiratórias e doenças cardiovasculares. De acordo com o estudo de Pessini e demais autores (2021), a presença dos médicos cubanos teve um papel fundamental nesse processo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde os profissionais locais estavam menos dispostos a atuar.

Além disso, a Opas incentivou pesquisas relacionadas à formação médica e ao processo de integração ensino-serviço-comunidade. Essas pesquisas focaram no papel da educação médica na capacitação dos profissionais em serviço, com destaque para as práticas de ensino-aprendizagem na APS. Em um estudo realizado por Castro e demais autores (2018), financiado pela Opas, foram avaliados os modelos pedagógicos adotados pelo PMMB para garantir uma formação adequada aos profissionais em exercício. A pesquisa concluiu que a estratégia de ensino-serviço integrado, combinando aulas teóricas e práticas nas comunidades, foi um dos principais fatores de sucesso na formação dos médicos do programa. A pesquisa financiada pela Opas também enfatizou a importância da supervisão longitudinal, um mecanismo de apoio à formação e à orientação dos médicos, como uma ferramenta crucial para assegurar a qualidade do atendimento e a continuidade do aprendizado. Segundo a Opas (2020), esse modelo de supervisão foi decisivo para a efetividade do PMMB, pois permitiu que os médicos em formação se sentissem mais preparados e apoiados, além de fortalecerem o vínculo com as comunidades atendidas.

Outro eixo importante das pesquisas financiadas pela Opas foi o de impacto organizacional e institucional do PMMB. Nesse âmbito, estudos focaram em como o programa contribuiu para a reorganização da gestão da saúde no Brasil, além de analisar os desafios institucionais e de governança na implementação do programa. A pesquisa de Macedo e Ferreira (2019), também financiada pela Opas, investigou os efeitos do PMMB sobre a gestão municipal e a organização dos serviços de saúde. A pesquisa revelou que a chegada dos médicos e a sua distribuição nas regiões desassistidas contribuíram para a reestruturação dos serviços de saúde nas esferas municipais e estaduais, mas também expôs desafios relacionados à gestão de recursos humanos e à articulação interinstitucional. Em particular, a pesquisa apontou para a necessidade de melhorias na coordenação entre diferentes esferas de governo para garantir a continuidade do programa e a qualificação dos serviços de saúde.

A tecnologia e a inovação também foram temas abordados em pesquisas financiadas pela Opas, especialmente com a introdução de tecnologias de apoio à saúde, como a Telessaúde. A Opas financia iniciativas que visam integrar as novas tecnologias na formação médica e no atendimento à saúde. Estudos como o de Marengo e demais autores (2020) demonstraram que o uso da Telessaúde para consultas e orientações à distância permitiu ampliar o alcance do atendimento, especialmente em áreas isoladas, garantindo que os médicos tivessem acesso a especialidades e apoio técnico, o que, por sua vez, contribuiu para a resolutividade do PMMB. Além disso, a Telessaúde se mostrou uma ferramenta valiosa na supervisão à distância, permitindo a supervisão constante e a orientação dos médicos, mesmo em localidades remotas, o que foi considerado um dos pontos fortes do PMMB.

A Opas também incentivou pesquisas de avaliação qualitativa sobre a satisfação dos usuários e a qualidade percebida do atendimento prestado pelos médicos do PMMB. De acordo com os dados coletados pela pesquisa de Oliveira e Pacheco (2021), financiada pela Opas, os pacientes que utilizaram os serviços de saúde oferecidos pelos médicos do programa relataram níveis elevados de satisfação, principalmente em relação à qualidade da escuta, à empatia dos profissionais e ao tempo dedicado ao atendimento. Esses resultados ajudaram a reforçar a ideia de que, embora o PMMB tenha enfrentado desafios logísticos e estruturais, os benefícios para os usuários em termos de acessibilidade e qualidade do atendimento foram substanciais.

A produção científica brasileira pelo PMM, entre 2013 e 2016, centrou-se nos eixos de provimento emergencial e de formação, em abordagens quantitativas e qualitativas, com maioria dos autores proveniente da região Sudeste e versando sobre equidade, efetividade, formação profissional, implementação, práticas e processo de trabalho, abordagem midiática e análise política.

Na temática de provimento e distribuição de profissionais médicos, discutem-se aspectos positivos e negativos da implementação dessa estratégia, citando-se como assertivo o aumento da relação médico/habitante em áreas negligenciadas, bem como a progressiva qualificação dos profissionais; e como desfavorável a manutenção de iniquidades em distintas regiões, além de relações conflitantes com médicos estrangeiros, associadas, sobretudo, ao preconceito contra médicos cubanos. Os resultados demonstram haver problemáticas estruturais, e relacionadas à capacidade de realização de procedimentos pelos

profissionais, os quais denotavam-se por inviabilidades ambientais para execução de procedimentos, citando-se a ausência de materiais apropriados e deficiências na infraestrutura local.

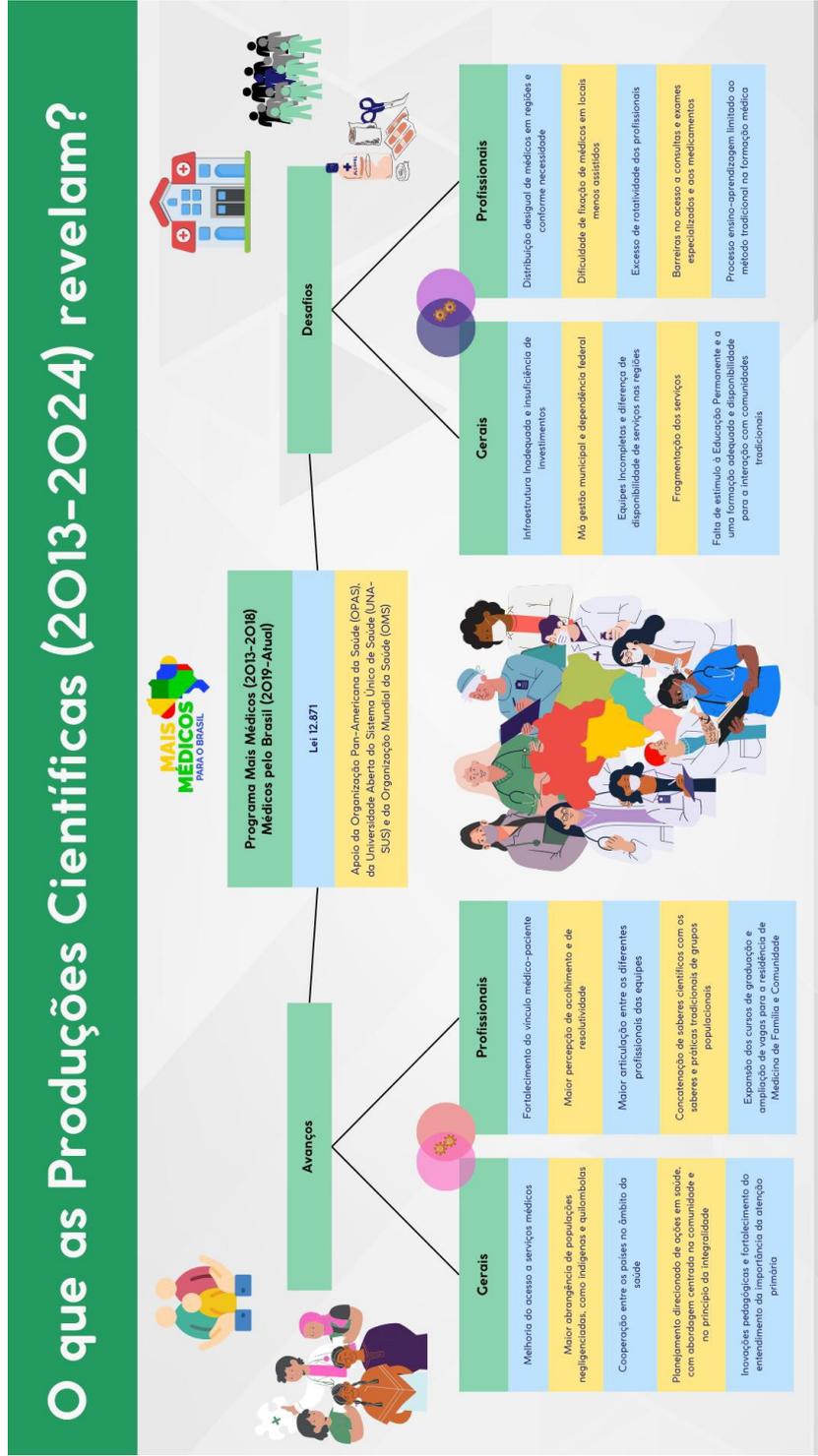
No que concerne à formação dos profissionais, indica-se maior reconhecimento da residência médica em MFC, ampliando o conhecimento sobre os princípios e as diretrizes do SUS e fortalecendo o trabalho das equipes e a melhoria da prática clínica. Nas avaliações populacionais realizadas, de maneira geral, indica-se uma recepção positiva da população, com ampliação do acesso e da resolutividade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017, Soares *et al.*, 2022).

No período entre 2017 e 2021, há uma continuidade na produção científica, de maneira quantitativa, de modo semelhante ao período entre 2013 e 2016, porém há um decréscimo exponencial a partir do ano de 2021. A predominância dos estudos encontra-se em uma metodologia qualitativa, sendo cerca de três vezes superior ao montante de artigos de metodologia quantitativa. Os artigos que versam sobre o provimento e a fixação dos profissionais médicos na atenção primária ressaltam, de forma unânime, a importância e a magnitude do programa para essa estruturação.

As pesquisas financiadas pela Opas entre 2013 e 2023 tiveram um impacto significativo no fortalecimento do PMMB, fornecendo evidências sobre a eficácia do programa e indicando áreas para ajustes e melhorias. Por meio da pesquisa, a Opas ajudou a esclarecer os efeitos do programa na saúde da população, na formação médica e na gestão do SUS, o que proporcionou uma base sólida para políticas públicas mais eficientes e baseadas em evidências.

Nesse contexto, de maneira análoga, em 2024, surge uma nova proposta apresentada pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) para alteração do ensino em saúde. Essa proposta foi acompanhada e orientada pela Opas sob a perspectiva de promover o fortalecimento e o aperfeiçoamento das políticas públicas no país, por intermédio de manutenções, aprimoramentos, retiradas e inclusões que foram endossados nesse documento e contemplam estratégias para provimento e fixação de médicos, priorizando maior garantia do acesso à saúde pela população (Associação Brasileira de Educação Médica, 2024).

FIGURA 1 Síntese dos desafios identificados nas produções científicas



Fonte: elaborada pelos autores (2025).

## Avanços e desafios para a efetivação de agenda de pesquisa sobre a formação dos partícipes do PMMB

A formação médica orientada pelas necessidades do SUS constitui um dos maiores desafios históricos da política educacional e sanitária brasileira. O PMMB, instituído pela Lei nº 12.871/2013, configurou-se como uma iniciativa estratégica para a reorientação da formação médica com base na APS, ao lado de medidas de provimento e infraestrutura. A consolidação de uma agenda de pesquisa em saúde voltada especificamente à formação dos médicos no âmbito do PMMB representou, nesse contexto, uma inovação importante na busca por evidências científicas que fundamentassem as ações formativas e contribuíssem para sua institucionalização no SUS.

Desde sua criação, o PMMB buscou integrar ensino e serviço por meio de ações como a supervisão acadêmica, a tutoria pedagógica e o uso de metodologias ativas centradas no território. Em articulação com instituições públicas de ensino e com o apoio técnico e financeiro da Opas, o Ministério da Saúde fomentou a construção de uma Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, com o objetivo de orientar estudos sobre os impactos, a efetividade e os desafios da formação médica em serviço no programa (Brasil, 2018). Essa agenda contemplou temas como o perfil dos médicos, a qualidade da supervisão acadêmica, os modelos pedagógicos adotados, os efeitos da formação sobre a prática clínica e a relação entre os profissionais e as equipes locais de saúde.

Entre os principais avanços dessa agenda, destaca-se a valorização da pesquisa aplicada e voltada à gestão, com ênfase na produção de evidências úteis para o aprimoramento do programa. Estudos como os realizados por Ferreira e demais autores (2019) e Santos e demais autores (2017) evidenciaram os impactos positivos da supervisão acadêmica sobre o desenvolvimento profissional dos médicos, bem como sobre a integração entre ensino, serviço e comunidade. Além disso, as pesquisas possibilitaram uma melhor compreensão das lacunas formativas na graduação médica tradicional e apontaram caminhos para sua superação por meio da educação permanente e da formação em serviço.

Outro avanço importante foi a capilarização da produção científica sobre o PMMB em diferentes regiões do país, com a inclusão de universidades federais e estaduais em processos de avaliação e monitoramento do programa. Essa diversidade institucional permitiu ampliar o escopo das análises e fortalecer uma rede de pesquisadores comprometida com a APS e com os princípios do SUS. A Opas teve papel

central nesse processo, atuando como articuladora e financiadora de projetos, o que contribuiu para institucionalizar a pesquisa como eixo estruturante da política pública.

No entanto, a efetivação dessa agenda enfrenta desafios significativos, entre os quais se destacam a descontinuidade do financiamento à pesquisa, a fragilidade da articulação entre academia e gestão, e a dificuldade de incorporação dos resultados das pesquisas nos processos decisórios. A descontinuidade de políticas públicas, resultante de mudanças de orientação política nas esferas federal e estadual, também comprometeu a sustentabilidade de iniciativas avaliativas e a manutenção de redes de pesquisa consolidadas. A descontinuação da Plataforma de Conhecimentos sobre o PMM demonstra-se como uma perda, dada a maior facilidade de acesso às informações dessa tática, como relatos de ações práticas realizadas e devolutivas da população. Entretanto, a criação do Sistema Integrado de Informações Mais Médicos (SIMM) é uma conquista para os cidadãos e para os gestores, dado que a divulgação de dados coletados em distintas comunidades tende a ser benéfico para adaptar e corresponder aos anseios das populações, na medida em que promove maior compreensão de acolhimento e de quais intervenções podem ser realizadas, pensando-se em cronogramas em saúde específicos dos municípios, abordagem gradual de distintos focos e posições de enfrentamento em saúde que carecem de atenção. Além disso, denota-se a potencialidade dessa ferramenta para maior qualificação da tomada de decisões (Rosales *et al.*, 2020).

Além disso, observa-se uma assimetria na produção e no uso do conhecimento: enquanto algumas regiões e instituições conseguem estruturar grupos de pesquisa com *expertise* em avaliação de programas e políticas, outras enfrentam dificuldades operacionais, logísticas e de recursos humanos para desenvolver estudos com rigor metodológico. Essa desigualdade reflete a própria heterogeneidade da formação médica no país e evidencia a necessidade de políticas mais robustas de indução à pesquisa aplicada à saúde.

Um outro aspecto crítico diz respeito à fragilidade dos sistemas de informação relacionados à formação médica no PMMB. A ausência de bancos de dados integrados e atualizados dificulta o acompanhamento longitudinal dos médicos e compromete a avaliação a médio e longo prazos dos efeitos da formação em serviço sobre a prática profissional, a fixação nas regiões prioritárias e a incorporação dos princípios do SUS na atuação clínica.

Para superar esses desafios, é necessário fortalecer a institucionalização da agenda de pesquisa como componente permanente das políticas públicas de formação em saúde. Isso implica ampliar os mecanismos de financiamento à pesquisa aplicada, consolidar espaços de governança interinstitucional entre universidades e serviços de saúde, aprimorar os sistemas de informação e valorizar os achados científicos como insumo estratégico para a gestão do SUS. A consolidação de núcleos regionais de avaliação e pesquisa, em articulação com os programas de residência e os cursos de Medicina, pode representar um caminho viável para qualificar a produção e o uso do conhecimento no campo da formação médica.

No pilar da formação médica, embora o projeto tenha contribuído para a especialização de médicos em MFC, persistem lacunas quanto ao incentivo à educação interprofissional, o que fragiliza a qualificação do profissional para se adaptar perante distintas e particulares necessidades e contextos (Oliveira; Santos; Shimizu, 2019). Ainda no que concerne à formação médica e à supervisão acadêmica, observam-se lacunas na operacionalização do processo de estímulo da educação interprofissional em indivíduos formados e críticas ao modelo tradicional utilizado no processo de ensino-aprendizagem de novos médicos. Os trabalhos encontrados também indicam a diminuição no número de internações, sensíveis à APS, de crianças e de adultos, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade social.

Na atuação dessa estratégia com povos específicos, manifesta-se o desenvolvimento de habilidades para concatenar saberes científicos e saberes tradicionais, com aproximação e redução das iniquidades, porém com dificuldades associadas à ausência de um preparo adequado para lidar com as diferenças culturais específicas (Separavich; Couto, 2021, Soares *et al.*, 2022).

Na qualificação dos profissionais para atuação na estratégia, denota-se que existe baixa carga horária e limitação dos conteúdos do treinamento introdutório, além de irregularidades na supervisão da atuação e condições de trabalho precárias, apontando-se também equipes de trabalho incompletas e falta de insumos e de medicamentos. A instabilidade dos vínculos de trabalho é relatada como um grande fator negativo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018). Por outro lado, a participação dos médicos cubanos teve uma análise positiva em diferentes conjecturas, sendo destacadas a implementação da medicina preventiva, a abordagem humanizada e a atitude positiva dos profissionais.

Além disso, o alcance do programa em áreas rurais ou de difícil acesso é referido com grande aumento dos indicadores da APS nessas regiões, evitando complicações e congestionamento dos serviços de urgência (Baião *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2019). Na educação permanente, a oferta virtual de cursos, materiais e certificados no Campus Virtual de Saúde Pública da Opas/OMS, de modo gratuito para os participantes, possibilita o fomento para a distribuição e a atualização do conhecimento em saúde pública e para o fortalecimento das capacidades e das competências das equipes de saúde.

### **Experiências exitosas e efeitos do PMM**

A Opas, como parceira técnica do Ministério da Saúde, desempenhou papel central na coordenação, no monitoramento e na avaliação do programa, oferecendo insumos valiosos para a compreensão de suas experiências exitosas e dos obstáculos enfrentados ao longo de sua implementação.

As análises da Opas destacam como uma das principais conquistas do PMMB a ampliação do acesso à atenção médica em regiões historicamente desassistidas. De acordo com a Opas (2018), o programa chegou a mais de 4 mil municípios, cobrindo 72% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e proporcionando atendimento a cerca de 63 milhões de brasileiros. Essa expansão territorial representou um avanço substancial na equidade do acesso, com impactos diretos sobre os indicadores de saúde e sobre a percepção de qualidade do cuidado por parte dos usuários.

Outro aspecto amplamente valorizado foi a qualidade do vínculo estabelecido entre os médicos e as comunidades atendidas, particularmente entre os profissionais cooperados de outros países, sobretudo os cubanos, cuja formação em APS e em abordagens humanísticas contribuiu para fortalecer a escuta qualificada e o cuidado centrado na pessoa. Avaliações qualitativas destacaram a melhora na organização dos processos de trabalho, no acompanhamento de condições crônicas e na resolubilidade da APS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016). O estudo de Andrade e demais autores (2016) reforça a importância da presença de médicos cubanos para a melhoria do atendimento, especialmente em áreas rurais e periféricas.

Contudo, apesar desses avanços, a Opas também evidenciou desafios estruturais e políticos que impactaram negativamente a continuidade

do atendimento em diversas localidades. Entre os principais entraves, destacam-se a descontinuidade administrativa, a dependência de acordos de cooperação internacional para suprimento de médicos, e a ausência de estratégias robustas de formação e fixação de profissionais brasileiros em regiões de difícil provimento. A saída dos médicos cubanos em 2018, por exemplo, resultou em uma quebra abrupta da cobertura assistencial em centenas de municípios, evidenciando a vulnerabilidade do modelo diante de instabilidades geopolíticas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018). A fixação de médicos brasileiros constituiu um dos principais nós críticos do programa. Estudos coordenados pela Opas apontam que, mesmo com incentivos financeiros e a abertura de novas vagas em cursos de Medicina no interior, os profissionais brasileiros demonstraram baixa permanência em áreas remotas, seja por dificuldades de infraestrutura, ausência de vínculos comunitários ou falta de perspectivas de desenvolvimento profissional (Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

Outro desafio apontado pelas análises da Opas refere-se à sustentabilidade institucional do PMMB, especialmente no que diz respeito à integração entre os eixos de provimento, formação e infraestrutura. A experiência demonstrou que o sucesso do programa depende da articulação intersectorial e do compromisso federativo, além de exigir a manutenção de instâncias de governança participativa, como os grupos executivos e os Conselhos de Saúde, para garantir o alinhamento com os princípios do SUS. A Opas (2016) enfatizou que, para garantir a continuidade das melhorias, é imprescindível que as ações sejam incorporadas de forma mais sólida nas políticas públicas nacionais e regionais.

A Opas também ressaltou a importância de consolidar a pesquisa e a avaliação permanente como ferramentas estruturantes para a sustentabilidade do programa. A partir da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, foi possível gerar evidências sobre os efeitos do PMMB, inclusive no que tange à formação profissional, à qualidade do cuidado e aos custos evitados com internações por condições sensíveis à APS. No entanto, a descontinuidade de recursos e a fragilidade das articulações institucionais comprometeram a sistematização e o uso desses achados na formulação de políticas públicas (Pessini *et al.*, 2021).

Exemplos de experiências exitosas do PMMB incluem:

1. **Expansão da cobertura da atenção básica**  
O PMMB contribuiu significativamente para ampliar a cobertura da ESF. Entre 2013 e 2015, a cobertura populacional da atenção básica aumentou de 62,7% para 70,4%. Nos municípios participantes, o número de consultas médicas cresceu 33%, comparado a 15% nos que não aderiram ao programa (Brasil, 2015).
2. **Redução de internações por condições sensíveis à APS**  
Estudos indicam que o PMMB reduziu internações por condições evitáveis, como insuficiência cardíaca e asma, especialmente em municípios com alta vulnerabilidade social (Souza *et al.*, 2017).
3. **Melhoria no acesso e qualidade do pré-natal**  
A presença de médicos do PMMB melhorou o acompanhamento pré-natal, reduzindo a proporção de nascidos vivos de mães sem consultas pré-natais e contribuindo para a queda da mortalidade infantil (Gomes, 2021).
4. **Fortalecimento da formação médica**  
O programa incentivou a formação médica voltada para a APS, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade e a utilização de tecnologias como a Telessaúde (Almeida, 2017).
5. **Satisfação dos usuários**  
Pesquisas apontam alta satisfação da população com os médicos do PMMB. Em estudo realizado pela UFMG e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe), 94% dos entrevistados expressaram contentamento com os profissionais do programa (Telles, 2019).
6. **Economia para o SUS**  
A redução de aproximadamente 23 mil internações em três anos gerou uma economia estimada de R\$ 30 milhões para o SUS (Brasil, 2020).
7. **Ampliação do acesso em áreas remotas**  
O programa levou médicos a regiões anteriormente desassistidas, como comunidades quilombolas no Pará, promovendo acesso contínuo à saúde e fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários (Carvalho *et al.*, 2021).
8. **Impacto na formação profissional**  
A presença de médicos do PMMB influenciou positivamente a formação de novos profissionais, incentivando práticas alinhadas

aos princípios do SUS e à realidade das comunidades atendidas (Carvalho *et al.*, 2021).

Podemos citar como exemplo a experiência do município de São João do Polêsine, no Rio Grande do Sul. Em 2015, a atuação do médico do PMM revelou um grande contingente de idosos sem atendimento adequado, de modo a gerar a instituição de uma capacitação em saúde do idoso e de um plano de trabalho para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, com dez metas propostas, incentivar a adesão e estimular o registro das informações. O acolhimento direcionado ao idoso na unidade, bem como a ampliação do foco das visitas domiciliares, permitiu a identificação de situações que provocavam o adoecimento desses indivíduos no seu contexto familiar (Bertão, 2015).

Outro exemplo condiz com a zona rural do município de Lagoa das Pedras, no Rio Grande do Norte. Em 2017, a incorporação de um médico do PMM gerou a incorporação de uma rotina de palestras e de atividades educativas nas três principais comunidades atendidas, com gincanas, caminhadas, grupos terapêuticos e materiais de apoio durante quatro meses. A partir disso, promoveram-se um cuidado direcionado e aproximado para mais de 400 hipertensos e 100 diabéticos, com melhoria do atendimento, e a desconstrução de paradigmas associados aos cuidados em saúde, sobretudo com a população masculina (Nascimento Filho; Rocha, 2018).

Em síntese, a análise da Opas sobre o PMMB entre 2013 e 2023 revela um programa com efeitos positivos significativos sobre a equidade e a qualidade da APS no Brasil, mas cuja continuidade e sustentabilidade dependem de estratégias a médio e longo prazos voltadas à valorização do trabalho médico, à formação centrada no SUS e ao fortalecimento da governança interfederativa. A experiência do PMMB reforça a importância de políticas públicas consistentes e baseadas em evidências, com o compromisso de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira.

### **Considerações finais**

Entre 2013 e 2023, a Opas desempenhou um papel fundamental na implementação e monitoramento do PMMB, com contribuições significativas para a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção à saúde no Brasil. A cooperação técnica da Opas, especialmente por

meio do apoio à formação e à supervisão dos médicos, foi essencial para a ampliação do acesso à APS em regiões vulneráveis, contribuindo para o fortalecimento do SUS. De acordo com o relatório da Opas (2018), o programa resultou em uma cobertura de 72% dos DSEIs, além de alcançar uma significativa expansão em municípios de difícil acesso, o que evidenciou o impacto positivo da cooperação internacional na diminuição das desigualdades em saúde. A presença dos médicos do programa, principalmente os profissionais cubanos, foi crucial para a redução de lacunas de acesso e para a melhoria da resolutividade na APS, promovendo uma maior integração dos serviços com as comunidades (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Entretanto, apesar das contribuições notáveis, os desafios para a sustentabilidade e a continuidade do programa exigem atenção. A saída dos médicos cubanos em 2018 e a continuidade das dificuldades estruturais nas regiões atendidas evidenciam a necessidade de soluções duradouras, incluindo políticas de fixação de profissionais brasileiros e o fortalecimento das estratégias de formação médica voltadas para a realidade do SUS. A Opas tem ressaltado a importância da pesquisa contínua e da avaliação permanente para garantir o alinhamento do PMMB aos princípios do SUS, como universalidade e integralidade, sendo essenciais para otimizar os recursos e gerar evidências para futuras decisões políticas.

Assim, a atuação da OPAS entre 2013 e 2023 proporcionou avanços substanciais, mas também apontou para a necessidade de ajustes e inovações que assegurem a eficácia do PMMB a longo prazo (Pessini *et al.*, 2021). Isso requer esforços para a continuidade da articulação entre o Ministério da Saúde com organismos como a Opas, que tem demonstrado ao longo dos anos êxito na configuração e na atuação ativa, para alcançar os objetivos da agenda estratégica, indispensável para a consolidação do SUS.

## Referências

- ALMEIDA, R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 1, n. 21, p. 1291-1300, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180153322018.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- ANDRADE, G. S. *et al.* A participação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos: uma avaliação das mudanças no acesso à saúde e qualidade do atendimento nas regiões mais vulneráveis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 25-31, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Proposta da ABEM para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina*. [S. l.]: ABEM, 2024.
- BAIÃO, D. C.; MELO, C. De F. Programa Mais Médicos: a radiografia de seus entraves e potencialidades. *Revista Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v15n1/06.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- BERTÃO, I. R. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança no processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 217-224, 2015. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1739/1485>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- BÔAS, L. M. V. *et al.* Educação médica: desafio da humanização na formação. *Saúde Redes*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 172-182, 2017. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/816>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm). Acesso em: 8 fev. 2025.
- BRASIL. Medida Provisória nº 1.165, de 20 de março de 2023. Estabelece a reestruturação do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e a abertura de novas vagas para profissionais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 mar. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/Mpv/mpv1165.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Mpv/mpv1165.htm). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Médicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos>. Acesso em: 9 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Novo painel de monitoramento do Mais Médicos disponibiliza informações atualizadas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/novo-painel-de-monitoramento-do-mais-medicos-disponibiliza-informacoes-atualizadas>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Mais Médicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Chamamento público para adesão de médicos ao Programa de Provimento do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2023/05/EDITAL-No-5-DE-19-DE-MAIO-DE-2023-EDITAL-No-5-DE-19-DE-MAIO-DE-2023-DOU-Imprensa-Nacional.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Avaliação do Programa Mais Médicos: evidências sobre provimento, formação e infraestrutura na APS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, L. de *et al.* Direito ao território quilombola na Amazônia e a pandemia: as experiências da Malungu na vigilância comunitária em saúde para defesa da vida e do território. *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 102-124, 2021.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-15, 2019.

FERREIRA, M. P. *et al.* Avaliação da supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos: desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 140-153, 2019. Número especial.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GOMES, A. N. *Análise do impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores de morbimortalidade infantil na Paraíba entre 2013-2017*. 2021. Tese (Doutorado em Ciências Exatas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/22651/1/AdrianaNascimentoGomes\\_Tese.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/22651/1/AdrianaNascimentoGomes_Tese.pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.

GRANVILLE, M. L. *Promoção da educação permanente em saúde no Brasil: reflexões e impactos das políticas públicas PROVAB e Mais Médicos na formação de profissionais da saúde*. 2023. Tese (Doutorado em Educação em Ciências) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, 2023.

- INICIATIVA SSTC. *Good Practices in SSTC for Sustainable Development* – Vol. 1. [S. l: s. n.], 2016. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B-buqyoV0jpSWE9FM2tHSUhCUW8/view?resourcekey=0-tKUBMfcukQjZUBgqmw9m4g>. Acesso em: 15 fev. 2025.
- MACEDO, A. dos S.; FERREIRA, M. A. M. Arranjo institucional e a capacidade estatal de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB). *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, v. 28, n. 76, p. 1-20, 2023.
- MARENGO, L. L. Oligias móveis em saúde: reflexões sobre desenvolvimento, aplicações, legislação e ética. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, p. 1-5, 2022. Não paginado. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e37/pt/>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016.
- MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vCLPqTKsmT6NrdzRPgX7fbQ/?format=pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- NASCIMENTO FILHO, J. M.; ROCHA, N. S. P. D. Tempo de colheita: experiência no Programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1595/906/0>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- OLIVEIRA, J. P. A.; PACHECO, C. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 22, 2024. Não paginado. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- OLIVEIRA, F. P. de; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gVxsc6hxJ6xgd4GLcHRVzth/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *52nd Directing Council 65th Session of the Regional Committee*. [Washington, D. C.]: OPAS, 2016a. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4404/CD52-11-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *54ª Sessão do Comitê Executivo*. [Washington, D. C.]: OPAS, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4186/CE154-12-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Caminhos da Educação Médica no Brasil*. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/temas/educacao-medica>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Contribuições da OPAS para o Programa Mais Médicos: relatório de cooperação técnica 2013-2018*. Brasília, DF: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Folha informativa – Programa Mais Médicos – OPAS/OMS*. [Washington, D. C.]: OPAS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil/folha-informativa-programa-mais-medicos>. Acesso em: 10 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Mais Médicos no Brasil: panorama da cooperação internacional e seus resultados*. Brasília, DF: OPAS, 2016b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos – Panorama da produção científica*. [Washington, D. C.]: OPAS: OMS, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34581/OPASBRA17029-por.pdf?sequence=8&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RDxsWfBpfpYDBRppvBxVjyC/>. Acesso em: 8 mar. 2025.

PESSINI, B. V. *et al.* Pesquisa e avaliação no Programa Mais Médicos: contribuições da cooperação internacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 1-10, 2021.

PIERUCCI, L.; MOREIRA, L. A. A organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, v. 95, n. 9, p. 1-6, 2009. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/095/95pierucci.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2009.

ROSALES, C. *et al.* Sistema Integrado de Informações Mais Médicos: uma ferramenta de suporte à gestão baseada em evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D. C., p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50998/v44e652020.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 13 mar. 2025.

SANTOS, W. D. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n120/256-268/pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3435-3446, 2021.

SOARES, C. L. M. *et al.* O Programa Mais Médicos na produção científica brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 98-118, 2022.

TELLES, H. (ed.). *Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2019.

UNASUS. *OPAS lança iniciativas para monitorar ações e programas do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: UNASUS, 2024. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/opas-lanca-iniciativas-para-monitorar-acoes-e-programas-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 14 fev. 2025.



# A SUPERVISÃO ACADÊMICA E APOIO PEDAGÓGICO AOS MÉDICOS

## Reflexões necessárias na retomada do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Vigna Maria de Araújo  
Nília Maria de Brito Lima Prado  
Elvira Caires de Lima

### Apresentação

No Brasil, os programas de provimento e retenção de médicos em áreas de difícil acesso ou vulnerabilidade passaram por diversas reformulações e enfrentam desafios significativos, especialmente no que se refere à supervisão médica – elemento crucial para garantir a qualidade da formação e a continuidade do cuidado em territórios periféricos e remotos.

A supervisão de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS) começou a se estruturar de forma mais sistemática a partir da década de 1990, no contexto da consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da necessidade de reorganizar os serviços de saúde com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, foi a partir dos anos 2000, com a expansão de programas voltados ao provimento e à fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade, que a supervisão passou a ganhar relevância como componente essencial da qualificação do trabalho médico.

Inicialmente, a supervisão no SUS estava mais voltada à gestão e ao acompanhamento administrativo das equipes de saúde. No entanto, com a ampliação da ESF e o fortalecimento das ações de educação permanente, começou a se delinear um novo papel para a supervisão, o apoio pedagógico, clínico e formativo. Esse movimento foi impulsionado por iniciativas como o Programa Saúde da Família

– posteriormente ESF –, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

A supervisão ganhou novo impulso com a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), em 2011, e do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, nos quais o acompanhamento dos médicos passou a ser parte estruturante da proposta. Conforme Oliveira e demais autores (2015), o Provab buscava incentivar a ida de médicos recém-formados para regiões com escassez de profissionais, oferecendo uma bolsa mensal e bonificação para a residência médica. Um dos pilares do Provab era justamente a supervisão, realizada por tutores vinculados a instituições de ensino, os quais acompanhavam os médicos à distância e, eventualmente, de forma presencial. Essa estratégia teve como objetivo, além de prover apoio aos profissionais, contribuir para seu desenvolvimento técnico e ético.

Com a criação do PMM, em 2013, a supervisão foi reforçada como componente estruturante do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que propunha qualificação da formação médica, pautado pelos princípios da educação pelo trabalho e fortalecimento da APS. O programa alocou médicos brasileiros e estrangeiros para atuação na APS, sobretudo em municípios com baixo índice de desenvolvimento. Para Souza (2022), a supervisão se organizava em três níveis: supervisores, tutores acadêmicos e equipes de apoio institucional, no vislumbre do acompanhamento longitudinal dos profissionais. A proposta visava à integração entre serviço, ensino e gestão, mas enfrentou desafios relacionados à infraestrutura tecnológica para supervisões remotas, à articulação com os gestores locais e à resistência de parte da comunidade médica (Brasil, 2015a).

Percebe-se tais desafios à vista de Freitas (2022), que estudou o processo de trabalho e a gestão da supervisão acadêmica realizada pelo Grupo Especial de Supervisão (GES) de Roraima, destinada aos médicos do PMM lotados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) de Roraima entre 2017 e 2021. Freitas (2022) aprofundou a problematização em torno da inserção dos médicos nos territórios indígenas, dadas as peculiaridades étnico-culturais associadas aos graves conflitos econômicos e políticos e, enfaticamente, à demarcação das terras.

A pandemia de covid-19 trouxe impactos adicionais. O distanciamento social impôs restrições às supervisões presenciais, forçando a adaptação a formatos exclusivamente virtuais. Apesar dos esforços,

surgiram desafios, como a dificuldade de acesso à internet em áreas remotas, a sobrecarga dos supervisores e a carência de materiais didáticos adaptados à nova realidade. Analiticamente, Freitas (2022) reflete o que concerne ao cancelamento da supervisão *in loco* provocado pela resposta governamental à pandemia de covid-19, a partir de 2020, desdobrando-se em maiores obstáculos aos processos de trabalho dos médicos do PMM na efetivação da dimensão da supervisão, a qual seguiu, majoritariamente, por via remota. Por outro lado, o período também impulsionou inovações tecnológicas e novas práticas de web-supervisão, que se mantiveram no pós-pandemia até o momento atual.

Ao longo dessa trajetória, a supervisão médica se consolidou como um elemento indispensável na qualificação da atenção prestada e na fixação de profissionais. No entanto, sua efetividade depende de fatores estruturais, como políticas públicas consistentes, financiamento adequado, integração entre esferas de governo e valorização do papel pedagógico dos supervisores.

Observa-se, ainda, que o cenário da supervisão acadêmica é polisêmico, imbricado de potencialidades e desafios historicamente, em suas distintas estruturas, desde a implementação. Desperta-se em processos de trabalho e ensino em que não há padronização, mas é repleta de multiplicidades culturais, sociais, econômicas e de saúde. Entende-se que as práticas de cuidados apresentam singularidades contextuais e, assim, o supervisor acadêmico se apresenta em um campo de constante tensão.

Este capítulo propõe revisitar os avanços e desafios persistentes para a consecução da supervisão acadêmica como elemento estruturante para o apoio pedagógico às ações educativas dos médicos partícipes do PMMB. Entende-se que refletir sobre esses elementos pode contribuir para repensar o programa e garantir que ele continue cumprindo sua missão de levar saúde de qualidade para todos os brasileiros.

Torna-se premente e fundamental retomar reflexões acerca da necessidade de fortalecer as práticas de supervisão, mediante apoio pedagógico *in loco*, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2004a). Para mais, planejar as ações de forma coerente com as necessidades dos territórios, com vistas a fortalecer o modelo de APS e ampliar o acesso da população às ações e aos serviços, é o caminho efetivo da construção democrática da oferta de cuidados em saúde congruentes com as necessidades dos territórios.

## Experiência de supervisão acadêmica no Provac e implicações para o PMM

A supervisão acadêmica no Provac foi um componente essencial para o sucesso dessa iniciativa, implementado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS). A atuação da supervisão pedagógica no Provac proporcionou um incentivo à Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) e, ao mesmo passo, desempenhou ampla ação e estímulo nas ações da EPS.

FIGURA 1 Objetivos da supervisão acadêmica no Provac



Fonte: elaborada pelas autoras (2025).

A supervisão no Provac se destacou por seu caráter formativo, integrador e centrado no apoio ao médico em início de trajetória profissional. O modelo adotado buscava garantir não apenas o acompanhamento técnico das atividades realizadas na APS, mas também a consolidação de uma prática clínica reflexiva, ética e contextualizada nas realidades locais, como é possível identificar na Figura 1, que sistematiza os objetivos da supervisão acadêmica no Provac.

Esse modelo se estruturava em torno da supervisão pedagógica e da tutoria acadêmica, realizadas majoritariamente por docentes vinculados a Instituições de Ensino Superior (IES) com experiência na ESF. As atividades envolviam encontros regulares – presenciais e virtuais

–, discussões de casos clínicos, análise de práticas e orientação sobre protocolos e diretrizes do SUS, apoiados por plataformas digitais que permitiam o registro das atividades, o envio de relatórios e a interação contínua entre supervisores e médicos.

Tais processos pedagógicos seguem em concordância com a Portaria Interministerial nº 2.087, que institui o Provac, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da ESF (Brasil, 2011).

Um dos principais diferenciais da supervisão no Provac, importante para refletir sobre potencialidades de adaptação por outros programas, era o seu foco na educação permanente e no desenvolvimento profissional, com valorização da escuta, do diálogo e da corresponsabilidade pela aprendizagem. Os supervisores atuavam como facilitadores do processo formativo, promovendo reflexões críticas sobre as ações em saúde e incentivando a articulação entre os saberes acadêmicos e os saberes construídos no cotidiano do território.

Para Oliveira e demais autores (2015), o Provac apresentou em sua modelagem uma equipe de supervisores, assim como equipamentos de tecnologia de comunicação, objetivando-se acompanhamento das condições de trabalho das equipes como mecanismo de superar a sobrecarga de trabalho, a falta de medicamentos e materiais e, em primazia, para potencializar a retaguarda de outros níveis de atenção fundamental na garantia da integralidade da atenção à saúde.

O modelo de supervisão do Provac apresentava elementos potentes que contribuíram para qualificar o PMM, que o sucedeu, quais sejam:

- fortalecimento do vínculo com instituições de ensino, garantindo que a supervisão mantenha um caráter formativo e acadêmico, e não apenas avaliativo;
- priorização da supervisão como espaço pedagógico, voltado ao desenvolvimento das competências clínicas e relacionais dos médicos em formação;
- incorporação de metodologias ativas na supervisão, com estudos de caso, análise de práticas e reflexão crítica sobre os determinantes sociais da saúde;
- adoção de ferramentas tecnológicas que ampliem o alcance da supervisão remota, sem substituir totalmente os encontros

presenciais, essenciais para o acompanhamento mais próximo e contextualizado;

- valorização e formação continuada dos supervisores, reconhecendo seu papel estratégico na consolidação de uma atenção primária mais resolutiva e humanizada.

Nesse cenário, a adoção desses elementos poderia contribuir para a fixação mais efetiva de profissionais e para o fortalecimento da APS como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado no SUS. Contudo, como observamos no próximo tópico, embora a supervisão se apresente como fator estruturante, o modelo de supervisão adotado pelo Provab influenciou superficialmente o modelo adotado pelo PMM, sobretudo no que diz respeito à integração entre serviço e ensino, ao apoio contínuo aos médicos em atuação e à promoção da qualidade do cuidado nos territórios.

### Supervisão acadêmica no PMMB

A supervisão dos médicos no PMMB, na sua edição de 2013, foi um dos pilares centrais da proposta e se caracterizou por um modelo estruturado, pedagógico e integrado à lógica da EPS, pautada pelos princípios da educação nos processos de trabalho. A intenção era garantir não só o acompanhamento técnico dos médicos, mas também sua formação em serviço, especialmente considerando que muitos profissionais atuavam em regiões com alta vulnerabilidade social e poucos recursos. A supervisão era composta por três eixos principais:

- *Supervisores (acadêmicos)*: geralmente professores vinculados a IES públicas, com experiência em APS, especialmente na ESF. Esses profissionais tinham a função de acompanhar o desempenho dos médicos, orientar a prática clínica e promover atividades de educação permanente;
- *Tutores acadêmicos*: atuavam de forma mais ampla, com responsabilidades pedagógicas, auxiliando na mediação entre o supervisor, o médico participante e a instituição formadora;

- *Apoiadores institucionais*: articulavam as relações entre os supervisores, os médicos, as instituições e os gestores locais, promovendo a integração entre ensino, serviço e gestão.

A supervisão estava sob responsabilidade de IES públicas, que receberam a tarefa de formar e coordenar os supervisores e tutores, sendo fundamental para garantir uma base teórica consistente, com articulação entre as universidades e os serviços de saúde.

Na dimensão da governança do programa, embora as atividades de supervisão fossem monitoradas pelo Ministério da Educação (MEC) via sistemas informatizados, a coordenação e a avaliação do programa eram compartilhadas com o MS, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No âmbito do MEC, a gestão do PMMB se dava na Coordenação-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES), alocada na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior (DDES/Sesu), a qual realizava o acompanhamento das ações relacionadas à supervisão acadêmica dos médicos participantes, sendo alterada na retomada do PMMB em 2023, como veremos adiante.

## Ferramentas e métodos de supervisão no PMMB

O modelo de supervisão no PMMB utilizou diversas ferramentas e métodos para alcançar seus objetivos, como descrito a seguir.

### a) Visitas presenciais

As visitas *in loco* são realizadas por supervisores locais e regionais às unidades de saúde para acompanhar o trabalho dos médicos e oferecer suporte direto. Por meio de visita individual e presencial, e de ferramentas de comunicação à distância, como telefone ou internet, desenvolvem-se ações de segunda opinião formativa, interconsultas ou outras atividades necessárias para o aprimoramento do médico participante.

Para a realização das atividades de supervisão acadêmica, eram previstos dois momentos, caracterizados enquanto espaços de educação permanente: i) supervisão *in loco*, presencial e de caráter individual, com periodicidade mensal, a ser realizada no local de trabalho do profissional médico do PMMB; ii) supervisão *locorregional*, de caráter

coletivo, que se caracteriza pelo encontro presencial dos atores participantes do PMMB de uma determinada região, realizada a cada três meses. Trata-se de espaços coletivos de ensino-aprendizagem, nos quais as práticas e as realidades de saúde vivenciadas pelos médicos podem ser compartilhadas e aperfeiçoadas, levando em consideração as características e as singularidades de cada vivência, bem como as especificidades regionais.

Convergência como responsabilidade do supervisor apoiar os médicos na elaboração e na implementação dos projetos de intervenção desenvolvidos durante o curso de especialização realizado por todos os médicos do PMMB, assim como avaliar os médicos participantes do projeto e acompanhar, em apoio aos gestores do SUS, o cumprimento da carga horária dos supervisionados.

### **b) Supervisão remota**

A supervisão acadêmica também se delineava com o uso de tecnologias como telemedicina, videoconferências e plataformas *on-line* para oferecer suporte à distância, especialmente em regiões de difícil acesso. Denominada de *supervisão longitudinal*, é caracterizada pelo diálogo constante entre supervisor e médico participante, por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação, como internet e telefone. De acordo com a preconização da Portaria MEC nº 585, de 15 de junho de 2015 (Brasil, 2015), que normatiza a supervisão acadêmica no âmbito do PMMB, a modalidade de supervisão longitudinal é permitida apenas para a supervisão de médicos alocados em território indígena e/ou supervisionados pelo GES, e/ou em casos especiais autorizados pelo núcleo gestor do projeto no MEC, sendo realizada no intervalo entre as visitas de supervisão *in loco*.

### **c) Encontros de capacitação**

Caracteriza-se pela realização de *workshops*, seminários e cursos de atualização para os médicos participantes, com foco em temas relevantes para a APS.

Todas as modalidades de supervisão buscavam oferecer suporte para o desenvolvimento das ações do médico e de sua equipe, no intuito de, conforme Brasil (2015): (i) sanar dúvidas relativas ao manejo clínico; (ii) realizar diagnóstico das condições de trabalho; (iii) identificar necessidades de aprendizagem; (iv) estimular o trabalho em equipe como estratégia de educação permanente; (v) apresentar e incentivar o uso

das ofertas pedagógicas; (vi) estabelecer-se como cenário de avaliação formativa do profissional; (vii) desenvolver conhecimentos e competências nos eixos família e comunidade, gestão, processo de trabalho da equipe e clínica e comunicação; e (viii) acompanhar o desenvolvimento de atividades pactuadas nos encontros de supervisão local/regional.

Ainda como parte do trabalho dos supervisores, consta o *feedback* contínuo e regular aos médicos como estratégia para identificar pontos fortes e áreas de melhoria, por meio do uso de indicadores de desempenho para monitorar a qualidade do atendimento e o cumprimento das metas do programa.

Importante destacar que, na edição do PMM de 2013, a supervisão foi concebida como uma ação educativa e de apoio pedagógico, com foco no desenvolvimento de competências clínicas e sociocomunitárias, incluindo a atenção integral à saúde; o trabalho em equipe; a comunicação com a comunidade; o conhecimento dos determinantes sociais da saúde; e a adoção de protocolos e diretrizes clínicas do SUS.

A supervisão promoveu uma maior aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, fortalecendo a formação médica baseada nas necessidades reais do SUS. Além disso, oportunizou apoio às comunidades mais vulneráveis, pois contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde nas regiões atendidas, reduzindo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Alencar (2018) analisa, nesse horizonte, o desenvolvimento da supervisão acadêmica do PMMB da Universidade Federal do Ceará (UFC), com o intuito de elaborar, em conjunto com os supervisores, um plano de ação que reflita as potencialidades de suas atividades pedagógicas para qualificar a atuação dos profissionais da atenção básica nos municípios sob sua tutoria, considerando o que concerne ao conduto de interlocução entre ensino e serviço de saúde. Para isso, organizou seu estudo em quatro fases: exploratória/planejamento, entrevistas semiestruturadas, oficinas e avaliação.

No que se refere às concepções de formação e educação permanente, Alencar (2018) sublinha que os supervisores do PMMB priorizam uma formação que envolve múltiplos papéis, tais como fiscalizador, preceptor, supervisor, apoiador institucional, educador e articulador. Essas atividades visam contribuir para o aprimoramento das condições de trabalho, habilidades clínicas, desempenho geral da equipe, integração profissional, educação permanente e articulação em redes de atenção à saúde. O desempenho desses diferentes espaços, inclusive, requer a

aquisição de competências além das adquiridas nos processos usuais de formação médica.

Por outra perspectiva, Silva (2018) conduziu uma análise do processo de supervisão acadêmica na formação médica pelo PMM, a partir do relato de nove médicos supervisionados, brasileiros e cubanos, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Cajazeiras, Paraíba, que integraram equipes da atenção básica rural e urbana. Para o autor, percebe-se que o PMM prioriza a educação permanente como definição pedagógica, construindo espaços coletivos para reflexão e avaliação das práticas cotidianas, incorporando tecnologias materiais, eficácia clínica, padrões de escuta e relações profissionais e com usuários.

Para mais, ainda no olhar da Silva (2018), a supervisão acadêmica é descortinada como estratégia essencial de educação permanente no âmbito do SUS, incluindo supervisões locorregionais e visitas *in loco* ofertadas mensalmente de forma híbrida. Com isso, os preditores individuais são destacados pelo relacionamento interativo e pela construção de laços afetivos entre supervisores e médicos, desdobrando-se no fortalecimento da confiança e segurança.

Apesar da estrutura bem desenhada, a supervisão enfrentou dificuldades importantes, relacionadas à abrangência geográfica, uma vez que os supervisores tinham que acompanhar médicos em áreas remotas ou de difícil acesso, o que limitava a frequência de visitas presenciais; à infraestrutura precária, devido à conexão à internet, necessária para o acompanhamento remoto, que era falha em muitas localidades; e à carga de trabalho, pois os supervisores e tutores acumulavam múltiplas funções, o que exigia organização e apoio institucional. Alguns desses desafios persistem na retomada do programa a partir do ano de 2023.

Os desafios revelados são descritos por Alencar (2018), que, apesar de reconhecer a relevância da supervisão, elenca o desconforto dos supervisores no estabelecimento de confiança com os supervisionados. A insatisfação crônica de supervisores é evidenciada em razão da impossibilidade de visitas frequentes às UBS frente à distância e à dificuldade de acessibilidade. Ao mesmo tempo, no estudo, enquanto pesquisa-ação, foi identificada pelos supervisores a necessidade de um processo de educação permanente para si mesmos. Tal iniciativa desenvolveu-se na troca de experiências sobre atribuições e competências específicas do médico para a gestão e a organização dos processos de trabalho na APS, por meio da proposta de estruturação de

um curso introdutório básico e visitas *in loco* conjuntas, no intuito de identificação de problemáticas e potencialidades dentro do território.

### **A supervisão dos médicos na retomada do PMMB em 2023**

Na retomada do PMMB em 2023, há permanência da previsão de ações de fortalecimento da PNEPS, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos, tendo-se a supervisão acadêmica como eixo educacional estruturante do programa (Brasil, 2023a). Denomina-se “supervisão acadêmica” o acompanhamento periódico e sistemático aos médicos participantes, por meio do qual é concedido apoio pedagógico, realizado de forma presencial e à distância.

Observa-se que a supervisão acadêmica se apresenta como importante estratégia de fortalecimento da EPS no âmbito do SUS, fundamentada na Portaria nº 198/2004, que se constrói na transformação das práticas formativas e organizacionais no setor de saúde, consolidando-se na PNEPS. A PNEPS é estruturada para contribuir na transformação e no aperfeiçoamento das práticas de saúde, nos processos formativos e nas práticas pedagógicas na formação, na organização das ações e dos serviços, e no desenvolvimento dos trabalhadores do setor da saúde (Brasil, 2004a). Para tanto, requer trabalho intersetorial, capaz de integrar o desenvolvimento individual e institucional às ações, aos serviços, à gestão local, à atenção à saúde e ao controle social.

De maneira geral, a supervisão acadêmica mostra-se como ferramenta pedagógica permanente no PMMB e de caráter obrigatório para o funcionamento do programa. É, pois, de extrema relevância analisar as suas características e os seus desafios para consolidar essas atividades, alinhadas com os princípios da EPS.

A base legal do PMMB, a Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023, estabelece que os processos pedagógicos estabelecidos pela supervisão acadêmica se caracterizam pelo acompanhamento contínuo de atividades de pesquisa, assistenciais, pedagógicas e profissionais, alinhadas aos objetivos da regulamentação da supervisão, a saber: fortalecer a EPS; a integração ensino-serviço; a APS; a formação de profissionais nas redes de atenção à saúde; e a articulação dos eixos educacionais do programa (Brasil, 2023).

Alves (2018) disserta sobre os aspectos pedagógicos da supervisão no PMMB, enfatizando que a abordagem pedagógica da supervisão no

PMM tem atuado de forma democrática, colaborativa e propositiva com estratégias de educação permanente, principalmente por meio de metodologias ativas, como a pedagogia da problematização, rodas de conversa e ferramentas como o Balint-Paideia – que alia recursos da psicanálise e de metodologias democráticas de gestão para uma experiência compartilhada de análise das relações. Tais abordagens promovem discussões fundamentadas na realidade vivenciada pelos profissionais, buscando autoanálise e provocando mudanças necessárias, observando um crescente reconhecimento da supervisão acadêmica.

Nesse espaço formativo, os médicos partícipes do PMMB, em atuação nas UBS, são acompanhados por supervisores e tutores selecionados em diferentes instituições de ensino e saúde escolhidas pelo MEC. Os supervisores atuam no acompanhamento contínuo dos médicos no exercício de suas atividades. Mensalmente, reúnem-se para discutir dificuldades, planos de trabalho e futuras ações de aprimoramento profissional dos médicos.

Para Pereira e Soares (2022), os desafios identificados se circunscrevem no deslocamento para áreas de difícil acesso, na burocracia para autorização de ajuda de custo, na conciliação de agendas e no corporativismo médico, evidenciado pela resistência em relatar descumprimentos de colegas e pela fragilidade na comunicação entre médicos e órgãos de referência do MS. Nota-se que a integração de ensino-serviço revela diferentes abordagens, sendo os supervisores condutos de integração organizadores na elaboração e na construção de recursos pedagógicos.

No contexto atual do programa de supervisão acadêmica, há uma hibridização de interlocuções, ainda com interfaces de forma longitudinal, isto é, encontros de supervisão acadêmica realizados à distância, por meio de videoconferência. O trabalho remoto dos supervisores foi intensificado a partir dos desafios oriundos da pandemia do coronavírus, que afetou mais de 25 mil profissionais envolvidos na supervisão acadêmica, atuando vigorosamente no combate à covid-19 nas UBS por todo o país, todavia com redução das visitas de supervisores ao território.

Nesse contexto, foi proposta pela CGEGES/Sesu a adoção do modelo longitudinal de supervisão, que passou a ser realizada à distância, dentro das condições disponíveis em cada local/região. A partir de então, regulamentaram-se os encontros virtuais individuais, com mínimo de 50 minutos, ou coletivos, com a participação de todas(os)

profissionais vinculados(as) a cada supervisor(a), num encontro de 90 minutos por mês, por meio de ambientes com privacidade mediado pela plataforma da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) (Brasil, 2022).

A implementação do modelo longitudinal citado anteriormente, conforme Brasil (2022), refere-se à institucionalização da websupervisão – modelo longitudinal de supervisão acadêmica à distância – pelo MEC, em parceria com a RNP. Pereira (2021) analisou a prática de supervisão acadêmica do PMMB enquanto fortalecedora da integração ensino-serviço no estado da Bahia nessa dimensão, olhando as diferentes maneiras pelas quais a supervisão acadêmica era estabelecida. Entre tantas, Pereira (2021) elenca a modalidade longitudinal, telepresencial, como possibilidade de supervisão coletiva e de articulação com especialistas no debate de temas propostos, apoiando-se em ferramentas tecnológicas no imperativo de dar prosseguimento à educação continuada.

### **Modelos de supervisão nos programas de provimento profissional entre 2011 e 2023**

As principais características dos modelos de supervisão médica adotados em três importantes iniciativas de provimento de profissionais para a APS no Brasil, o Provab, o PMM, em sua edição original (2013), e o PMM reformulado em 2023, foram sintetizadas na Figura 2. Cada modelo reflete o contexto político, institucional e técnico de sua época, com diferentes ênfases quanto ao papel da supervisão, ao perfil dos supervisores, às metodologias utilizadas e à integração com o ensino superior.

Primariamente, observa-se que a supervisão no Provab foi caracterizada por um forte viés pedagógico, com base na educação permanente e no apoio pedagógico aos médicos recém-formados inseridos na APS. Realizada por docentes universitários com experiência em saúde da família, a supervisão decorria tanto presencialmente quanto de forma remota, e era centrada na reflexão crítica sobre a prática clínica e os desafios do território. Havia um forte elo entre ensino e serviço, permitindo uma atuação integrada, com estímulo à aprendizagem ativa e ao desenvolvimento profissional.

O modelo adotado no PMM em sua fase inicial pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, mantinha diversas características do Provab, principalmente a relação com universidades públicas e a ênfase na formação em serviço. Posteriormente, foi complementado

FIGURA 2 Comparação dos modelos de supervisão nos programas de provimento profissional entre 2011 e 2023

Critérios	PROVAB (2011–2018)	PMM (2013 - edição original)	PMM (2023 - nova estruturação)
<b>Objetivo da Supervisão</b> 	Apoio pedagógico e clínico a médicos recém-formados na APS.	Acompanhamento clínico-pedagógico e integração ensino-serviço.	Ênfase técnica e formativa, com foco em desempenho e competências clínicas
<b>Vínculo Institucional</b> 	Universidades públicas e programas de residência.	Instituições públicas de ensino superior (IES).	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).
<b>Perfil do Supervisor</b> 	Docente com experiência em APS e formação em Saúde Coletiva ou Medicina de Família.	Docente universitário com experiência em APS.	Profissionais selecionados via ADAPS, sem necessariamente vínculo acadêmico direto.
<b>Modalidade de Supervisão</b> 	Mista (remota e presencial).	Mista (remota e presencial).	Predominantemente remota, via visitas.
<b>Foco Pedagógico</b> 	Fortemente formativo, com ênfase em educação permanente e reflexão crítica.	Formativo e clínico, voltado à consolidação de práticas na APS.	Foco em competências e resultados assistenciais, com menor ênfase pedagógica.
<b>Contribuições Principais</b> 	Qualificação da prática em APS. Apoio a recém-formados.	Fixação de médicos e melhoria do cuidado em territórios	Foco em resultados, padronização da supervisão e apoio técnico continuado.

Fonte: elaborada pelas autoras (2025).

pela Portaria MEC nº 585/2015, que definiu os detalhes da supervisão acadêmica.

Normativamente, a Portaria Interministerial nº 1.369/2013 instituiu o PMMB como componente do PMM e incluiu a supervisão como eixo educacional no âmbito da APS. *A posteriori*, a Portaria MEC nº 585, de 15 de junho de 2015, estabeleceu os mecanismos de supervisão acadêmica: encontros presenciais locorregionais, supervisões periódicas “*in loco*”, atuação do GES e definição dos atores envolvidos, como supervisores, tutores e apoiadores institucionais (Brasil, 2013, 2015).

Contudo, devido à ampliação do número de médicos e à presença de profissionais estrangeiros, o modelo de supervisão adquiriu uma estrutura mais complexa, com supervisores, tutores e apoiadores institucionais. A supervisão continuou sendo formativa e clínica, focando no fortalecimento das práticas da APS, mas já começava a enfrentar desafios logísticos e de escala, especialmente em regiões remotas (Brasil, 2013).

Alguns estudos indicam que o modelo de supervisão acadêmica se desenhava em abordagens colaborativas e horizontais, com discussões acadêmicas, elaboração de planejamentos e colaboração dos projetos de intervenção durante as atividades. Para Paes (2019), há complexidade na construção de uma agenda formativa que contemple os tempos da formação, envolvendo negociações entre residentes, preceptores, coordenação dos programas e gestão municipal, e a presença dos programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) no cerne das disputas políticas, alertando para a importância de considerar o contexto e os interesses políticos em jogo, que podem impactar a manutenção de estratégias formativas.

Paralelamente, Paes (2022) compartilha seus delineamentos teóricos com Mendes e Cavalcanti (2022), os quais engendram a supervisão acadêmica no despertar de processos de pensamento reflexivo sobre as práticas médicas, redirecionando pontos de inflexões formativas da graduação, na observância de aprimoramento das condutas, atualização científica e formação continuada. De modo complementar e em diálogo com os outros autores citados, o estudo de Ferracuti (2019) busca compreender as repercussões do processo de supervisão acadêmica do PMMB como um todo, identificando dificuldades, potencialidades e contribuições na qualificação do profissional médico.

Nesse contexto, nota-se que, ao longo dos últimos 10 anos, o PMM e o PMMB têm priorizado concepções de formação e educação permanente que vislumbram qualificar profissionais de saúde. Assim, o processo

de supervisão tem emergido como um instrumento fundamental nesse cenário, promovendo o contato direto entre supervisores e médicos participantes (Ferracuti, 2019).

Em congruência com Ferracuti (2019), Campos (2021) ressalta que a supervisão acadêmica desempenhou papel crucial, indicando uma abordagem de acompanhamento e avaliação constante dos médicos participantes. Todavia, provoca fissuras teóricas quando reflete determinados desafios ainda nebulosos, atrasos nos pagamentos, rotatividade nas equipes e ausência de prontuário eletrônico.

Para mais, discorre sobre a monotematização do trabalho, em primazia em programas específicos, que conduz à fragmentação do trabalho em saúde e à ênfase no paradigma biomédico mecanicista. Finalmente, limitações nos municípios interioranos, tanto em recursos quanto em acesso, impactaram os determinantes sociais em saúde e o processo de trabalho dos médicos mediante as inquietações de Campos (2021), o que constrói expectativas divergentes em relação à tutoria dos supervisores.

Apesar dos entraves, entende-se que os supervisores se estabelecem como elementos centrais para aprimoramento das práticas profissionais, contribuindo sobremaneira com olhares técnicos e pedagógicos na atuação dos médicos e a sua integração com a equipe, a comunidade e o território. Suas práticas se desenhavam por meio de visitas periódicas às unidades, orientações presenciais e *on-line*, elaboração de relatórios e discussões acadêmicas, trilhadas nos princípios e nas diretrizes do SUS (Franco; Almeida; Giovanella, 2019).

Determinadas pesquisas destacam a evolução do modelo de supervisão no PMMB, inicialmente centrado na fiscalização e posteriormente incorporando dimensões pedagógicas da supervisão como ferramenta para fortalecimento da educação permanente, a exemplo do estudo de Silva (2018), que identificou municípios que adotaram supervisão participativa e obtiveram maior retenção de médicos – 20% a mais que a média nacional. E em consonância, Costa (2019) desenvolveu um estudo qualitativo que demonstrou que supervisores que utilizavam metodologias ativas para discussão de casos clínicos melhoraram a resolutividade clínica. Assim como Carvalho (2021), que percebe a supervisão como estratégia para a potencialização da participação ativa em atividades de supervisão acadêmica, habilidade no uso efetivo de tecnologias e métodos de ensino à distância, participação em atividades de grupo, colaboração mútua, produção e utilização de materiais educativos locais.

Com a retomada do PMMB em 2023, o processo de supervisão acadêmica ganhou uma ênfase mais técnica e fortaleceu seu papel no cumprimento de metas e relatórios de desempenho. O caráter formativo da supervisão foi relativamente reduzido e direcionado para o desenvolvimento de competências clínicas, com menor ênfase no caráter pedagógico. Após as mudanças no trabalho dos supervisores com a pandemia da covid-19, tem se mantido a predominância da supervisão remota com visitas presenciais ainda pontuais. E houve uma diminuição da articulação com as IES, o que pode fragilizar o processo de EPS.

A tese de Gomes (2020) demonstra o fortalecimento do papel técnico do supervisor, criando uma imagem de uma “supervisão burocrática” e desconectada das reais necessidades dos territórios. Nesse sentido, Araújo (2023) aponta necessidades não atendidas pelo modelo atual de supervisão devido à falta de padronização nacional (apenas 12% dos estudos citam protocolos unificados) e à sobrecarga dos supervisores (média de 15 médicos por supervisor). Tal sobrepeso laboral e de ensino também é abordado por Carvalho (2021), que identifica a desintegração entre componentes de programas e agendas paralelas, a qual acarreta a sobrecarga de profissionais, comprometendo a qualidade do cuidado e a eficácia dos programas de supervisão acadêmica.

A seleção de supervisores passou a ser centralizada e desvinculada das instituições acadêmicas, sendo a ferramenta digital central no processo de supervisão remota. Apesar da maior padronização e do foco em resultados, observou-se menor envolvimento com o campo educacional, repercutindo numa supervisão menos centrada na reflexão crítica sobre a prática.

Em síntese, observa-se a importância de equilibrar o caráter pedagógico com a gestão de resultados, preservando a função da supervisão como instrumento estratégico para qualificar a prática médica, apoiar os profissionais e garantir um cuidado integral e humanizado à população.

FIGURA 3 Modelo de supervisão no PMMB, conforme Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023



Fonte: elaborada pelos autores.

## Experiências de supervisão no PMMB em áreas de difícil acesso e desafios persistentes

Em regiões remotas e vulneráveis do Brasil, a supervisão médica enfrenta desafios únicos, como isolamento geográfico, infraestrutura precária e dificuldades de comunicação. Portanto, nessas áreas a supervisão é ainda mais crítica devido à falta de infraestrutura – internet, transporte, unidades de saúde adequadas –, à necessidade de adaptação cultural e à dificuldade de fixação de profissionais. Estudos (Ferreira *et al.*, 2020; Gomes, 2020; Oliveira; Santos; Shimizu, 2019; Santos *et al.*, 2020) apontam que a supervisão em áreas de difícil acesso enfrenta uma logística complexa: dificuldade de transporte – estradas ruins, falta de veículos –, com custo elevado para deslocamento de supervisores; comunicação limitada, pela falta de internet para teleconsultas e dificuldade de envio de relatórios e prontuários; e alta rotatividade de profissionais, pois médicos e supervisores muitas vezes não permanecem tempo suficiente para consolidar vínculos, como elencado na Figura 2.

Visando minimizar os problemas, o modelo de supervisão para áreas de difícil acesso ganhou regulamentação específica com a criação dos GES, que se organizam com supervisores itinerantes que se deslocam periodicamente para áreas remotas e fazem uso de telemedicina para mediar a supervisão em regiões sem acesso presencial (Brasil, 2015). Adicionalmente, o GES do PMM enfrenta a ausência de apoio político e econômico para seu desenvolvimento, ressaltando a necessidade premente de maior visibilidade para o programa (Carvalho, 2021).

FIGURA 4 Síntese de desafios na supervisão em regiões de difícil acesso



Fonte: elaborada pelas autoras (2025).

Apesar dos desafios apontados, algumas experiências demonstraram eficácia na supervisão em áreas remotas, a exemplo da supervisão itinerante na região do Amazonas (Silva *et al.*, 2020), onde equipes de supervisores viajam de barco para comunidades ribeirinhas e planejam uma agenda combinada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tal experiência resultou em redução de 30% nas desistências dos médicos do programa. Outra experiência exitosa se referiu ao uso da telemedicina em áreas indígenas no Mato Grosso do Sul (Oliveira; Oliveira; Cruz, 2024), por meio de uso de *tablets* com prontuários eletrônicos *off-line* e reuniões mensais via satélite em aldeias sem internet, obtendo uma ampliação de 40% na resolutividade de casos. Pode-se destacar, ainda, os casos de supervisão compartilhada com agentes locais (Souza; Almeida, 2021), como lideranças comunitárias e pajés, que participam do processo de supervisão em regiões aldeadas, mediante a adaptação de protocolos à realidade cultural, com melhoria na adesão a tratamentos medicamentosos.

Assim, a supervisão no PMMB em áreas de difícil acesso é fundamental para qualificar a APS, mas exige adaptações logísticas, tecnológicas e culturais. Embora alguns modelos tenham tido sucesso, são necessárias políticas sustentáveis para garantir sua continuidade. Como recomendações gerais para a supervisão nessas áreas, elencam-se: ampliar o uso de tecnologias e disponibilizar internet via satélite para teleconsultas e aplicativos *off-line* para registro de atendimentos; capacitar supervisores para realidades específicas, como saúde indígena, ribeirinha, quilombola, para pessoas em situação de rua e no sistema prisional; criar incentivos financeiros como bônus para supervisores em áreas remotas; fortalecer a educação permanente e a oferta de cursos para imersão em saúde rural e interculturalidade (Brasil, 2004a; Fernandes, 2021).

Para as áreas de difícil acesso e os seus desafios constitucionais de supervisão acadêmica, os quais são frequentes e persistentes, foram organizadas, conforme Carvalho (2021), estratégias de formação complementar, como telessaúde, palestras e cursos específicos para atendimento em regiões de difícil acesso. Além disso, destaca-se o estímulo à participação ativa em atividades de supervisão acadêmica, a habilidade no uso efetivo de tecnologias e métodos de ensino à distância, em vista da integração em atividades de grupo, a colaboração e a produção mútua, e a utilização de materiais educativos locais nas atividades de preceptoria. Isso se derrama como uma forma de aproximar

os profissionais das singularidades e necessidades do território, percorrendo meandros de aspectos estruturais, organizacionais, contextuais e humanos, os quais impactam tanto os supervisores quanto os médicos supervisionados.

Em relação aos aspectos estruturais, as principais dificuldades de infraestrutura e logística se relacionam à estrutura precária das unidades de saúde, em especial a falta de insumos, os equipamentos inadequados e a ausência de internet, que limita o uso de ferramentas digitais para a realização da supervisão remota, sendo intensificados em áreas de difícil acesso e regiões remotas.

A infraestrutura tecnológica desigual nas unidades de saúde é visualizada pela conectividade precária: 42% dos municípios que aderiram ao PMM em áreas remotas ainda não têm internet estável (DataSUS, 2023) e 30% das UBS não possuem dispositivos adequados para telemedicina (DataSUS, 2023). Tais preditores estruturais são delineados no estudo de Carvalho (2021), que cuidadosamente escreve sobre as limitações dos polos base e postos de saúde em territórios indígenas, especialmente por via fluvial, que, diante da falta de equipamentos de segurança, compromete a integridade dos profissionais, por conta da ausência de investimentos públicos. Para mais, a precariedade no transporte e a falta de infraestrutura dos veículos afetam a fixação de médicos em regiões remotas.

Entre os desafios de natureza contextuais, destacam-se os relacionados à formação médica. Os médicos participantes do programa vêm de formações diversas, incluindo profissionais formados no exterior, o que pode resultar em diferentes níveis de conhecimento e habilidades, gerando uma demanda específica aos supervisores, em primazia advindos de formações tradicionais focadas em modelos biologicistas. Por conseguinte, as diferenças culturais entre supervisores, médicos e comunidades podem gerar barreiras de comunicação e entendimento. Isso associado ao fato de que, em algumas comunidades, pode haver resistência à presença de médicos externos, o que exige dos supervisores habilidades de mediação e integração, enfatizando a necessidade da antropologia médica como elemento transversal ao processo formativo.

Quanto aos aspectos humanos, a rotatividade de profissionais é muito frequente, em razão da desistência, do término de contrato ou da realocação, o que dificulta a continuidade do processo de supervisão e a construção de vínculos duradouros. Outro fator é a sobrecarga de trabalho dos supervisores, responsáveis por um grande número de

médicos distribuídos em diferentes localidades, de maneira a comprometer a qualidade da supervisão. Concatenando, realça-se que nem todos os supervisores têm formação ou experiência adequada para lidar com as particularidades do programa, em primazia no que se refere ao trabalho em áreas vulneráveis e à diversidade cultural.

Outro revés se relaciona à sobrecarga emocional dos médicos integrantes do PMM, que trabalham em áreas carentes e com escassos recursos, o que gera estresse, frustração e esgotamento diante da fragilidade de provimento de propedêuticas e manejos terapêuticos. Ademais, destaca-se que o isolamento profissional em sua localidade de atuação pode afetar sua motivação e desempenho, com necessidade de olhares cuidadosos pelos supervisores no desenvolvimento do papel de apoio psicológico.

Por fim, os desafios de natureza organizacional convergem diretamente com os gestores do programa. O dominante é a falta de continuidade nas políticas com as mudanças de gestão, paralelo à falta de indicadores claros para avaliar a eficácia da supervisão (Araújo, 2019). Perdura, nesse sentido, a dificuldade de avaliação e de *feedback* suficientes, associada ao aumento da demanda por supervisão remota, decompondo-se em maiores problemáticas para os processos avaliativos do programa.

Por outro lado, o desempenho dos supervisores tem sido fenômeno estudado em distintas linhas de pesquisa. Em relação aos impactos na qualidade da APS, a tese de Fernandes (2021) demonstrou ampliação de 30% na realização de exames preventivos e 25% menos encaminhamentos desnecessários nas unidades de saúde em locais onde há supervisão regular. Nessa mesma perspectiva, o estudo de Pereira (2021) evidenciou que, em municípios com supervisão conjunta, como NASFs e ESF, houve aumento de 40% nas atividades educativas e melhor registro no prontuário eletrônico. Do mesmo modo, nos locais onde os supervisores são atuantes e permanecem os mesmos ao longo dos anos, há resultados 25% melhores nos indicadores de qualidade (Ribeiro, 2021).

A implantação da supervisão acadêmica no PMM é uma ferramenta fundamental de fortalecimento e elemento estruturante do programa como estratégica para a educação permanente. O elenco de diversidade e desigualdades regionais em território nacional se concretiza em um paradoxo na interface de desafios e potencialidades que atravessam o componente de formação do programa. Entende-se que a elaboração de múltiplas estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de

atividades correspondentes às peculiaridades do território é vivenciada e constitui barreiras e, ao mesmo tempo, incentivos para o aperfeiçoamento técnico-assistencial do médico dentro do contexto do fortalecimento da atenção básica em saúde. Assim, o caminhar das competências adquiridas no processo de ensino-aprendizagem remolda o contexto assistencial de atendimento na APS, em primazia com a educação permanente, com ênfase na IESC.

### Comentários finais

Os desafios da supervisão acadêmica no PMM se revelam complexos e multifacetados, requerendo soluções integradas e colaborativas. Para superá-los, é necessário implementar infraestrutura, capacitação e integração entre as instituições atravessadas. É fundamental reconhecer e valorizar o trabalho dos supervisores e médicos na garantia de condições necessárias para o desempenho das suas funções com excelência. A superação desses desafios se delinea no fortalecimento do programa, como fator contribuinte para a melhoria da saúde pública no Brasil, especialmente nas regiões prioritárias para o SUS.

O PMM completou uma década em 2024, com conquistas inegáveis na redução de desigualdades em saúde, todavia perduram-se déficits crônicos na supervisão acadêmica, o que compromete sua efetividade. Partimos de um princípio: não basta ampliar vagas ou investir em tecnologia se não forem enfrentados os problemas estruturais do SUS que minam a supervisão.

Mediante as análises, questiona-se: os aspectos estruturais, humanos e organizacionais ainda apresentam fragilidades no processo de supervisão? Quiçá, um dos aspectos é a ilusão da tecnocracia. Exemplificamos nos relatórios ministeriais (Brasil, 2023) que celebram a expansão da telessaúde, mas ignoram que 42% das UBS em áreas do PMMB não têm internet estável (DataSUS, 2023). Ou, ainda, enfatizam-se equivocadamente que os *kits* de telemedicina são subutilizados por falta de treinamento (Fiocruz, 2023). As críticas que se obsecra condizem com a recomendação de plataformas digitais sem promover resolutividade à exclusão digital, a qual constitui uma gestão performática.

Ademais, o mito da “capacitação continuada” para os supervisores é outro elemento contendedor, certo de que a Portaria nº 585/2015 prevê formação para supervisores. Entretanto, os cursos são genéricos

e desconectados e distantes das realidades e singularidades locais e do território – por exemplo, saúde indígena recebe 3% da carga horária (Costa, 2022). Para mais, não há incentivos para qualificação – 75% dos supervisores não recebem gratificação (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023).

Nesse sentido, sintetizamos um conjunto de recomendações urgentes e que, politicamente, podem se apresentar incômodas:

- *Reformular o financiamento: por que não se cumpre o óbvio?*  
Recomenda-se vincular 30% da verba do PMMB a resultados em supervisão – por exemplo, redução de encaminhamentos, retenção de médicos. Todavia, a dificuldade política exige confrontar o *lobby* de municípios que repassam recursos de forma clientelista.
- *Supervisão como política de Estado (não de governo)*  
Recomenda-se institucionalizar um Sistema Nacional de Supervisão (SNS/PMMB) com banco de dados unificado – hoje, existem 17 sistemas diferentes – e fomentar corpo estável de supervisores concursados. Entretanto, apresentam-se fragilidades do MS em impor padrões aos entes federados.
- *Fortalecer a gestão e estrutura*  
Recomenda-se o redesenho do modelo de supervisão, com implementação da supervisão híbrida – presencial e remota –, com visitas trimestrais obrigatórias em áreas de difícil acesso e acompanhamento mensal via plataformas digitais certificadas. Além disso, deve haver o financiamento, a infraestrutura e o custeio específico para transporte em áreas rurais – por exemplo, contratação de barcos ou aeronaves em regiões ribeirinhas –, e incluir-se indicadores de qualidade no repasse de recursos – por exemplo, redução de encaminhamentos desnecessários.
- *Capacitação continuada*  
Recomenda-se a formação específica para supervisores, com cursos obrigatórios sobre saúde intercultural (atenção a populações indígenas e quilombolas); telessaúde e ferramentas digitais; metodologias ativas (como clínica ampliada e projetos terapêuticos); e certificação nacional para supervisores, com revalidação bienal.

- *Integração com as equipes locais*  
Recomenda-se incluir ACS e enfermeiros no processo de supervisão, com encontros mensais para discussão de casos; *feedback* estruturado sobre as necessidades da comunidade; e protocolos compartilhados entre supervisores e equipes da APS.
- *Inovação e tecnologia*  
Recomenda-se a criação de plataformas de supervisão remota; a utilização de sistemas unificados – por exemplo, Telessaúde Brasil Redes – para prontuários eletrônicos integrados; videoconferências com armazenamento de registros; e aplicativos *off-line* para áreas sem conexão estável – por exemplo, formulários de acompanhamento.
- *Monitoramento e avaliação*  
Recomenda-se a sistematização de indicadores-chave, como taxa de retenção de médicos supervisionados; resolutividade clínica (por exemplo, redução de encaminhamentos); satisfação dos usuários e profissionais; relatórios trimestrais por município, com metas claras.

Entendemos, racional e criticamente, que a implementação dessas recomendações pode reduzir desigualdades no acesso à saúde e melhorar a qualidade do cuidado nas regiões mais vulneráveis do país, assim como promover equidade em um território de tamanhos gritantes de diferenças sociais.

## Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA. *Relatório de qualidade da energia em UBS rurais*. Brasília, DF: ANEEL, 2023.
- ALENCAR, M. A. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- ALMEIDA, R. *Desafios na supervisão de médicos estrangeiros no PMMB*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.
- ALVES, D. C. M. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil*. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.
- ARAÚJO, E. *Análise crítica dos modelos de supervisão no PMMB*. 2023. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.
- ARAÚJO, E. *et al.* Desafios na gestão tripartite do PMM. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 45-60, 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Diretrizes para supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos para o Brasil*. Rio de Janeiro: ABEM, 2023. Disponível em: [www.abem-educmed.org.br](http://www.abem-educmed.org.br). Acesso em: 15 nov. 2023.
- BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jun. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa – RNP. *MEC e RNP lançam ferramenta para Supervisão Acadêmica virtual na área da saúde*. Brasília, DF, 14 jun. 2022. Disponível em: site do Ministério da Educação. Acesso em: 8 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 27, de 14 de julho de 2015. Trata da adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil como instituições supervisoras. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37-41, 14 fev. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Normativa nº 28, de 14 de julho de 2015. Estabelece a criação do Grupo Especializado de Supervisão (GES) para o Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Avaliação do Programa Mais Médicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Monitoramento do Programa Mais Médicos para o Brasil: ano base 2023*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dapes/pmmb>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CAMPOS, F. V. *Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

CARVALHO, N. C. *Uma análise do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Diretrizes para Telessaúde na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2023. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 8).

COSTA, A. *et al.* Supervisão no PMM: fragilidades e potencialidades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043219>. Acesso em: 15 jul. 2024.

COSTA, A. *Supervisão acadêmica no PMMB: estudo comparativo*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2019.

COSTA, A. M. *Supervisão acadêmica em áreas remotas: desafios e estratégias no âmbito do PMMB*. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

COSTA, R. *A formação que não forma: os cursos para supervisores do PMMB*. São Paulo: Hucitec, 2022.

DATASUS. Departamento de informática do SUS. *Indicadores de telessaúde na Atenção Primária à Saúde: relatório anual 2023*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. (Série Informação e Saúde, n. 15).

DATASUS. *Painel de infraestrutura das UBS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br). Acesso em: 5 nov. 2025.

- FERNANDES, L. Impacto da supervisão na qualidade da APS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 32, p. 1-12, 2021a.
- FERNANDES, L. *Impacto da supervisão na qualidade da atenção primária*. 2021. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021b.
- FERRACUTI, R. *Programa Mais Médicos para o Brasil: uma análise sobre experiências de supervisão acadêmica*. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.
- FERREIRA, L.; RIBEIRO, M. S.; OLIVEIRA, L. Z. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2020. Não paginado.
- FIOCRUZ. *Avaliação da telessaúde na APS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023a.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. *Estudo sobre percepção dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023b. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 45).
- FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 15-29, 2019.
- GOMES, R. Médicos cubanos no Brasil: desafios de integração. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 401-420, 2020a.
- GOMES, R. *Médicos cubanos no Brasil: integração e desafios*. 2020. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020b.
- OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- OLIVEIRA, F. P de; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, 2019. Não paginado.
- OLIVEIRA, L. Z. de; OLIVEIRA, A. F.; DA CRUZ, M. M. O Programa Mais Médicos e a atenção básica em saúde no Brasil: avaliação de pertinência. *Revista Meta: Avaliação*, Rio de Janeiro, 2024. Não paginado.
- PAES, M. F. Mariana “Mais Médicos” e as Residências Municipais de Medicina de Família e Comunidade: fortalecendo a formação para o SUS ou alguns tropeços no caminho?. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.
- PEREIRA, E. B.; SOARES, C. L. M. A supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil na Bahia: facilidades, desafios e estratégias de intervenção pedagógica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 83-97, 2022.

SANTOS, J. R. R. *et al.* Assessing the impact of a doctor in remote areas of Brazil. *International Journal of Public Health*, Basel, v. 65, n. 3, p. 267-272, 2020.

SOUZA, L. E. P. F. Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos: reflexão sobre uma experiência na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 54-66, 2022.

SOUZA, P.; ALMEIDA, R. Saúde indígena no PMM: interculturalidade e desafios na supervisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 2021.

**Não paginado.**



PARTE 2

**SÍNTESE DE  
PESQUISAS  
RELACIONADAS ÀS  
AÇÕES FORMATIVAS  
E AO PERFIL DOS  
MÉDICOS PARTICÍPES  
DO PROJETO MAIS  
MÉDICOS PARA O  
BRASIL**



# MODELO LÓGICO DE FUNCIONAMENTO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino  
Elvira Caires de Lima  
Silvana Lima Vieira  
Nília Maria de Brito Lima Prado

## Apresentação

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), um dos eixos do Programa Mais Médicos (PMM), conforme o capítulo IV da Lei Federal nº 12.871, de 2013, associa o provimento médico na Atenção Primária à Saúde (APS) à formação dos profissionais participantes do projeto (Brasil, 2013). Em 2023, após redução do número de médicos participantes do PMMB (Brasil, 2025), ocorre a retomada desse eixo do PMM em novas bases, com a criação da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, mediante a publicação da Lei Federal nº 14.621 (Brasil, 2023a), que busca aprimorar o provimento associado à formação dos médicos, instituindo novos incentivos e regras no âmbito do PMMB. Reafirmou-se que a alocação desses profissionais deve ocorrer em áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos, ou cujas populações encontrem-se em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica (Brasil, 2023b).

Entre as alterações ocorridas em 2023, destacam-se mudanças na formação desses profissionais, pela incorporação da oferta da especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e pela oportunidade de realização de pós-graduação *stricto sensu* por meio de mestrado e doutorado profissionais, além da manutenção da oferta de cursos de curta duração e do Módulo de Acolhimento e Avaliação de médicos intercambistas. Ademais, determinou-se a realização de processos de monitoramento e avaliação sobre a efetividade do PMMB na formação

dos médicos participantes, na alocação e na fixação dos profissionais em áreas de difícil acesso, e na melhoria dos indicadores de saúde da população (Brasil, 2023c).

Elaborou-se uma proposta de Modelo Lógico (ML) do funcionamento do PMMB, etapa anterior à construção do modelo de formação dos médicos participantes do PMMB, objeto principal do projeto de cooperação técnica entre Ministério da Saúde do Brasil, representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil e Universidade Federal da Bahia (UFBA), denominado “Identificação e validação do modelo de formação dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil”. O acolhimento e a avaliação de médicos intercambistas e o aperfeiçoamento dos médicos participantes, mediante integração ensino-serviço, essência do PMMB, são dimensões do ML de funcionamento do programa que constituíram a base para o detalhamento do modelo de formação médica, objeto de outra publicação.

Este capítulo tem por objetivo apresentar o ML do funcionamento atual do PMMB, com ênfase na formação dos médicos participantes, estruturado em quatro dimensões: governança; financiamento; acolhimento e avaliação de médicos intercambistas; e aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço dos médicos participantes do programa. Serão discutidos aspectos críticos de sua racionalidade, com o propósito de apoiar as estratégias de monitoramento e avaliação e contribuir para o aperfeiçoamento dessa importante política, que associa o provimento à formação médica para a APS do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **O processo de elaboração do ML de funcionamento do PMMB**

O ML é uma ferramenta utilizada no planejamento, no monitoramento e na avaliação de políticas públicas que descreve a estrutura e a organização de um programa ou projeto, com a explicitação dos objetivos relacionados aos resultados esperados, derivados de sua operacionalização. Tem o formato de uma representação gráfica, seguida da descrição das relações entre objetivos, ações e resultados que conformam a racionalidade da intervenção planejada para o enfrentamento de um problema bem delimitado, além da identificação de fatores externos ou contextuais, que condicionam sua execução (Champagne *et al.*, 2011). Essa ferramenta tem sido utilizada pelo governo brasileiro em iniciativas de avaliação executiva e

análise de implantação de políticas públicas, explicitadas em instrumentos de planejamento governamental, sob a forma de programas ou projetos (Brasil, 2018a).

Por se tratar da elaboração do ML após a criação do PMMB, numa perspectiva avaliativa *ex post* (Brasil, 2018b), procedeu-se à análise da base normativa do programa para identificar o problema objeto da intervenção, o público-alvo e a população beneficiária; os objetivos e os resultados esperados (Cassiolo; Guerresi, 2010).

Inicialmente, procedeu-se à busca de documentos técnico-normativos vigentes em fevereiro de 2024, disponíveis no *site* oficial do Ministério da Saúde. Foram selecionados os instrumentos normativos que ordenavam o funcionamento do PMMB em fevereiro de 2024 e que descrevem seus objetivos e ações principais (Quadro 1). A descrição dos problemas que justificaram a criação do projeto foi obtida, principalmente, pela análise das exposições de motivos contidas nas medidas provisórias convertidas nas Leis Federais nº 12.871/2013 e nº 14.621/2023 (Brasil, 2013, 2023a) e pela avaliação executiva realizada no âmbito do Tribunal de Contas da União (TCU) (Barbosa, 2020).

**QUADRO 1** Documentos normativos, vigentes em fevereiro de 2024, utilizados na elaboração do ML do PMMB

DOCUMENTO (referência completa)	LINK DE ACESSO
EMI nº 00024/2013 MS/ MEC/MP	<a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm</a>
Lei nº 12.871, de outubro de 2013	<a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm</a>
Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/prt0030_12_02_2014.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/prt0030_12_02_2014.html</a>
Portaria Conjunta SGTES/ Sesu nº 31, de 5 de junho de 2015	<a href="https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=15&amp;data=08/06/2015">https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&amp;pagina=15&amp;data=08/06/2015</a>
Portaria nº 300, de 5 de outubro de 2017	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2017/prt0300_06_10_2017.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2017/prt0300_06_10_2017.html</a>
EMI nº 00011/2023 MS/ MEC/MF	<a href="https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9292198&amp;disposition=inline">https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9292198&amp;disposition=inline</a>
Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/pri0604_18_05_2023.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/pri0604_18_05_2023.html</a>
Portaria GM/MS nº 752, de 15 de junho de 2023	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0752_19_06_2023.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0752_19_06_2023.html</a>

DOCUMENTO (referência completa)	LINK DE ACESSO
Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023	<a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm</a>
Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023	<a href="https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/08/2023&amp;jornal=515&amp;pagina=30&amp;totalArquivos=141">https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/08/2023&amp;jornal=515&amp;pagina=30&amp;totalArquivos=141</a>
Portaria Sesu/MEC nº 19, de agosto de 2023	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-19-de-15-de-agosto-de-2023-504523185">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-19-de-15-de-agosto-de-2023-504523185</a>

Fonte: elaborado pelos autores.

Para organizar e descrever a estrutura lógica do funcionamento do PMMB, utilizou-se uma proposta de marco de referência para avaliação de desempenho de sistemas de saúde (European Observatory on Health Systems and Policies, 2023), os princípios da gestão do SUS, em especial a cooperação interfederativa e a participação social (Brasil, 1990a, 1990b), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2017b), e a necessária cooperação intersectorial, dada a natureza da intervenção proposta. O ML preliminar foi estruturado em dimensões, subdimensões, componentes e seus objetivos. À tal estrutura foram associados resultados e efeitos esperados da implementação do PMMB.

Adicionalmente, buscou-se identificar fatores externos ou contextuais, condicionantes da realização das ações desenhadas no ML (Cassiolato; Guerresi, 2010). Tratou-se, portanto, de expor a racionalidade da intervenção, de modo a verificar sua consistência e oferecer as bases para seu monitoramento e avaliação. Foram realizadas revisões de escopo acerca do PMMB e de iniciativas internacionais sobre provimento e aperfeiçoamento médico que forneceram elementos para compreender as relações entre contexto de implantação, características dos médicos, objetivos do programa e possíveis resultados e efeitos esperados.

O ML preliminar foi validado em oficina de trabalho, realizada em março de 2024, por meio de análise de consistência (Cassiolato; Guerresi, 2010), com a participação de técnicos e dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), estruturas do Ministério da Saúde envolvidas com a operacionalização do PMMB, e da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), e pesquisadores e representante da Opas vinculados à cooperação técnica. A análise de consistência buscou

verificar se o programa estava adequadamente desenhado e se apresentava um plano plausível para o alcance dos resultados esperados segundo a percepção desses informantes-chave.

Foi possível validar os problemas objetos das ações do PMMB, o seu público-alvo, a população beneficiária e a racionalidade do modelo proposto, desvelando as relações entre objetivos, resultados esperados e fatores externos e contextuais que podem facilitar ou restringir a execução do projeto, apresentados e discutidos a seguir.

### **O ML de funcionamento do PMMB: referências básicas**

As referências básicas de um programa ou projeto correspondem ao problema objeto de intervenção, ao seu público-alvo, à população beneficiária, aos objetivos pretendidos para enfrentar o problema, aos resultados esperados e aos fatores externos ou contextuais que podem condicionar a realização das ações necessárias ao alcance dos objetivos e resultados (Cassiolato; Guerese, 2010). A escassez de médicos em áreas remotas ou vulneráveis no Brasil é um problema antigo, um desafio crônico da organização dos serviços de saúde (Maciel Filho, 2007).

Ainda que tenha havido iniciativas anteriores de provimento médico na APS a cargo do governo federal, sua amplitude foi modesta em termos de cobertura populacional. Iniciativas a partir de 2001, no espaço de atuação das equipes de saúde da família, podem ser citadas, a exemplo do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) (Santana; Vilasbôas, 2018).

Em 2013, a escassez e a má distribuição de médicos para atuação na APS, especialmente em regiões rurais e remotas e nas periferias de grandes centros urbanos, foram o problema central que justificou a criação do provimento emergencial associado ao aperfeiçoamento dos médicos participantes, intervenção denominada de PMMB, um dos eixos do PMM.

Segundo o Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da SAPS, do Ministério da Saúde (Brasil, 2025), o PMMB atingiu a marca de 14.590 médicos em dezembro de 2015. Entre 2019 e 2022, houve uma desmobilização do programa, reduzindo o montante de médicos participantes a 8.731 em dezembro de 2022, indicativo da persistência do problema central que justificou sua criação, um dos desafios

estruturantes para a consolidação da APS no SUS. Em 2023, com a mudança do governo federal, houve a retomada do PMMB como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Houve expressiva ampliação do número de médicos participantes, alcançando 19.553 profissionais ativos em março de 2024.

Nessa retomada, pode-se considerar, a partir da análise documental, que houve destaque para dois problemas adicionais, relacionados à formação dos médicos ingressantes no PMMB, a saber: a formação não é orientada em função das necessidades e prioridades do SUS e do modelo de APS territorial e comunitária e insuficiência de especialistas para atuação nos territórios de APS, indicando, nesse caso, uma adesão à defesa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre a necessidade de as equipes de APS do SUS disporem de médicos titulados nessa especialidade no país.

**FIGURA 1** Problemas objetos de intervenção do PMMB na retomada em 2023.



Fonte: elaborada pelas autoras.

A finalidade do PMMB, declarada na Lei nº 14.621/2023 (Brasil, 2023a), é aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias para o SUS, mediante cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu* ofertados por instituições de ensino e pesquisa, contando com componente assistencial pautado na integração ensino-serviço.

O público-alvo do PMMB são os médicos participantes do provimento associado ao aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço. Podem ser médicos graduados no Brasil com registro profissional em Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) ou em outros países, com autorização para exercício da medicina no exterior, denominados intercambistas. A população beneficiária é composta pelos usuários dos municípios participantes do PMMB, assistidos por equipes de saúde da família, equipes ribeirinhas, equipes de consultório de rua ou de APS no sistema prisional que dispõem de médicos bolsistas do referido programa.

Todos os municípios brasileiros são elegíveis para aderir ao PMMB, entretanto há situações prioritárias em função de sua localização geográfica e vulnerabilidade social, medida por indicador proposto pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). São consideradas regiões prioritárias os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), as comunidades remanescentes de quilombos e as áreas ribeirinhas atendidas por unidades específicas (Brasil, 2023a).

A análise da base normativa do programa permitiu identificar os resultados e efeitos esperados de sua implantação. Os resultados intermediários são a melhoria da qualidade e da equidade das ações educacionais ofertadas aos médicos participantes, caracterizadas pela distribuição geográfica da oferta nas regiões prioritárias designadas no programa; as temáticas das ações educacionais consoantes com os atributos da APS, necessidades dos territórios e das políticas prioritárias do SUS; e a adoção de abordagens pedagógicas segundo princípios da educação permanente em saúde.

O alcance desses resultados contribuirá para o provimento dos médicos participantes, prioritariamente em DSEIs, áreas remanescentes de quilombos e comunidades ribeirinhas. Tal provimento, associado ao aperfeiçoamento dos médicos participantes por meio da realização de cursos de curta duração, de especialização, e de mestrados e doutorados profissionais, promoverá o desenvolvimento de práticas coerentes com os atributos da APS, a interprofissionalidade, as necessidades dos territórios e as políticas de saúde prioritárias para o SUS. Por fim, tal

atuação poderá contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade da APS, com efeitos positivos sobre indicadores de morbimortalidade de doenças e agravos classificados como sensíveis à atuação da APS, efeitos esperados e desejáveis do PMMB a médio prazo.

Os resultados e efeitos esperados são condicionados por fatores externos ou contextuais relevantes, citados na literatura, que foram organizados no ML em dois grupos. O primeiro reúne características dos municípios de alocação dos médicos: localização geográfica, oportunidades de lazer (Young; Peel; O'Sullivan, 2019), infraestrutura e organização da unidade de alocação (Flores *et al.*, 2021) e da rede local de serviços de saúde (Laurence *et al.*, 2010).

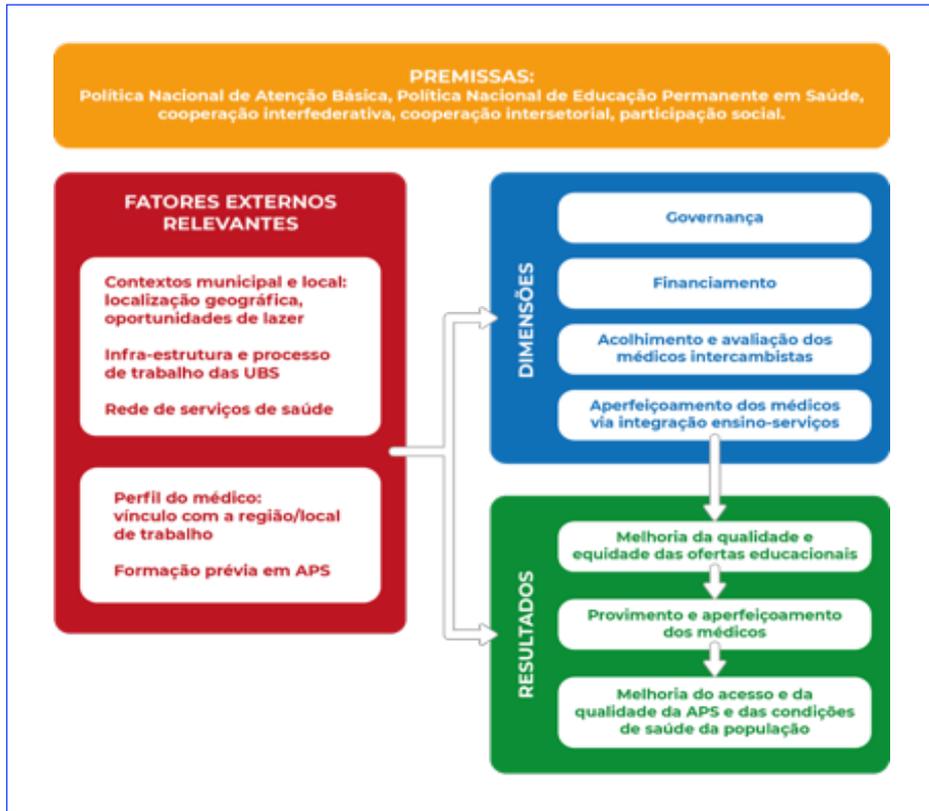
A adequação de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a organização do processo de trabalho das equipes às quais os médicos participantes se vinculam durante a vigência de sua participação no PMMB são fatores contextuais relevantes que podem favorecer ou constranger sua implementação e, conseqüentemente, comprometer os resultados esperados. Destacam-se a disponibilidade de equipamentos médicos da unidade de saúde (Flores *et al.*, 2021); a disponibilidade de medicamentos essenciais (Leonardia *et al.*, 2012); e a existência de outros estabelecimentos de saúde para apoio no cuidado, como hospitais (Laurence *et al.*, 2010), como fatores que facilitam a retenção de médicos em áreas rurais e remotas.

O segundo grupo de fatores externos é formado por fatores preditivos de permanência associados ao perfil do médico, a exemplo da proximidade entre local de nascimento ou de moradia de familiares e a área de alocação, o que indica a existência de vínculo do médico com a comunidade que irá assistir (Flores *et al.*, 2021). Outro fator importante é a formação prévia do profissional em APS (McGrail, O'Sullivan 2021).

### **Racionalidade do ML de funcionamento do PMMB**

O esquema gráfico da racionalidade do ML está composto pelas premissas e pelas relações estabelecidas entre fatores externos, dimensões e resultados esperados do PMMB (Figura 2).

FIGURA 2 Racionalidade do ML do PMMB



Fonte: elaborada pelas autoras.

A PNAB e a PNEPS (Brasil, 2017a, 2017b), a cooperação interfederativa e intersetorial, e a participação social na gestão são as premissas que fundamentaram a estrutura do ML do PMMB. Não se trata apenas de garantir o provimento médico em áreas desassistidas, mas de dispor de uma oferta de ações educacionais, *no* e *para* o trabalho, que contribua para que as práticas desse profissional estejam de acordo com o modelo de APS de base territorial e orientação comunitária, resolutivo, traduzido na oferta de ações integrais, individuais e coletivas para o atendimento das necessidades dos usuários do SUS. A cooperação interfederativa entre Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde e a cooperação intersetorial com o Ministério da Educação (MEC) são aspectos estratégicos para a governança e o financiamento do PMMB.

Apresenta-se, a seguir, uma representação esquemática das dimensões, subdimensões e componentes do ML (Figura 3), seguida por sua descrição textual.

**FIGURA 3** Dimensões, subdimensões e componentes do ML de funcionamento do PMMB



Fonte: elaborada pelas autoras.

A dimensão “governança” é definida como a garantia da existência de políticas estratégicas; a colaboração com outros setores e atores sociais para a formação de coalizões, com vistas à formulação e à implementação de políticas; a existência de um sistema de petição e prestação de contas transparente, baseado em coleta, processamento e análise de dados e informações que subsidiem a tomada de decisões (Papanicolas *et al.*, 2023). Essa dimensão decompõe-se em quatro subdimensões: cooperação intersetorial e interfederativa; apoio institucional setorial; legislação e regulação; e monitoramento e avaliação.

A cooperação interfederativa diz respeito à execução do PMMB, por meio de instrumentos de articulação interfederativa em cooperação com órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e com consórcios públicos. Essa subdimensão está organizada em dois componentes: instância executora nacional – coordenação nacional – e instâncias executoras estaduais – comissões de coordenação estadual. Entretanto, chama atenção que a coordenação nacional do PMMB é formada pelo Ministério da Saúde e pelo MEC e não inclui as representações nacionais dos secretários estaduais de Saúde e das secretarias municipais de Saúde. Não há uma instância que contemple a escuta das partes interessadas da sociedade civil, a exemplo de conselheiros nacionais de Saúde representantes de usuários e de trabalhadores da categoria médica. As comissões de coordenação estadual dispõem de representação dos conselhos estaduais de secretarias municipais de Saúde, mas não há a presença de conselheiros estaduais representantes de usuários.

A cooperação intersetorial realiza-se pelas relações estabelecidas entre Ministério da Saúde, MEC e instituições de educação superior – nacionais e internacionais –, organismos internacionais, instituições credenciadas à oferta de programas de residência médica e escolas de saúde pública, e de mecanismos de integração ensino-serviço.

O apoio institucional setorial do Ministério da Saúde e do MEC conforma-se pela representação desses órgãos nas instâncias estaduais do PMMB; pelo monitoramento das ações de provimento e de educação permanente dos médicos nos territórios; e pela orientação e pelo apoio técnico aos participantes do projeto em âmbitos regional, estadual e municipal. O apoio tem dois componentes: o apoio setorial saúde e o apoio setorial educação. A legislação e a regulação ordenam o provimento e a oferta de ações educacionais aos médicos participantes do PMMB, componentes dessa subdimensão.

O monitoramento e avaliação, última subdimensão da dimensão “governança”, conduzida pela coordenação nacional, com indicação de participação da UNA-SUS, deve verificar a efetividade do PMMB na formação dos médicos participantes, na alocação e na fixação dos profissionais em áreas de difícil acesso e na melhoria dos indicadores de saúde da população, tendo como eixos norteadores o modelo de APS de base territorial e orientação comunitária e os princípios da educação permanente em saúde. Para tanto, estrutura-se em quatro componentes: modelagem do sistema nacional de monitoramento e avaliação do PMMB; execução de monitoramento e avaliação das ações educacionais; monitoramento da atuação e do processo de formação dos médicos; e execução da avaliação da efetividade da formação dos médicos e da satisfação dos usuários.

A dimensão “financiamento” está estruturada em três subdimensões: dotação orçamentária federal, contrapartida municipal e modalidade de coparticipação. A dotação orçamentária federal se decompõe em custeio do provimento médico, custeio da supervisão acadêmica e custeio da oferta das ações educacionais. A contrapartida municipal deve garantir condições adequadas de moradia, alimentação e transporte aos médicos participantes. A modalidade de coparticipação permite o pagamento do provimento médico pelo abatimento do valor correspondente do total de recursos federais transferidos fundo a fundo para custeio da APS aos municípios.

A dimensão “acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas” corresponde ao primeiro momento formativo obrigatório do médico intercambista para integrá-lo na atuação generalista na APS no contexto do SUS, e cuja aprovação é condição necessária para ingresso no PMMB.

A dimensão “aperfeiçoamento dos médicos participantes mediante integração ensino-serviço” corresponde ao aprimoramento de habilidades e à construção de competências, por meio das subdimensões “supervisão acadêmica” e “oferta de ações educacionais”. A supervisão acadêmica é a supervisão do componente assistencial da formação dos médicos participantes do PMMB, sob a lógica da educação permanente, prestando suporte com vistas ao fortalecimento e à qualificação de competências necessárias para o desenvolvimento das ações segundo as diretrizes da PNAB. A supervisão acadêmica estrutura-se nos seguintes componentes: gestão e regulação da supervisão pelo MEC; Apoio Institucional do MEC (AIMEC); gestão da execução da supervisão pelas instituições responsáveis pela supervisão acadêmica

dos médicos participantes do PMMB, na sua atuação nas atividades assistenciais de integração ensino-serviço; processo de trabalho dos supervisores; e processo de trabalho dos tutores.

A subdimensão “oferta de ações educacionais” estrutura-se em: cursos de curta duração e outras ações educacionais para aperfeiçoamento dos médicos participantes em políticas públicas de saúde e na organização e no funcionamento do SUS; pós-graduação *lato sensu*, pela ampliação da oferta de cursos de especialização em áreas estratégicas para o SUS, com destaque para a MFC; e pós-graduação *stricto sensu*, pela oferta de mestrados e doutorados profissionais.

O Quadro 2 apresenta a estrutura do ML com a descrição dos objetivos de cada componente e respectiva base legal vigente.

**QUADRO 2** Estrutura do ML do funcionamento do PMMB e base legal vigente em fevereiro de 2024

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
Governança	Cooperação intersetorial e interfederativa	Instância nacional intersetorial (coordenação nacional)	Coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao projeto	Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
			Promover a articulação permanente entre órgãos e entidades públicas e privadas, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, e organismos internacionais participantes das ações integrativas do projeto	
		Instâncias executoras estaduais (Comissões de Coordenação Estadual – CCEs)	Coordenar, orientar e executar as atividades necessárias à execução do projeto no âmbito da respectiva unidade da federação  Coordenar, supervisionar, demandar e apoiar o trabalho do Ministério da Saúde nos territórios	Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
	Apoio institucional setorial	Apoio setorial saúde	Coordenar, supervisionar, demandar e apoiar o trabalho do Ministério da Saúde nos territórios  Representar o Ministério da Saúde, quando solicitado, na CCE do PMMB, fomentando seu pleno funcionamento e mantendo diálogo frequente com os demais componentes dessa comissão	Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
		Apoio setorial educação	Representar o Ministério da Educação na CCE e nos encontros e atividades relacionados ao projeto	Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
	Legislação e regulação	Provimento	Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde  Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país	Lei nº 12.871, de outubro de 2013 Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023 Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
		Ações educacionais	Aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação  Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira	Lei nº 12.871, de outubro de 2013 Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023 Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
	Monitoramento e avaliação	Modelo do sistema nacional de monitoramento e avaliação do PMMB	Definir metodologia de monitoramento e avaliação da implementação e da efetividade do PMMB e mecanismos de divulgação sistemática dos resultados	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.  Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
		Monitoramento e avaliação das ofertas de ações educacionais	Acompanhar e avaliar a oferta de cursos de aperfeiçoamento e de pós-graduação <i>lato</i> ou <i>stricto sensu</i> para os médicos participantes, executados por instituições de educação superior	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023  Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
		Monitoramento da atuação e processo de formação dos médicos participantes	Acompanhar a permanência dos médicos e suas trajetórias no processo de formação nos cursos de aperfeiçoamento e de pós-graduação <i>lato</i> ou <i>stricto sensu</i> , executados por instituições de educação superior	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023  Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
		Avaliação da efetividade da formação dos médicos e da satisfação dos usuários	Avaliar a efetividade do PMMB na alocação e na fixação dos profissionais em áreas de difícil acesso; na melhoria dos indicadores de saúde da população e de satisfação dos usuários	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023  Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023
Financiamento	Dotação orçamentária federal	Custeio do provimento médico	Custear os pagamentos das bolsas de formação, a ajuda de custo e as indenizações dos médicos participantes	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.
		Custeio das ações de formação dos médicos	Custear os pagamentos das bolsas de tutores e supervisores, e financiar as atividades das instituições supervisoras e as ofertas educacionais	Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023
	Modalidade de coparticipação	Custeio do provimento médico por meio da modalidade de coparticipação	Custear os pagamentos das bolsas de formação dos médicos participantes, com utilização dos recursos dos fundos municipais de saúde para APS	Portaria GM/MS nº 752, de 15 de junho de 2023
	Contrapartida municipal	Custeio de auxílio moradia, alimentação e transporte dos médicos	Garantir condições adequadas de moradia, alimentação e transporte aos médicos participantes	Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014 Portaria nº 300, de 5 de outubro de 2017
Acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas		Módulo de Acolhimento e Avaliação	Programar e executar o Módulo de Acolhimento e Avaliação em cada um dos polos de formação  Avaliar os médicos intercambistas para ingresso no PMMB	Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023 Portaria Conjunta SGTES/Sesu nº 31, de 5 de junho de 2015

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
Aperfeiçoamento via integração ensino-serviço	Supervisão acadêmica	Gestão e regulação da supervisão (Sesu/MEC)	<p>Regulamentar a operacionalização da supervisão acadêmica na educação em saúde</p> <p>Estabelecer critérios para adesão das instituições supervisoras ao PMMB</p> <p>Regulamentar a parametrização de distribuição de tutor acadêmico e supervisor por médico participante</p> <p>Apoiar as instituições supervisoras nas atividades de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da supervisão acadêmica</p> <p>Reestruturar o grupo especial de supervisão acadêmica, em colaboração com as instituições supervisoras participantes do PMMB, para realização de supervisão acadêmica em territórios que tenham fatores que gerem descontinuidade de acompanhamento periódico de forma transitória ou permanente, até a situação ser normalizada</p> <p>Dispor sobre os critérios para validação de bolsa-tutoria, bolsa-supervisão e bolsa-AIMEC; e indicar, no momento de adesão de cada instituição supervisora, o seu respectivo território, podendo alterá-lo, posteriormente, conforme as necessidades de melhoria da cobertura e qualidade da supervisão e da adesão a novas instituições supervisoras</p>	Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023 Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
		AIMEC	<p>Auxiliar o tutor acadêmico na organização, no monitoramento e na avaliação dos trabalhos desenvolvidos</p> <p>Estimular o processo de educação permanente dos tutores e supervisores acadêmicos nos estados</p>	<p>Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023</p> <p>Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023</p>
		Gestão da execução da supervisão por instituições supervisoras, responsáveis pela supervisão acadêmica dos médicos participantes, na sua atuação nas atividades assistenciais de integração ensino-serviço	Coordenar o desenvolvimento acadêmico do PMMB no seu território de atuação	<p>Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023</p> <p>Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023</p>
		Processo de trabalho dos supervisores	<p>Acompanhar regularmente as atividades dos médicos participantes</p> <p>Prestar suporte aos médicos participantes para o bom andamento das atividades pedagógicas do projeto</p> <p>Realizar a avaliação de desempenho anual do médico participante, requisito obrigatório para a sua continuidade no projeto</p> <p>Participar das atividades conduzidas pelos tutores acadêmicos e pelo AIMEC</p>	Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023

Dimensão	Subdimensões	Componentes	Objetivos	Base legal do componente
		Processo de trabalho dos tutores	<p>Coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os apoiadores institucionais do MEC, os supervisores acadêmicos e os gestores do SUS</p> <p>Monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo a sua continuidade</p> <p>Integrar as atividades dos cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação <i>lato</i> ou <i>stricto sensu</i> ofertados por instituições de ensino</p>	Portaria MEC nº 1.537, de 3 de agosto de 2023
	Oferta de ações educacionais	Oferta de cursos de curta duração e outras ações educacionais	Ampliar a oferta de cursos de curta duração e outras ações educacionais para aperfeiçoamento dos médicos participantes em políticas públicas de saúde e na organização e no funcionamento do SUS	<p>Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023</p> <p>Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023</p>
		Pós-graduação <i>lato sensu</i>	Ampliar a oferta de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> (MFC e Saúde Indígena) para os médicos participantes	<p>Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023</p> <p>Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023</p>
		Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	Ampliar a formação de profissionais de saúde (médicos participantes, supervisores e tutores) para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em saúde da família nas regiões prioritárias do SUS	<p>Portaria Interministerial MS/ MEC nº 604, de 16 de maio de 2023</p> <p>Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023</p>

Fonte: elaborado pelas autoras.

## A complexidade política e institucional do desenho do PMMB: desafios e recomendações à gestão federal

A racionalidade desvelada no ML do PMMB, aqui proposto, indica compreensão da gestão federal sobre aspectos estratégicos para a implementação de uma intervenção complexa, de natureza intersetorial, para enfrentar a escassez de médicos qualificados para assegurar a universalização de uma APS robusta, de base territorial, orientação comunitária e com resolutividade clínica no Brasil, dando prioridade a territórios e populações de maior vulnerabilidade social.

No entanto, a análise da base normativa do PMMB indica desafios político-institucionais que não se restringem ao programa *per si*, mas à própria complexidade da gestão do SUS, dada a necessidade de cooperação setorial interfederativa e intersetorial e efetiva participação social para a implementação, o monitoramento e a avaliação dessa política pública de provimento associada à formação dos médicos, segundo as diretrizes da PNAB e da PNEPS. Adicionalmente, o próprio desenvolvimento socioeconômico desigual entre regiões e municípios brasileiros e a insuficiência orçamentária crônica impõem limites à expansão da oferta de ações educacionais na amplitude requerida em torno da imagem-objetivo de universalização do acesso a uma APS de qualidade no país. Chama atenção a ausência de explicitação de cofinanciamento estadual para apoiar as ações do PMMB.

Na governança atual do PMMB, observa-se a inexistência de participação formal das entidades representativas das secretarias estaduais e municipais de Saúde na instância nacional de coordenação, assim como de representação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de entidades médicas. Aqui, cabe uma reflexão sobre a pertinência dessas representações num espaço decisório de execução da política, cujo financiamento é majoritariamente federal, dado que possíveis tensionamentos nas relações entre atores com interesses diversos podem comprometer a operação cotidiana do PMMB. Entretanto, cabe questionar se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o CNS, espaços formais de cooperação interfederativa e do controle social, seriam suficientes para garantir a expressão desses diversos pontos de vista, que tanto podem fortalecer como constranger o desenvolvimento do programa.

A representação das secretarias municipais de Saúde está assegurada nas instâncias estaduais de coordenação do programa, porém seus objetivos aproximam-se mais da execução das decisões tomadas na instância nacional do que de um espaço dotado de uma certa autonomia técnico-política.

Quanto à cooperação intersetorial entre Ministério da Saúde e MEC, é preciso atenção quanto ao histórico de tensionamentos entre esses órgãos, com momentos mais ou menos favoráveis, muitas vezes dependentes de relações construídas no interior de suas burocracias (Almeida; Macedo; Silva, 2019). Especialmente no que diz respeito à supervisão acadêmica dos médicos participantes do PMMB, o que exige mecanismos de padronização de condutas e de aprimoramento pedagógico pactuados e acompanhados pelos dois setores governamentais.

Quanto à oferta das ações educacionais aos médicos participantes do PMMB, é preciso avaliar a efetividade dos cursos de curta duração no aprimoramento desses profissionais, dado o atual formato à distância que os circunscrevem à dimensão cognitiva da prática profissional. O que fazer para assegurar treinamento presencial em serviços para aquisição ou fortalecimento de habilidades clínicas necessárias ao aumento da resolutividade da APS? Essa questão é muito desafiadora, dada a grandeza numérica dos médicos participantes do PMMB e de sua alocação em áreas de difícil acesso, distante de municípios com rede de serviços de saúde apta a receber esses profissionais para treinamentos procedimentais.

Uma das modificações mais relevantes na reedição do PMMB, consignada na Lei Federal nº 14.621, de 2023, diz respeito à instituição de mecanismos de monitoramento e avaliação da efetividade do PMMB sobre as práticas médicas, as condições de saúde da população beneficiária e a satisfação dos usuários. Trata-se de desafio relevante, considerando-se a incipiente cultura de utilizar informações técnico-científicas para apoiar o processo decisório, com vistas ao aprimoramento de políticas e programas no SUS.

Em síntese, elencam-se as seguintes recomendações à gestão federal com vistas a aprimorar o ML de funcionamento do PMMB: inserção da representação das secretarias estaduais e municipais na instância nacional de coordenação do PMMB; construção de canais formais de comunicação e escuta de representações dos usuários – conselheiros nacionais de Saúde – e da categoria médica para debate e validação das propostas de aprimoramento do PMMB; fortalecimento do trabalho cooperativo entre o Ministério da Saúde, o MEC e a UNA-SUS, para aprimorar a supervisão acadêmica, formalizar e instituir processos de monitoramento e avaliação da efetividade do PMMB, com participação das instâncias estaduais de coordenação executiva do programa; e, por fim, debater a coparticipação estadual no financiamento do PMMB.

## Referências

- ALMEIDA, E. R.; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- BARBOSA, V. F. R. *Avaliação executiva: programa mais médicos*. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Côrrea, Brasília, DF, 2020.
- BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post*. Brasília. Brasília, DF: Inep, 2018. v. 2.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 jul. 2023a.
- BRASIL. Medida Provisória nº 1.165, de 20 de março de 2023. Exposição de motivos (EMI) nº 00011/2023, MS/MEC/MF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2023b. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/mpv/mpv1165.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/mpv/mpv1165.htm). Acesso em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de monitoramento dos programas de provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. [Brasília, DF: Ministério da Saúde], [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, nº 183, 22 set. 2017a.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XL. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 ago. 2017b.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2023c.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. *Como elaborar modelo lógico*: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, DF: Ipea, 2010. (Nota técnica, n. 6.)

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BRUSSELLE, A. *et al.* (org.). *Avaliação, conceitos e métodos*. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Um marco para el análisis de políticas*. [Geneve: WHO], 2022.

FLORES, E. L. L. *et al.* “Factors affecting retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program from 2012 to 2019: a mixed methods study”. *BMC Health Services Research*, London, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2021.

LAURENCE, C. O. *et al.* “Latte rural”: the tangible and intangible factors important in the choice of a rural practice by recent GP graduates”. *Rural Remote Health*, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2010.

LEONARDIA, J. A. *et al.* Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. *BMC Health Services Research*, London, v. 12, n. 1, 2012. Não paginado.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MCGRAIL, M. R.; O’SULLIVAN, B. G. Increasing doctors working in specific rural regions through selection from and training in the same region: national evidence from Australia. *Hum Resour Health*, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2021.

OECD. *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Paris: OECD Publishing, 2021.

PAPANICOLAS, I. *et al.* (ed.). *European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO)*. Geneve: OPS: OMS, 2023.

SANTANA, A. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Avaliação da implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica na Bahia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 203-217, 2018.

YOUNG, L. R.; PEEL, B.; O’SULLIVAN, R. “Building general practice training capacity in rural and remote Australia with underserved primary care services: a qualitative investigation”. *BMC Health Services Research*, London, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019.

# MODELO DE FORMAÇÃO E MATRIZ AVALIATIVA DAS AÇÕES EDUCACIONAIS NA RETOMADA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

## Aspectos metodológicos

Níli Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino

### Apresentação

O Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil tem sido foco da agenda nacional, com o propósito de ampliar o provimento médico em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse interim, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) é retomado e instituído no âmbito do PMM, mediante a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) nº 604, de 16 de maio de 2023, que dispõe sobre a execução do programa, tendo como ponto considerado estratégico a formação dos médicos partícipes.

Em avaliações anteriores (Oliveira, 2019; Oliveira; Oliveira; Cruz, 2024), verificou-se que um dos aspectos menos estudados foi o eixo de formação do programa, apesar de um dos objetivos contemplar a formação local de médicos nas regiões distantes e o conhecimento das morbidades prevalentes na região, com vistas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), gerando melhoria do acesso. O eixo da formação profissional, com ênfase na garantia da qualidade da atenção prestada, com diversas estratégias de educação permanente, tem importância para o fortalecimento da APS no Brasil, uma

vez que o provimento emergencial com médicos estrangeiros possui caráter limitado e a consolidação da iniciativa depende da fixação de médicos brasileiros.

A formação especializada é enfatizada para profissionais médicos porque privilegia uma abordagem de APS abrangente que alia o cuidado individual e a saúde coletiva, permitindo oportunidades de aprendizagem a partir dos problemas de saúde da população. Sendo assim, o programa reforça a perspectiva de aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias para o SUS, mediante cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, contando com componente assistencial pautado na integração ensino-serviço (Brasil, 2023a).

Por ser porta de entrada preferencial e um ambiente vivo e em permanente construção, a APS apresenta-se como um potente cenário para o desenvolvimento de diversas habilidades. Evidencia-se, desse modo, a necessidade de desvelar o arcabouço teórico-normativo do programa, para identificar a lógica das ações formativas integrantes do programa, com vistas a subsidiar o monitoramento e o aprimoramento contínuo pelos gestores. No entanto, após uma busca na literatura, não foi possível identificar publicações envolvendo a avaliação da estrutura lógica de formação dos médicos partícipes no programa, em contraposição ao que é efetivamente desenvolvido na prática, o que robustece a justificativa para a elaboração deste estudo.

Neste momento de reconfiguração do processo formativo, este capítulo objetiva descrever o processo de construção de um modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da formação dos médicos partícipes no PMMB.

### **Caminhos metodológicos**

Foi realizado um estudo avaliativo, de abordagem descritivo-qualitativa, com uso de pesquisa documental. A escolha por essa tipologia justifica-se pela proposição de uma análise de adequação entre os componentes de determinada intervenção, com uma averiguação da pertinência, bem como das relações entre a intervenção e o contexto em que se desenvolvem.

O modelo de formação permite averiguar o seu funcionamento e a operacionalização do processo formativo no PMMB. Entende-se por modelo lógico um recurso metodológico para explicar a estrutura de

um programa ou política orientada para o resultado. Os modelos teórico-lógicos são ferramentas visuais e sistemáticas para a compreensão da concepção até a organização e a articulação de ações integrantes de um programa ou política, bem como dos construtos que fundamentam a produção isolada ou integrada dos resultados esperados, sem, no entanto, tentar estabelecer uma relação de causa e efeito (Brousselle *et al.*, 2011; Mclaughlin; Jordan, 2010; Medina *et al.*, 2005).

A análise documental contemplou 14 documentos e recomendações oficiais, disponibilizados pelo MS em sua página oficial, que forneceram os substratos para a elaboração do modelo teórico de formação, para o qual foi adotado o *design* proposto por Samico e demais autores (2011) (Quadro 1). Essas fontes permitiram caracterizá-lo, traçar seus objetivos, definir o perfil, o público-alvo e as metas, bem como as ações para operar, recursos necessários e os resultados, auxiliando na introdução de novos elementos explicativos, como as competências essenciais. Todas essas informações foram agregadas em uma planilha de pré-montagem do modelo.

Seguidamente, procedeu-se à diagramação do modelo de formação mediante o fluxo unidirecional, com vistas à clara expressão de que o desenvolvimento, ou não, das atividades elencadas repercute no alcance dos resultados previstos. Esclarece-se que a transmutação das informações analisadas nos documentos para compor o modelo foi orientada pelas perguntas: qual é o contexto organizacional do PMMB? Quais são os objetivos, os componentes e o público-alvo à sua operacionalização? Quais são os resultados esperados?

**QUADRO 1** Fundamentos estruturantes que compuseram o *corpus* analítico das ofertas educacionais do PMMB

Base legal	Ementa expressa no documento	Contribuição na elaboração do modelo
Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências	CAPÍTULO IV DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Base legal	Ementa expressa no documento	Contribuição na elaboração do modelo
Portaria Conjunta nº 1, de 21 janeiro de 2014	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos	Ações educacionais e de aperfeiçoamento no Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAV) de médicos intercambistas
Portaria Conjunta SGTES/Sesu nº 31, de 5 de junho de 2015		Ações educacionais e de aperfeiçoamento
Portaria GAB/MEC nº 585, de 15 de junho de 2015	Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências	Regulamentação da supervisão acadêmica no âmbito do PMMB
Portaria Normativa MEC nº 28, de 14 de julho de 2015	Dispõe sobre a Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil	Supervisão para áreas de difícil cobertura
Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015	Dispõe sobre caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências	<p>Define a atenção básica, tendo o cotidiano das unidades de saúde e do território de atuação dos médicos como ambiente essencial para a construção do saber da prática profissional; define competências profissionais relacionadas aos princípios e às diretrizes gerais da APS; proposta pedagógica em ciclos formativos, organizada por eixos e apoiada por ferramentas de aprendizagem, podendo desenvolver-se em ambiente presencial e/ou à distância.</p> <p>§1º O primeiro Ciclo Formativo é composto pelos eixos educacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I – Especialização; e</li> <li>II – Supervisão Acadêmica.</li> </ul> <p>§1º O Segundo Ciclo é Formado pelos eixos educacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I – Aperfeiçoamento e Extensão; e</li> <li>II – Supervisão Acadêmica.</li> </ul> <p>Art. 6º A Supervisão Acadêmica é eixo transversal aos dois Ciclos Formativos. Define como ferramentas de aprendizagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I – Telessaúde Brasil Redes;</li> <li>II – Portal Saúde Baseada em Evidências;</li> <li>III – Protocolos Clínicos da Atenção Básica;</li> <li>IV – Comunidade de Práticas; e</li> <li>V – Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS</li> </ul>

Base legal	Ementa expressa no documento	Contribuição na elaboração do modelo
Resolução nº 3, de 2 de outubro de 2015	Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil	<p>Parágrafo único. O 2º ciclo formativo corresponde a etapa em que é possibilitado o aprofundamento do conhecimento de temas relevantes no âmbito da Atenção Básica aos profissionais que tenham concluído o 1º ciclo formativo do PMMB, contemplando também a continuidade das atividades de supervisão acadêmica.</p> <p>Art. 3º O eixo Aperfeiçoamento e Extensão será composto por módulos educacionais em modalidade de ensino a distância disponíveis em Ambiente Virtual de Aprendizagem definido pela Coordenação Nacional do PMMB.</p> <p>Art. 4º O supervisor acadêmico deverá apoiar o médico na elaboração do plano pedagógico que orientará a escolha dos módulos e itinerários formativos a serem cursados, com base nas necessidades identificadas no processo supervisão.</p> <p>§ 2º Os médicos poderão optar por construir itinerários formativos compostos por módulos relacionados a um determinado tema ou por módulos educacionais de temáticas variadas, conforme necessidades apresentadas pelo cotidiano da sua atuação na unidade básica de saúde.</p>
Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017	Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino	Supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação
Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023	Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos para criar novos incentivos e regras no âmbito do PMMB	Regras no âmbito do PMMB, para formar médicos especialistas em APS mediante especialização <i>lato sensu</i> de dois anos mais um mestrado profissional
Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023	Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB	Regulamenta a execução e define que as diretrizes para as atividades de formação acadêmica serão ofertadas por instituições de ensino superior. A definição do(s) dia(s) da semana para as oito horas de ensino deverá ser acordada junto à gestão local. Metade dessa carga horária ocorrerá de forma síncrona e metade de forma assíncrona
Portaria nº 19, de 15 de agosto de 2023	Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino à Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil	Critérios para a supervisão acadêmica

Base legal	Ementa expressa no documento	Contribuição na elaboração do modelo
Resolução nº 396, de 20 de setembro de 2023	Define critérios de frequência nas atividades educacionais obrigatórias do Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil	Critérios de frequência nas atividades educacionais obrigatórias do MAAv
Resolução nº 397, de 22 de setembro de 2023	Define as condições de dispensa na participação das atividades obrigatórias do Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil	Condições de dispensa na participação das atividades obrigatórias do MAAv
Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023, que revoga a Portaria nº 585	Dispõe sobre a regulamentação, no âmbito do Ministério da Educação – MEC, da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências	Regulamentação da supervisão acadêmica no PMMB
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)	Propõe a estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tem como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007	Diretrizes de implementação da educação permanente em saúde
Portaria GM/MS nº 4.164, de 3 de junho de 2024	Estabelece as competências do facilitador e instituição de educação superior na oferta de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil	Competências do facilitador e da instituição de educação superior na oferta de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> pelo PMMB
Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil: Orientações Gerais	Orientações para médicos e gestores do PMMB	Orientações normativas aos médicos partícipes quanto à carga horária, aos deveres e aos canais de comunicação com gestão do PMMB; e aos gestores, para recepção dos médicos no ato da validação

Base legal	Ementa expressa no documento	Contribuição na elaboração do modelo
Matriz de competências em Medicina de Família e Comunidade – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)	Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade (maio de 2014) – SBMFC	Agrupar as competências em áreas e, dentro das áreas, em níveis (pré-requisito, essenciais, desejáveis e avançadas)
Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina	Currículo médico baseado em competências: atenção à saúde; comunicação; administração e gerenciamento; educação permanente; anamnese; a construção da história clínica; os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsico e socioambiental; raciocínio crítico na interpretação dos dados; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças; uso de recursos propedêuticos; recursos semiológicos e terapêuticos para a atenção integral à saúde, procedimentos clínicos e cirúrgicos; políticas de saúde e planejamento em saúde e legislação pertinente à saúde; princípios técnicos e éticos
Fragnière, 1996; Le Boterf, 1994; Zarifian 1999	Competências profissionais	Capacidade do indivíduo para exercer uma atividade profissional concreta, habilidades ( <i>savoir-faire</i> ) em nível individual e em diferentes situações profissionais, cooperação e disposição comunicativa

Fonte: elaborada pelas autoras com base na revisão documental (2024).

Para a elaboração da matriz de julgamento, partiu-se dos conceitos fundamentais orientadores do processo de formação e do trabalho na APS, com posterior proposição da definição de critérios e indicadores como aspectos necessários para a condução de uma futura avaliação. Estabeleceram-se, ainda, competências representativas de cada conceito e indicadores com a expressividade do processo formativo.

Neste estudo, com base na realização da Técnica de Delfos com os especialistas, foi possível obter, em duas rodadas, a análise da pertinência e da relevância de cada item e validar o modelo de formação e a matriz avaliativa. Para estabelecer o consenso entre especialistas em relação aos itens descritos no modelo, utilizou-se a técnica de conferência por consenso, possibilitando envolver e incorporar o ponto de vista de pesquisadores, gestores e equipe técnica do PMMB, com a finalidade de obter o consenso de especialistas, aqueles com experiência, habilidade ou determinados conhecimentos técnicos, científicos ou práticos sobre um tema específico. Como instrumento de coleta de

dados, foi utilizado um questionário, que abordava as dimensões do modelo, as atividades, os resultados e os critérios para acompanhamento e avaliação das ações previstas pelas dimensões e subdimensões.

Este estudo integrou a pesquisa de cooperação técnica intitulada “Identificação e validação do modelo de formação dos médicos do PMMB”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) sob parecer nº 6.152.744, e pelo Comitê de Ética da Organização Panamericana de Saúde (PAHOERC) sob nº PAHOERC 0688.0.

### **Modelo lógico de formação no PMMB**

Com fluxo unidirecional, a estruturação do modelo considerou: perfil, competências, componentes, atividades e resultados, os quais traduzem uma imagem-objetivo do processo formativo, configurada em uma estrutura lógica, na forma de esquema visual, capaz de representar o funcionamento e a operacionalização da formação prevista aos médicos partícipes no PMMB (Figura 1).

O modelo descreve a *PNEPS* e a *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*, interligadas ao PMMB e citadas no arcabouço legal do programa como elementos transversais essenciais, que se configuram na intenção de efetivar as garantias previstas para a formação e a atuação profissionais.

A APS é referida nos documentos analisados como cenário privilegiado, com posição estratégica na rede de atenção à saúde para promover mudanças na formação e na problematização dos processos de trabalho, e para qualificar a abordagem familiar e comunitária, capacitando os médicos para reconhecer e interagir com as características culturais e tradicionais de cada território atendido. Isso tem o fito de atender ao objetivo primordial de suprir regiões prioritárias para o SUS, elemento balizador para a organização e a execução das ações educacionais no PMMB.

O PMMB adota os princípios da educação permanente como conceito político-pedagógico, previsto no Artigo 19 da Portaria Interministerial nº 604/2023, que determina que o PMMB se realizará, no âmbito da PNEPS, para viabilizar o aperfeiçoamento de médicos por meio de mecanismos de integração ensino-serviço. Isso pressupõe a perspectiva da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, pois o fazer

em saúde é considerado um componente educativo e deve integrar a prática diária do profissional.

De maneira geral, a expressão gráfica possibilita a visualização objetiva do processo formativo, iniciando-se com o perfil de formação e as competências a serem desenvolvidas pelos médicos participantes. O PMMB considera a formação por competências, compreendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes postos em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural.

Neste estudo, a identificação de necessidades educacionais é estruturada em um conjunto de competências consideradas essenciais para contemplar respostas aos cuidados demandados, mediado por um processo que integre ensino-serviço-comunidade, em que pesem a integralidade e o caráter humanístico, ético, técnico e científico. Isso coaduna com a Resolução nº 3/2014 do Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que busca a qualidade do cuidado e o pensamento crítico como elementos-chave.

Em vista do exposto, as competências são definidas conforme o domínio, sendo: comportamental (competência ética-humanista e competência interprofissional); abordagem centrada na pessoa, família e comunidade (competências para o cuidado e vigilância em saúde e competências procedimentais); domínio cultural (competências antropológicas e sociais); domínio políticas de saúde e epidemiologia (competências políticas e epidemiológicas); domínio pesquisa e docência (competências pedagógica e em pesquisa); domínio gestão de cuidados primários em saúde (competências em gestão); e domínio tecnologia da informação e comunicação (competências digitais).



O público-alvo do projeto é o médico participante, formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, ou médico intercambista, formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior; o supervisor, profissional da área da saúde responsável pela supervisão contínua e permanente do médico participante; e o tutor acadêmico, docente médico responsável pelo gerenciamento e pelo planejamento das atividades acadêmicas do supervisor (Brasil, 2023b). Em 2024, o MEC acrescentou as atribuições dos facilitadores no PMMB, responsáveis por orientar academicamente e planejar as atividades na plataforma virtual das universidades que oferecem os cursos formativos.

Ainda, o projeto compreende as atividades formativas no PMMB, a oferta de MAAv e o aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço, que irão compor as diversas possibilidades de *trilhas de aprendizagem* que poderão ser percorridas pelos médicos participantes.

O MAAv, primeiro momento formativo obrigatório para os médicos intercambistas, realizado de forma presencial, objetiva integrá-los para atuação generalista na atenção básica no contexto do SUS. Organiza-se em dois eixos temáticos, o de língua portuguesa, a fim de averiguar a capacidade de comunicação na prática médica em língua portuguesa, e o de competências em saúde, com foco nas recomendações contidas nos protocolos de atenção básica, na Legislação do SUS, regulamentação de prática médica, e nos contextos social, demográfico, econômico e epidemiológico do Brasil (Brasil, 2015). Somente após aprovação que os médicos intercambistas irão ingressar no PMMB e ter acesso às *ofertas de ações educacionais* do programa, mediante integração ensino-serviço.

No que concerne à dimensão “ações de aperfeiçoamento”, preveem-se ofertas de ações educacionais por meio de cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, como parte das atividades de integração ensino-serviço (Brasil, 2023b), organizadas em ciclos formativos. Elas podem desenvolver-se em ambiente presencial e/ou à distância (Brasil, 2023a, 2015b), com carga horária distribuída em 36 horas semanais, que devem ser dedicadas às atividades assistenciais realizadas nas unidades de saúde no âmbito da APS, e oito horas semanais dedicadas às atividades de formação ofertadas pelas instituições de educação superior credenciadas (Brasil, 2023a).

O *primeiro ciclo formativo* tem por objetivo a aproximação do médico com a atenção básica e com a realidade do território, e é composto pelos eixos educacionais da especialização e da supervisão acadêmica, que, por sua vez, é o eixo transversal de todo o processo formativo dos médicos (Brasil, 2015b). Busca-se ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS, mediante a oferta de curso de pós-graduação *lato sensu*, a especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC), conduzida por uma instituição de ensino superior integrante da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); e a especialização em Saúde Indígena, buscando qualificar a abordagem familiar e comunitária, capaz de reconhecer e interagir com as características culturais e tradicionais de cada território atendido (Brasil, 2023b). Ao fim dos quatro anos, o médico será submetido a uma prova de título de MFC, aplicada e habilitada pela SBMFC.

Também compõe as ações educacionais a oferta de pós-graduação *stricto sensu*, por meio dos  *cursos de mestrado ou doutorado profissional em Saúde da Família*, que são disponibilizados aos médicos que cumpriram o primeiro ciclo ou que possuam previamente o título de especialista emitido pela SBMFC, objetivando *qualificar profissionais que atuam na formação em APS*, fomentar a produção de novos conhecimentos e inovações na APS. Para as ofertas *stricto sensu*, serão disponibilizadas mais seis horas da sua carga horária semanal para a realização das atividades autodirigidas.

O *segundo ciclo formativo* compreende a oferta de  *cursos de curta duração* e tem por objetivo propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da APS. Assim, a complementação dos conhecimentos desenvolvidos na especialização – primeiro ciclo formativo – ocorre *de forma articulada à supervisão acadêmica e conforme as necessidades identificadas pelo médico participante*, visando à qualificação das competências necessárias para o desenvolvimento das ações na APS, em função das necessidades locais.

A *supervisão acadêmica* tem como objetivos o fortalecimento da educação permanente em saúde; da integração ensino-serviço; da APS; e da formação de profissionais nas redes de atenção à saúde; e articular os eixos educacionais do PMMB (Brasil, 2023c). Portanto, a formação deve ter na integração ensino-serviço a base do seu desenho curricular, a partir do plano de trabalho da equipe de supervisão acadêmica. Após o diagnóstico inicial, será elaborado o plano pedagógico individual pelo supervisor e tutor acadêmico.

Sobre os processos de *monitoramento e avaliação das ações educacionais*, os documentos normativos preveem o acompanhamento sistemático dos objetivos do programa. Constitui, portanto, no modelo de formação, um componente transversal, haja vista que a sistematização de dados e informações pela equipe de gestão compõe ferramentas essenciais para subsidiar as ações de planejamento e para dispor de informações atualizadas sobre o desenvolvimento das ações previstas e os seus resultados em sítio eletrônico do programa.

### **Matriz de julgamento para avaliação**

Com base no modelo de formação, foram descritos os critérios estruturantes das dimensões e subdimensões das ofertas educacionais (Quadro 2). Em sua versão final, a matriz avaliativa foi composta pelas mesmas dimensões do modelo de formação: MAAv e aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço, que se divide em duas subdimensões: ofertas educacionais e supervisão acadêmica.

Na dimensão “MAAv”, destacaram-se dois critérios: avaliação de proficiência em língua portuguesa e realização de cursos do eixo de competências em saúde. Para a dimensão “aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço”, os critérios balizadores para a subdimensão “ofertas educacionais” – cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* e cursos autoinstrucionais, na modalidade de ensino à distância, de forma assíncrona – contemplaram: *layout* da plataforma educacional; titulação e experiência dos docentes, facilitadores e supervisores, assim como parametrização do número de médicos; Projeto Político-Pedagógico (PPP) – estrutura curricular/concepção pedagógica/mecanismos de avaliação. Já a subdimensão “supervisão acadêmica” abarcou: organização da supervisão individual bimensal e coletiva; parametrização de distribuição de tutor e supervisor acadêmico; plano de trabalho com atividades de apoio pedagógico, instrumentos formalizados de comunicação e planos interinstitucionais com previsão de atividades de integração ensino-serviço-comunidade; registro de atividades e dificuldades; e mecanismos para o monitoramento sistemático do perfil dos supervisores acadêmicos.

## QUADRO 2 Matriz avaliativa das ofertas educacionais no PMMB

<p><b>DIMENSÃO: MÓDULO DE ACOPLHIMENTO, AVALIAÇÃO</b>                  Subdimensão: MAAV                  Descrição: Primeiro momento formativo do médico formado no exterior e tem como objetivo integrá-lo à atuação generalista na atenção básica no contexto do SUS</p>	
<b>ATIVIDADE</b>	<b>CRITÉRIO/PADRÃO</b>
Oferta de módulo de acolhimento, avaliação e capacitação aos médicos intercambistas (Fonte: Portaria nº 31/2015)	Avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuem conhecimentos em língua portuguesa relacionados a situações cotidianas da prática médica Realização de cursos do eixo de competências em saúde (MAAV)
<p><b>DIMENSÃO: APERFEIÇOAMENTO</b>                  Subdimensão: Oferta de ações educacionais</p>	
<p><b>Descrição:</b> Oferta de ações educacionais para aperfeiçoamento e/ou especialização dos médicos participantes do PMMB em áreas estratégicas para o SUS, no contexto da educação permanente, por meio de cursos de pós-graduação <i>lato ou stricto sensu</i>, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, como atividade de integração ensino-serviço. Estimulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS</p>	
<b>ATIVIDADE</b>	<b>CRITÉRIO/PADRÃO</b>
<b>Realização de curso de pós-graduação lato sensu</b> , de preferência articulado à supervisão acadêmica, em: <b>MFC</b> , na modalidade de ensino à distância (com previsão de encontros síncronos); <b>Saúde Indígena</b>	<p>Ambiente virtual adequado segundo avaliação discente e equipe pedagógica do PMMB (clareza do texto informativo e facilidade de acesso e navegação)</p> <p>75% do corpo docente com mestrado ou doutorado</p> <p>75% dos facilitadores do corpo docente com mestrado ou doutorado e experiência mínima de um ano em práticas pedagógicas</p> <p>12 médicos/facilitador</p> <p>Descrição do perfil profissional do egresso no projeto pedagógico do curso coerente com o modelo de formação do PMMB</p> <p>Coerência entre os objetivos educacionais gerais do curso e o perfil profissional do egresso</p> <p>Estrutura curricular de acordo com as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Conteúdo curricular suficiente para a formação profissional direcionada ao trabalho na APS de base territorial e orientação comunitária</p> <p>Distribuição da carga horária segundo as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Encontros presenciais para atividades didático-pedagógicas, de pesquisa e de avaliação da aprendizagem</p>

<p><b>Realização de curso de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em Saúde da Família,</b> de preferência articulado à supervisão acadêmica</p>	<p>Ambiente virtual adequado segundo avaliação discente e equipe pedagógica do PMMB (clareza do texto informativo e facilidade de acesso e navegação)</p> <p>75% do corpo docente com mestrado ou doutorado</p> <p>Ações educacionais que considerem o trabalho como princípio educativo, mediante integração ensino-serviço-comunidade</p> <p>Abordagens metodológicas que utilizem predominantemente métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante em metodologias ativas, nas práticas profissional e interprofissional e nas necessidades de saúde da população</p> <p>Mecanismos de avaliação do processo de ensino-aprendizagem explícitos no PPP que incluam autoavaliação discente e estratégias de devolutiva e recuperação ao discente</p> <p>Mecanismos de monitoramento da matrícula, da frequência e do aproveitamento dos discentes</p> <p>Proporção de concluintes por turma</p> <p>Mecanismos de avaliação do docente (uso de metodologias ativas etc.)</p> <p>Descrição do perfil profissional do egresso no projeto pedagógico do curso coerente com o modelo de formação do PMMB</p> <p>Coerência entre os objetivos educacionais gerais do curso e o perfil profissional do egresso</p> <p>Estrutura curricular de acordo com as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Conteúdo curricular suficiente para a formação profissional direcionada ao trabalho na APS de base territorial e orientação comunitária</p> <p>Distribuição da carga horária segundo as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Encontros presenciais para atividades didático-pedagógicas, de pesquisa e de avaliação da aprendizagem</p> <p>Acesso à internet com funcionamento regular e suficiente para a realização das atividades</p>
---	--

<p><b>Realização de cursos autoinstrucionais, na modalidade de ensino distância, de forma assíncrona</b> e de preferência articulada à supervisão acadêmica, conforme as necessidades identificadas pelo médico participante</p>	<p>Ambiente virtual adequado segundo avaliação discente e equipe pedagógica do PMMB (clareza do texto informativo e facilidade de acesso e navegação)</p> <p>Descrição do perfil profissional do egresso no projeto pedagógico do curso coerente com o modelo de formação do PMMB</p> <p>Coerência entre os objetivos educacionais gerais do curso e o perfil profissional do egresso</p> <p>Estrutura curricular de acordo com as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Distribuição da carga horária segundo as competências essenciais do modelo de formação do PMMB</p> <p>Coerência das temáticas dos módulos educacionais à distância de caráter autoinstrucional com as necessidades identificadas pelo médico participante</p> <p>Ações educacionais que considerem o trabalho como princípio educativo, mediante integração ensino-serviço-comunidade</p> <p>Abordagens metodológicas que utilizem predominantemente métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante em metodologias ativas, nas práticas profissional e interprofissional e nas necessidades de saúde da população</p> <p>Mecanismos de avaliação do processo de ensino-aprendizagem explícitos no PPP que incluam autoavaliação discente e estratégias de devolutiva e recuperação ao discente</p> <p>Mecanismos de monitoramento da matrícula, da frequência e do aproveitamento dos discentes</p> <p>Proporção de concluintes por turma ofertada</p> <p>Mecanismos de monitoramento das temáticas ofertadas</p>
<p><b>Subdimensão: Supervisão acadêmica</b>  <b>Descrição:</b> Supervisão do componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto, por meio da integração ensino-serviço sob a lógica da educação permanente: suporte para o fortalecimento e a qualificação de competências necessárias para o desenvolvimento das ações da APS.</p>	

<p><b>Realização de atividades de supervisão</b> mediante integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos</p>	<p>Supervisão inicial com uma visita do supervisor ao local de trabalho do profissional para um diagnóstico das condições de trabalho e das necessidades de saúde da população, e para o desenvolvimento de competências</p> <p>Plano de educação permanente a ser construído a partir de cada visita e do processo de acompanhamento do webportfólio do profissional (estudo imediato na unidade e estudos de casos; discussões clínico-científicas)</p> <p>Plano de trabalho elaborado de forma conjunta entre supervisores e médicos que contenha ações pedagógicas e assistenciais, bem como as metodologias ativas para qualificar o exercício pedagógico</p> <p>Plano de trabalho, com as atividades a serem executadas pelos supervisores</p> <p>Instalações e equipamentos nas redes de atenção à saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de pós-graduação</p> <p>Ferramentas virtuais que podem potencializar o diálogo entre os atores do território e a troca de experiência entre os diferentes atores</p> <p>Coapes</p>
<p>Planos de atividades de integração ensino-serviço-comunidade para cada serviço de saúde, articulando objetivos, convergindo demandas e expectativas, e estabelecendo parcerias formais – atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da(s) instituição(ões) de ensino</p>	<p>Plano de atividades de integração ensino-serviço-comunidade</p>
<p>Mecanismos para a avaliação contínua da integração ensino-serviço-comunidade com definição de metas e indicadores</p>	
<p>Critérios para a realização de visita periódica para acompanhamento das atividades dos médicos</p>	<p>Relatórios de supervisão</p>

<p>Critérios para a realização de supervisão presencial e coletiva/encontros trimestrais da supervisão coletiva com Apoio Institucional do MEC (AIMEC), tutor acadêmico, demais supervisores, gestores municipais e médicos</p>	<p>Relatórios de supervisão</p>
<p>Websupervisão individual bimensal realizados na plataforma RNP</p>	<p>Relatório de execução de websupervisão individual bimensal</p>
<p>Websupervisão coletiva realizada na plataforma da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), com médicos, supervisores, tutores e gestores</p>	<p>Relatório de execução de websupervisão coletiva</p>
<p>Supervisão acadêmica em territórios que tenham fatores que gerem descontinuidade de acompanhamento periódico de forma transitória</p>	<p>Relatórios de supervisão</p>
<p>Registro de atividades e dificuldades do processo de trabalho</p>	<p>Relatórios mensais de atividades dos médicos</p>
<p>Avaliação de desempenho anual de cada médico participante</p>	<p>Manuais instrutivos disponibilizados pela Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) da Secretaria de Educação Superior (Sesu) do MEC</p>

Fonte: elaborada pelas autoras.

## Discussão

A análise de documentos proporcionou informações consistentes para a elaboração do modelo lógico, o qual subsidiou a construção dos critérios que compuseram a matriz avaliativa. Ferramentas que permitirão o monitoramento contínuo das ações formativas do PMMB, por apresentarem uma perspectiva teórica e pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes do SUS, da APS e da educação permanente em saúde.

O PMMB, em 2023, agregou mudanças inéditas, ao priorizar a especialização em MFC e ampliar a formação *stricto sensu* para os médicos especialistas, a fim de estimular as atividades de aperfeiçoamento técnico-científico e de preceptoria no âmbito do PMM, para estimular a sequência dos médicos no programa, que é um objetivo importante dessa retomada (Cury; Fonseca, 2023).

Por ser um programa de educação para o trabalho, a estruturação do modelo de formação no PMMB está embasada nos pressupostos da educação permanente e revigora o debate acerca do trabalho compartilhado e interdisciplinar. Isso pressupõe mudanças curriculares qualitativas e de relevância que respondam às necessidades sociais, cujo sucesso vincula-se ao alcance de suas práticas, no contexto social no qual se inserem (Garcia; Breda; Fonseca, 2024).

Diante da nova conjuntura política iniciada, para que a formação médica produza respostas no território, é necessário que se assegurem a educação e a qualificação em APS associada à tentativa de alcançar uma assistência integral e universal no SUS, em um território delimitado e pautado em uma abordagem familiar e comunitária, mediante integração ensino-serviço. À vista disso, a estruturação do PMMB compreende “competências dialógicas”, que consideram a aprendizagem significativa e que refletem a coerência com um processo formativo direcionado ao campo da saúde coletiva e a intenção de ampliar o escopo de ações e resolubilidade da APS.

Nesse sentido, o referencial dialógico traduz a competência de forma mais ampla, considerando sua aplicação à vida real, na qual o aprender é resultado da interação social, que possibilite a sua interação e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (Dias *et al.*, 2013). Tal esforço exige o desenvolvimento de competência com conhecimentos, habilidades e atitudes conectados do contexto do cuidado em saúde

para favorecer a integração, a apropriação da aprendizagem e o seu acionamento frente às diferentes situações de saúde.

A interação entre ensino e serviço sugere ser um planejamento imprescindível para formar profissionais condizentes com a desafiadora realidade da saúde no Brasil, de provimento médico para atuar no âmbito do SUS. Por isso, instrumentos devidamente validados cientificamente poderão auxiliar na operacionalização adequada das ofertas educacionais, de forma que os gestores e profissionais possam verificar e seguir todas as etapas/fases necessárias para a adequação da prática médica às necessidades locais, a fim de promover uma aprendizagem realista e atender à integralidade do cuidado no local de trabalho, com o engajamento da equipe e sob um processo de avaliação qualificado.

Por outro lado, a estruturação lógica e o delineamento da matriz avaliativa permitiram identificar aspectos mais frágeis, como: priorização da lógica de supervisão presencial com mecanismos predefinidos para fortalecer a integração ensino-serviço; e descrição sucinta de competências essenciais a serem desenvolvidas no percurso formativo em cenários múltiplos e complexos. Os desafios observados foram apontados pelos especialistas durante os debates inerentes à técnica de consenso e considerados um pressuposto importante da educação em saúde, particularmente dos médicos participantes do PMMB, para alcançar os resultados finais do programa: médicos qualificados e práticas profissionais coerentes com os atributos da APS.

Uma questão crucial no campo da saúde é que o conjunto de experiências que procuram integrar ensino-serviço ainda é pontual e carece de estar, de fato, integrado aos currículos das ofertas formativas e assistenciais dos médicos do PMMB. Por isso, torna-se fulcral identificar como acontece a qualificação de profissionais para atuarem efetivamente no SUS e melhorarem suas práticas em saúde, desde os cursos de graduação até os programas de pós-graduação, incluindo os cursos de aperfeiçoamento e qualificação. Nesse aspecto, a avaliação e o acompanhamento de competências previstas para a formação de profissionais são uma ferramenta capaz de contribuir com a oferta de um processo educacional mais adequado às necessidades reais de aprendizagem (França *et al.*, 2017).

Cabe reiterar que o conjunto de competências estruturadas no modelo de formação coaduna também com as bases legais da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da SBMFC, e com

documentos internacionais orientadores da formação e da prática médicas, como do General Medical Council (2018) e da World Organization of Family Doctors (Wonca) (2023), que os capacitam para a abordagem clínica centrada na pessoa, mas individualizando o processo de cuidado, que demonstra preocupação com a formação para o provimento médico para o SUS.

Todavia, em razão do caráter multidisciplinar e da disponibilidade de espaços estratégicos para as mudanças nos cenários de formação e das práticas de saúde, espera-se que, no percurso da trilha de aprendizagem, o médico alcance competências necessárias para o desenvolvimento de um modelo de prática médica centrada na pessoa (Gontijo *et al.*, 2013) e, ao mesmo tempo, com ampla capacitação para atuar no âmbito do SUS e para atender às necessidades sociais e sanitárias da população, com foco na família e orientação para a comunidade. Por isso, um ponto nevrálgico é a necessidade da formação no PMMB estar em conformidade com as diretrizes da PNEPS e os princípios da APS, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade. Isso fortalece o SUS como principal cenário para a educação profissional dialógica e articulada às necessidades da comunidade, a fim de problematizar e refletir continuamente sobre os processos de pensar e fazer saúde, com práticas resolutivas e de qualidade (Beraldi *et al.*, 2021).

Somado a esse processo, o relançamento do PMM, em 2023, com novos incentivos, mas mantendo em grande medida o desenho institucional do programa, desvela lacunas importantes (Freitas *et al.*, 2018; Mourão Netto *et al.*, 2018) relacionadas ao desenvolvimento de competências interprofissionais, interculturais e digitais, e à maior ênfase às temáticas de ética/bioética, educação em saúde, práticas alternativas, educação das relações étnico-raciais, educação ambiental, equidade na assistência à saúde e acesso aos serviços de saúde, muito pouco contempladas nos processos formativos (Silva; Paraíso, 2019). Além disso, também é importante reforçar a necessidade de constante revisão do componente pedagógico, em especial dos cursos de aperfeiçoamento autoinstrucionais, a fim de promover a aprendizagem significativa e a transformação das práticas profissionais, para atingir a integralidade do cuidado no exercício da medicina, em respeito ao princípio da integralidade da atenção do SUS.

Outro aspecto condiz com a incipiência de estudos que buscam proporcionar interlocução e integração do conteúdo das ofertas formativas

no PMMB com as atividades assistenciais dos médicos na APS (Sturmer *et al.*, 2020). Isso porque, embora seja importante entender os resultados de uma intervenção ou programa, as abordagens de avaliação de resultados não explicam como e por que os resultados estão ocorrendo, ou o que mais está acontecendo, pois não conseguem explorar os processos que levam aos resultados, reconhecer a complexidade das intervenções educacionais e considerar resultados não intencionais.

Quanto à matriz avaliativa, a análise da matriz de indicadores, realizada pelos participantes do grupo de consenso na etapa anterior à presencial, revelou que a grande maioria dos indicadores era compatível com o modelo lógico proposto e atendia aos objetivos da avaliação, uma vez que não foram sugeridas grandes alterações na matriz. Diversas evidências (Furtado *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2021) reforçam a necessidade de destacar o envolvimento dos *experts* com o tema, o que provavelmente favoreceu a elaboração de uma matriz de indicadores coerente com o modelo lógico proposto e, conseqüentemente, com a ocorrência não de sugestões de mudanças substanciais, mas de um trabalho de aperfeiçoamento na composição da matriz final. Neste estudo, a inclusão da participação dos gestores permitiu como ponto de partida o conhecimento gerado pela avaliação do próprio programa ao qual os participantes estavam ligados em alguma medida.

### Considerações finais

Este capítulo buscou apresentar o processo de construção e o instrumento desenvolvido com base nos pressupostos teóricos que nortearam o PMMB e em critérios normativos essenciais à garantia da qualidade do processo ensino-aprendizagem.

Como uma limitação deste estudo, reconhece-se que, por constituir um estudo de base documental, pode-se não ter contemplado aspectos contundentes da formação no lócus da APS. Longe de oferecer respostas simples, este capítulo se dedica a fomentar a discussão sobre a complexidade de uma proposta de modelo de formação e avaliação das ofertas educacionais no âmbito do PMMB, que pode estimular e subsidiar futuras pesquisas avaliativas com vistas à generalização dos resultados para as diversas realidades brasileiras.

Não há dúvidas de que, na retomada do PMMB, muita coisa ainda precisa ser discutida em profundidade. Mas o estudo permitiu a construção do modelo de formação no PMMB com *experts* e que favoreceu

um diálogo com os gestores nacionais sobre o arcabouço teórico-metodológico do programa. Assim, os produtos elaborados constituem uma proposição para orientar a avaliação contínua, considerando, em essência, a idealização do seu funcionamento, e sugere um caminho a seguir, mas deixa amplo espaço para modificação contínua, criatividade e inovação, ao serem aplicados em contextos específicos e examinados a partir de potenciais fatores intervenientes.

Nesse sentido, outros trabalhos certamente têm muito o que contribuir com a temática, que não foi esgotada nesta pesquisa; ao contrário, sinalizada uma vez mais enquanto prioritária, necessária e oportuna. Assim, fazem-se necessárias pesquisas que permitam a avaliação do processo formativo articulado à prática médica no âmbito do PMMB, a fim de contribuir para a aquisição e a consolidação de competências profissionais essenciais para o atendimento adequado às demandas do SUS e da APS de base territorial e comunitária.

## Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: avanços e desafios. *Cadernos ABEM*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1-67, 2015.
- BERALDI, M. L. *et al.* Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido por seus trabalhadores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-18, 2021.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023. Dispõe sobre a regulamentação, no âmbito do Ministério da Educação – MEC, da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 ago. 2023b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Portaria interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 93, 17 maio 2023c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-ms/mec-n-604-de-16-de-maio-de-2023-483958798> Acesso em: 14 jun. 2024.

- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diretrizes e normas regulamentadoras aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2016.
- BROUSSELLE, A. *et al.* Modelizar as intervenções. In: CHAMPAGNE, F. *et al.* *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, G. S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília, DF: Ipea, 2010. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT\\_n06\\_Como-elaborar-modelo-logico\\_Disoc\\_2010-set.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf). Acesso em: 29 jul. 2024.
- CURY, G. C.; FONSECA, A. F. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1-9, 2023.
- DIAS, E. *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.
- EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.
- FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.
- FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, Abingdon, v. 32, n. 8, p. 638-645, 2010.
- GARCIA, L. E. B.; BRENDA, B. S.; FONSECA, G. S. Analysis of the implementation of the medical boarding school in a medical course derived from the mais médicos program. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 1-31, 2024.
- GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.
- FREITAS, L. S. *et al.* O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 28, 2018. Não paginado.
- FURTADO, J. P. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*. Manchester: General Medical Council, 2018.
- LE BOTERF, G. *De la ompetence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'Organizations, 1994.

- MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. *In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. The handbook of practical program evaluation.* San Francisco: Jossey-Bass, 2010. p. 55-80.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.
- MOURÃO NETTO, J. J. *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública,* Washington, D. C., 2018. Não paginado.
- OLIVEIRA, F. P. de; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019.
- OLIVEIRA, L. Z. de; OLIVEIRA, A. F.; CRUZ, M. M. da. O Programa Mais Médicos e a atenção básica em saúde no Brasil: avaliação de pertinência. *Meta: Avaliação,* Rio de Janeiro, 2024. Não paginado.
- PERRENOUD, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas.* Porto Alegre: Artmed, 1999.
- POWELL, D. E.; CARRACCIO C. Toward competency-based medical education. *The New England Journal of Medicine,* Waltham, v. 378, n. 1, p. 3-5, 2018.
- ROCHA, E. M. S. *et al.* A dimensão da formação no Programa Mais Médicos: hiato entre propostas e implementação. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 1-8, 2021.
- SAMICO, I. *et al.* (org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- SILVA, M. P.; PARAÍSO, M. A. Um currículo na integração ensino-serviço do Programa Mais Médicos e possíveis efeitos culturais. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1-18, 2019.
- SOHRMANN, M. *et al.* Swiss Working Group For Profiles Implementation. Nationwide introduction of a new competency framework for undergraduate medical curricula: a collaborative approach. *Swiss Medical Weekly,* Basel, v. 150, n. 1516, p. 1-8, 2020.
- STURMER, G. *et al.* Perfil dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. *Revista Conhecimento Online,* Novo Hamburgo, v. 1, p. 1-26, 2020.
- WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. *Basic medical education WFME global standards for quality improvement.* Ferney-Voltaire: WFME, 2020.
- ZARIFIAN, P. *Objectif compétence.* Paris: Liaisons, 1999.

# VALIDAÇÃO POR CONSENSO DO MODELO DE FORMAÇÃO NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Níli Maria de Brito Lima Prado

Silvana Lima Vieira

Rhaine Borges Santos Pedreira

Elzo Pereira Pinto Junior

Elvira Caires de Lima

Ana Luíza Queiroz Vilasbôas

Rosana Aquino

## Introdução

A formação de recursos humanos para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um dos principais obstáculos à sua consolidação. No Brasil, um dos principais desafios para o desenho de ações norteadoras para formação, provisão e fixação dos médicos em regiões estratégicas, desde a primeira versão do Programa Mais Médicos (PMM) (Brasil, 2013), além do número insuficiente de médicos atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) e da desigual distribuição pelo território nacional (Medina *et al.*, 2018), é a necessidade de qualificação coerente para a atuação dos profissionais nas equipes de APS.

A oferta de ações educacionais aos médicos se configura enquanto uma das medidas mais estruturantes, capaz de fornecer uma base sustentável para manutenção e continuidade das mudanças que vêm sendo viabilizadas pelo programa de provimento. Todavia, a contextualização histórica das políticas mostra que a formação dos profissionais de saúde ainda se depara com uma aproximação incipiente com o projeto de sociedade proposto pela Reforma Sanitária e do SUS (Separavich; Couto, 2021).

Na complexidade do tema, identificou-se incipiência quanto a análises e estudos vinculados ao eixo de formação do referido programa anterior. Sobre a formação de profissionais para atuação na APS, um dos aspectos menos estudados (Medina *et al.*, 2018; Organização Pan-Americana da Saúde, 2017) são as ações regulatórias relacionadas à avaliação institucional e à oferta de temáticas vinculadas ao processo formativo, que não eram orientadas em função das necessidades e prioridades do SUS.

Mais recentemente, com o objetivo de avançar no provimento e qualificar o processo formativo, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), lançado em 2023, tem, entre as finalidades, ampliar a qualificação de médicos para atuação na APS em regiões prioritárias para o SUS. A formação médica para o SUS, em seus diversos aspectos, constitui um tema prioritário para o estabelecimento de uma agenda de pesquisa no âmbito do novo PMMB (Brasil, 2023). Tal proposta pauta-se pela educação permanente *no e pelo* trabalho, mediante a oferta de cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu* por instituições de ensino e pesquisa, com componentes assistenciais pautados na integração ensino-serviço.

Com a retomada do programa, a realização de pesquisas aplicadas ao SUS com foco na lógica de *formação* possibilita a análise da proposta formativa e constitui uma oportunidade de produção de conhecimento em ato, simultâneo à própria implantação do PMMB. Ao objetivarem validar a forma como se expressam as relações entre os componentes do programa, as atividades necessárias à sua operacionalização e os objetivos a serem alcançados, o modelo torna-se um instrumento útil para reduzir as incertezas sobre o impacto do programa, assim como para refletir a forma como ele está sendo operacionalizado na realidade (Medina *et al.*, 2005).

Os documentos normativos do PMMB destacam o monitoramento entre seus objetivos e diretrizes, apontando para a prioridade e a relevância desse tema. Seja pelo potencial de contribuir para expressar a teoria do programa, ou por expressar a forma como um programa deve ser implementado e os resultados que se espera alcançar, constituindo-se em uma importante etapa para fortalecer a condução do programa.

Ante o exposto, este capítulo objetiva descrever a metodologia de validação do modelo lógico de formação dos médicos participantes do PMMB.

### Técnica de validação por consenso com especialistas

Neste estudo, com base na realização da técnica de conferência por consenso com os especialistas, foi possível obter, em três rodadas, a análise da pertinência de cada item do modelo de formação preliminar, organizado em seis blocos temáticos.

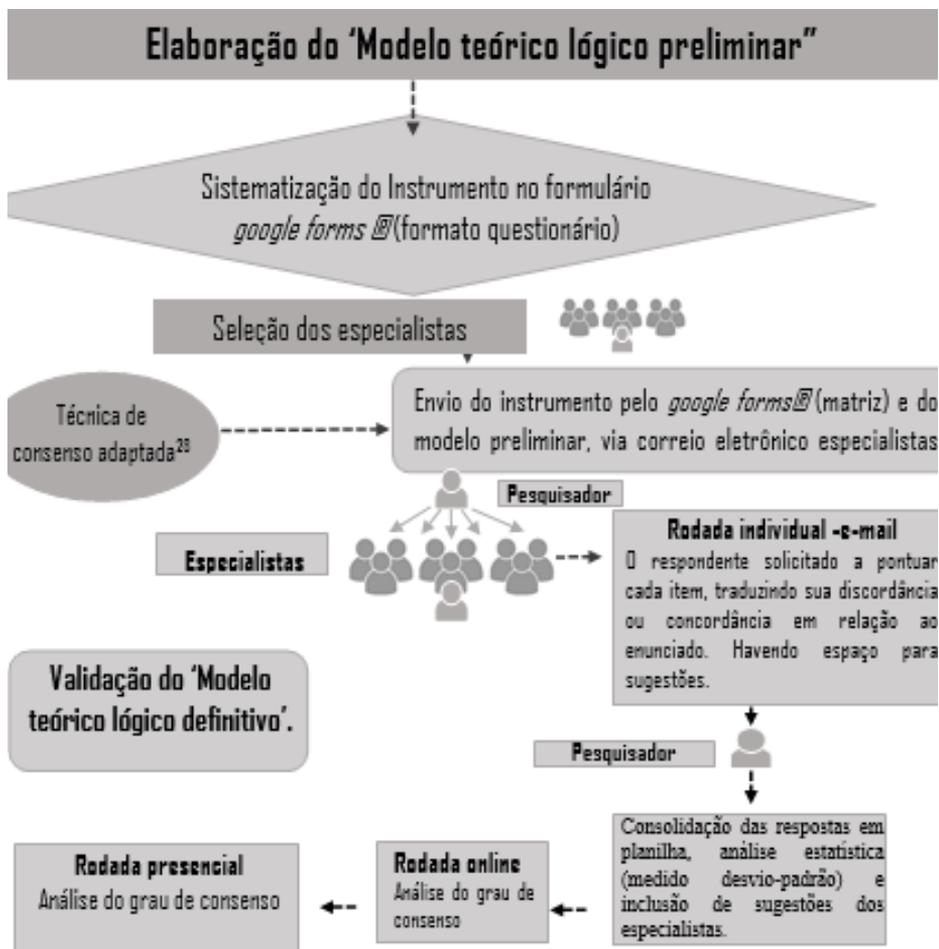
A análise do modelo de formação preliminar, realizada pelos participantes do grupo de consenso nas duas etapas anteriores à presencial, revelou que o modelo preliminar proposto atendia aos objetivos da avaliação, uma vez que não foram sugeridas grandes alterações. Salienta-se que nenhum componente foi considerado dispensável na avaliação qualitativa da pós-conferência.

A Fase 1, composta por questões abertas, contemplava 145 itens, divididos em seis blocos temáticos: Parte 1 – Coerência entre o texto descritivo e a representação gráfica do modelo lógico preliminar das ações formativas dos médicos no PMMB; Parte 2 – Coerência entre dimensões e atividades: Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço; Parte 3 – Coerência entre as competências e as ações para cada atividade formativa, sendo elas das dimensões do MAAv e do eixo de aperfeiçoamento e integração ensino-serviço, com especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e em Saúde Indígena, pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família (mestrado profissional), cursos de aperfeiçoamento ou extensão e cursos autoinstrucionais de curta duração; Parte 4 – Coerência entre atividades formativas e resultados intermediários; Parte 5 – Coerência entre Resultados intermediários e resultados finais; Parte 6 – Coerência entre as atividades formativas e a avaliação/monitoramento.

Tais contribuições facilitaram não apenas a sistematização e a análise de consistência dos conteúdos apresentados, como também agrupamentos, rearranjos e alterações inerentes ao fluxo do modelo proposto, expressando a qualidade das concepções de especialistas na temática apresentada e favorecendo o consenso, o que denota o quão congruente é a utilização da técnica de consenso no processo de validação de instrumentos.

A Figura 1 traz o fluxograma do processo de validação do processo formativo com a adoção de metodologia quali quantitativa, que permite múltiplos olhares frente ao entendimento do PMMB e à sua complexidade de manifestações.

**FIGURA 1** Fluxograma do processo de validação por consenso do modelo de formação no PMMB



Fonte: elaborada pelos autores.

Na primeira etapa, de modo geral, o que se observou foi que 73,1% dos critérios foram considerados muito importantes; em 55,17% deles, havia consenso; e 55,17% foram considerados consensuais e muito importantes. Reitera-se que todos os critérios consensuais ( $DP < 1$ ) também eram muito importante ( $Media \geq 9$ ) (Tabela 1).

**TABELA 1** Critérios e classificação de importância dos itens do modelo preliminar de formação

Consenso do critério	Importância do critério			
	Pouco importante	Importante	Muito importante	Total
Consenso	0	0	80	80
	0.00	0.00	100.00	100.00
Dissenso ou pouco consenso	0	12	26	38
	0.00	31.58	68.42	100.00
Grande dissenso	2	25	0	27
	7.41	92.59	0.00	100.00
Total	2	37	106	145
	1.38	25.52	73.10	100.00

Fonte: elaborada pelos autores.

Destacaram-se como aspectos com grande dissenso: Parte 1 – Realização de curso de língua portuguesa; Parte 2 – Realização do curso de pós-graduação *lato sensu* em MFC e Saúde Indígena articulada à supervisão acadêmica e ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), para promover a integração ensino-serviço, e quanto à realização de supervisão acadêmica e à modalidade presencial. Outro aspecto relevante para os especialistas condiz com a necessidade de descrição das competências relacionadas ao conhecimento sobre o SUS e as suas repercussões práticas no processo de cuidado. Na Parte 3, o ponto de dissenso foi quanto ao potencial de o PMMB promover a realização de pesquisas aplicadas ao SUS, item que grande parte dos especialistas não considera como uma competência necessária para que um médico esteja qualificado para atuar na APS do SUS. E, na Parte 6, a proporção entre médicos e supervisores e tutores foi questionada, assim como a existência de pelo menos um encontro de supervisão *on-line* com cada um dos oito tutores. Nessa etapa, não foi suprimido nenhum item, pois os demais receberam percentual acima de 80% da nota máxima.

Esses itens foram sistematizados e apresentados na segunda etapa, que foi *on-line* e realizada com os dez especialistas. Nessa rodada, foram apresentados aos participantes reunidos em sala virtual da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) as notas, as médias e os desvios padrões calculados, bem como os novos critérios sugeridos, seguidos da explicitação do significado de cada critério pontuado durante os debates.

**TABELA 2** Classificação do grau de consenso dos itens do modelo preliminar de formação

Consenso do critério	Nº	Total
Consenso	7	41.18
Dissenso	10	58.82
Total	17	100.00

Importância do critério	Consenso do critério		
	Consenso	Dissenso ou pouco consenso	Total
Muito importante	7	10	17
Total	7	10	17

Fonte: elaborada pelos autores.

Durante a reunião de consenso, os dez atores envolvidos no processo avaliativo puderam interagir, debater e reavaliar as suas respostas em relação à etapa realizada anteriormente, por envio em meio digital. O debate contribuiu efetivamente para o aperfeiçoamento dos itens do modelo preliminar inicial pelo grupo, de acordo com sua relevância em cada um dos blocos temáticos, sendo alguns reformulados, excluídos ou incluídos. Entre os aspectos mais discutidos, destacaram-se: a necessidade de maior detalhamento sobre as competências antropológicas, políticas, epidemiológicas e clínicas; a maior conexão entre toda a formação que está sendo ofertada aos médicos do programa, e com o trabalho dos supervisores na supervisão acadêmica, inclusas as necessidades de formação profissional crítica e de rever as modalidades de supervisão em voga; e quanto ao MAAV, a precisão de esclarecer a prerrogativa da proficiência em português para médicos intercambistas;

Após o debate sistemático sobre todos os critérios, foi solicitado aos participantes que atribuíssem notas aos 17 critérios adequados, com espaço para justificativas, quando considerassem necessárias, com base nos argumentos apresentados nas discussões e justificativas. Foi encaminhado, novamente, por correio eletrônico um formulário via Google Forms contendo os 17 critérios incluídos ou ajustados/modificados (Quadro 1). Depois de recebidas as respostas, estas foram objeto de consolidação final, análise e cálculos das médias e dos desvios padrão – destes, sete não obtiveram consenso.

Dessa forma, na terceira etapa, que foi presencial, optou-se pela realização da Técnica de Grupos Nominais (TGN), para que alguns indicadores não selecionados pudessem ser debatidos presencialmente pelos

participantes. A TGN é um processo de dinâmica de grupo que tem por finalidade chegar a uma solução de determinado problema por meio de uma votação. A TGN tem como princípio básico o levantamento de informações sobre um tema específico, mediante o questionamento de um painel de especialistas, em reunião presencial liderada por um coordenador. Buscam-se com essa técnica a criação e a discussão de ideias, bem como a obtenção de consenso quanto à solução.

A TGN teve início com a apresentação da sistemática de realização do grupo nominal, em que cada especialista emitiu a sua opinião sobre a validade, a importância e a viabilidade de cada item que não alcançou os critérios de consenso e nota para ser selecionado. Essa fase foi seguida de discussões complementares para elucidação de dúvidas, votação preliminar da importância dos itens e votação final. Assim, obteve-se consenso, em termos gerais, pois predominou baixa divergência na distribuição das respostas aos itens

**QUADRO 1** Descrição dos itens com maior dissenso entre os especialistas nas etapas 1 e 2

Itens com maior dissenso entre os especialistas	Pontos de dissenso
Racionalidade lógica coerente com a representação gráfica do Modelo Lógico (ML)	Mais detalhamento na dimensão das competências antropológicas, políticas e epidemiológicas
A lógica do programa está completa e teoricamente consistente	Formação que está sendo ofertada e relação com o trabalho dos supervisores
	Integração da supervisão nos mestrados profissionais
	Aprofundamento da discussão sobre as competências clínicas
	Barreiras da lógica de qualificação por meio dos cursos de curta duração
Realização de curso do eixo de competências em saúde	Educação permanente interprofissional
Realização de supervisão acadêmica responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente, para promover a integração ensino-serviço	Formação dos médicos supervisores
	Lógica da supervisão
Realização de cursos para avaliação de habilidades em língua português e eixo de saúde para intercambistas	Proficiência em português para médicos intercambistas
Realização de curso de pós-graduação <i>lato sensu</i> em MFC na modalidade de ensino à distância, articulada com a supervisão acadêmica para promover integração ensino-serviço	Trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional
	Oferta de cursos para formação clínica em MFC
	Déficit dos cursos de mestrado em relação ao desenvolvimento de competências para preceptoria e docência

Itens com maior dissenso entre os especialistas	Pontos de dissenso
Realização de cursos autoinstrucionais, na modalidade de ensino à distância, de forma síncrona e articulada à supervisão acadêmica, conforme as necessidades identificadas pelo médico	<p data-bbox="654 220 1190 257">Propostas de novas abordagens dentro dos cursos</p> <p data-bbox="654 257 1190 338">Enfoque nas competências clínicas</p>
Realização de pesquisas aplicadas ao SUS	<p data-bbox="654 338 1190 403">Realização de pesquisas como uma competência avançada e não estritamente necessária</p> <p data-bbox="654 403 1190 496">Ampliação do resultado final para médicos qualificados para atuar na APS em regiões prioritárias para SUS, no âmbito da assistência, gestão e pesquisa</p>
Formação dos médicos participantes para atuação nas políticas públicas de saúde do país, na organização e no funcionamento do SUS, e na atuação como generalista na atenção básica	Atuação do médico como preceptor
Realização de pesquisas aplicadas ao SUS	<p data-bbox="654 614 1190 651">Importância da formação profissional crítica</p> <p data-bbox="654 651 1190 691">Importância das intervenções nos territórios</p>
Coerência do indicador "Proporção de conteúdos presentes nos projetos político-pedagógicos dos cursos de especialização lato sensu e stricto sensu em conformidade com as competências esperadas para o médico da APS"	Inclusão de critérios de avaliação/indicadores para o mestrado profissional
Coerência do indicador "Distribuição geográfica da oferta das vagas dos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu segundo as áreas consideradas prioritárias pelo PMMB"	Adequação das distribuições de vagas

Fonte: elaborado pelos autores.



O processo de construção de um instrumento avaliativo cumpriu os objetivos preestabelecidos e a metodologia definida. Além disso, recebeu imprescindível contribuição dos membros da reunião de consenso, os quais sugeriram reformulação e inclusão de novos indicadores à matriz. Tais aspectos conferiram validade ao modelo para avaliação do PMMB, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A descrição do modelo de formação dos médicos do PMMB na APS partiu do entendimento de que uma intervenção pode ser tanto um programa quanto uma política. Assim, a técnica de consenso escolhida possibilitou que, ao mesmo tempo em que se estimulava a busca de consenso genuíno, houvesse uma ampla discussão de especialistas; se preservasse o anonimato dos participantes; e fosse de fácil realização na busca por uma troca estruturada de informações. Isso porque, neste estudo, pelo elevado grau de consenso obtido desde a primeira rodada, foram realizadas somente três rodadas.

Em vez de se utilizar uma “imagem objetivo”, formulou-se um modelo lógico, dados a dimensão programática e o forte conteúdo que rege o objeto. Ao se considerar os seis blocos temáticos deste estudo, os que receberam maior número de sugestões para modificações foram: o MAAv, as competências e o perfil dos profissionais, necessários à formação dos médicos para atuar no modelo de APS no Brasil; e a necessidade de fortalecer a integração ensino-serviço, a formação dos supervisores e a adequação da modalidade presencial de supervisão acadêmica, uma questão persistentemente crítica ao longo do tempo.

Por sua vez, também se pontuou a grande quantidade de contribuições relativas ao bloco de coerência entre dimensões e atividades formativas, não só em termos semânticos, como também em relação à ampliação da capacidade avaliativa, uma vez que a dimensão relacionada ao projeto pedagógico, eixo central do objeto, obteve o maior número de contribuições do grupo de *experts*.

Similarmente, houve o reconhecimento de que os profissionais de saúde precisam ser formados de acordo com um novo paradigma, ou seja, um processo pedagógico no qual ocorra uma crítica ao paradigma cartesiano e biomédico, que ainda predomina na maioria das instituições formadoras. Surge daí a necessidade de se ampliarem debates sobre as práticas pedagógicas e a qualificação dos supervisores acadêmicos. Tais inquietações foram traduzidas no presente estudo pelas contribuições que ocorreram nas atividades propostas no modelo.

Outro fator identificado foi a atenção dada pelo grupo às ações voltadas para as modalidades de supervisão. Essa foi apresentada como um dos sustentáculos da articulação entre os diversos esforços de formação para os profissionais, em razão da possibilidade de eles terem a oportunidade de gerar reflexão com base no seu processo de trabalho, propiciando novos conhecimentos e aperfeiçoamento do cuidado ofertado aos usuários. Esse achado refletiu a preocupação do grupo de gestores em priorizar a análise da supervisão acadêmica e suas normas vigentes, assim como a problematização e a articulação entre cenários teóricos e práticos.

Em outros estudos (Emerich *et al.*, 2020; Moreira *et al.*, 2017) com metodologia semelhante, os autores asseveram aspectos pertinentes à provisão, e um (Macedo; Almeida; Silva, 2019) realizou a análise lógica do PMM no contexto nacional sem detalhamento relativo sobre a execução da política, no que condiz à qualificação dos médicos no PMMB, ou sobre a integração ensino-serviço, aspecto predominante para os especialistas participantes deste estudo. Assim, do ponto de vista teórico, este estudo visa preencher o *gap* existente na compreensão dos arranjos formativos para a consolidação do programa. A partir do entendimento da teoria do programa, de como ele é coordenado e da articulação dos atores no seu processo de implementação, é possível analisar o arranjo institucional do programa, inclusive em contextos específicos.

A validação do modelo de formação no PMMB retratou, da maneira mais fidedigna possível e sob a ótica dos diferentes atores, os caminhos a serem percorridos para o aprimoramento da contribuição do PMMB à promoção contínua da educação dos médicos, e que há grande demanda para o levantamento e a análise de informações capazes de revelar pontos críticos que possam contribuir para o aprimoramento de processos e resultados.

Ressalta-se como fundamental que os achados do presente capítulo sejam discutidos entre os interessados, tendo como oportunidade as reuniões da Coordenação Nacional do PMMB, que ocorrem mensalmente. O modelo de formação validado constitui-se, portanto, em um instrumento de ampla utilidade para o aprimoramento do processo de monitoramento. Além disso, ele permite estratégias de avaliação periódicas, na busca contínua pela excelência de sua atuação, enquanto equipamento para monitoramento da formação dos médicos no programa, sobretudo nesse contexto de reconstrução das políticas, no

qual a produção de metodologias de avaliação se mostra essencial para verificar e analisar os impactos das ações realizadas nessa área, assim como revigorá-la enquanto agenda positiva.

### Considerações finais

Este capítulo apresentou o processo de validação do modelo de formação referente ao PMMB, fundamentada na contribuição e no consenso dos especialistas. Considerou-se a importância da construção do modelo, com base em uma representação esquemática dos componentes e da forma de operacionalização da intervenção, visando a uma compreensão melhor dos seus componentes e do contexto que a envolve.

Buscou-se a construção coletiva das ideias e percepções dos atores, com diferentes inserções na área de formação médica ou implementação do PMMB, distribuídos entre gestão, ensino e pesquisa, e serviço. Os olhares moldados pelas realidades locais e diferentes experiências favoreceram a reflexão sobre os desafios enfrentados nas atividades desenvolvidas cotidianamente, com ênfase nas fases de monitoramento e avaliação, para o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

É necessário destacar o envolvimento dos *experts* com o tema, o que provavelmente favoreceu a elaboração de uma matriz de indicadores coerente com o modelo de formação proposto e, conseqüentemente, com a ocorrência não de sugestões de mudanças substanciais, mas sim de um trabalho de aperfeiçoamento na composição da matriz final. Por fim, cabe enaltecer a construção compartilhada em todo o processo e a importância do coletivo, do consenso entre os atores envolvidos com a gestão e a implementação do PMMB. Essas medidas só foram possíveis graças à utilização da técnica de consenso, que se ressalta ser um passo importante no envolvimento de potenciais interessados no processo avaliativo, na perspectiva de garantir o uso futuro dos resultados da avaliação.

Entretanto, é importante também destacar como fatores limitantes o elevado tempo gasto na elaboração dos questionários e a extrapolação dos prazos estipulados para a finalização das duas fases propostas para a definição do consenso. Esse fato evidencia o quanto o estudo depende do engajamento dos respondentes para a produção de respostas coerentes e confiáveis. Por outro lado, o modelo de formação validado configura-se como uma contribuição para a gestão, na medida em

que permite um acompanhamento do progresso mais correspondente e legítimo, em nível local, dos itens referentes à intervenção.

Em todo caso, faz-se importante a revisão periódica do modelo de formação, visando à sua adequação para contemplar novos aspectos ou outros não previstos que apareçam com o aprimoramento dos processos referentes a essa política.

Por fim, o modelo validado apresenta características da implementação do PMMB, que podem contribuir para ratificar ou repensar as estratégias adotadas, com vistas a aprimorar a formação dos médicos inseridos na APS no SUS, qualificando os processos de trabalho e a atenção à saúde.

## Referências

- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023. Dispõe sobre a regulamentação, no âmbito do Ministério da Educação – MEC, da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 ago. 2023b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Portaria interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 maio 2023c.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diretrizes e normas regulamentadoras aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2016.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
- BROUSSELLE, A. *et al.* Modelizar as intervenções. In: CHAMPAGNE, F. *et al.* *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

- CASTRO, F. C. A. Q. *Concepções de educação permanente em saúde difundidas por gestores*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17662778-Concepcoes-de-educacao-permanente-em-saude-difundidas-por-gestores.html>. Acesso em: 21 jul. 2024.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.
- CENTER FOR THEORY OF CHANGE. O que é a Teoria da Mudança?. *Center for theory of change*, [s. l.], [202-]. Disponível em: <https://www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/>. Acesso em: 1 ago. 2024.
- DA SILVA, A. M. *et al.* Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/7274>. Acesso em: 4 abr. 2024.
- EMERICH, T. B. *et al.* Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Brasil: modelo lógico e proposta de indicadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-14, 2020.
- FRAGNIÈRE, G. Questions et definitions. In: ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO. *Qualifications et compétences professionnelles dans l'enseignement technique et la formation professionnelle: evaluation et certification*. Paris: OCDE, 1996. p. 19-30.
- FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- LE BOTERF, G. *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'Organizations, 1994.
- MACEDO, H. M.; ALMEIDA, É. R.; SILVA, J. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil: análise crítica do planejamento e gestão do Módulo de Acolhimento e Avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 205-217, 2019.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. *The handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. p. 55-80.

- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MOREIRA, A. C. G. *et al.* Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 28, n. ¾, p. 291-302, 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica*. Brasília, DF: OPAS, 2017.
- OSBORNE, C. S. *et al.* What “Ideas-about-Science” should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *Journal of Research in science teaching*, Hoboken, v. 40, n. 7, p. 692-720, 2003.
- PIZZINATO A, G. A da S. *et al.* A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 170-177, 2012.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3435-3446, 2021.
- UCHOA, A. C. *et al.* Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. *Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 253-282.
- WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. *Basic medical education*. London: WFME, 2020.

# COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS NA FORMAÇÃO MÉDICA NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Silvana Lima Vieira  
Elvira Caires de Lima  
Nília Maria de Brito Lima Prado  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Rosana Aquino  
Camila de Jesus França  
Paôlla Layanna Fernandes Rodrigues  
Estevão Toffoli  
Isabela Cardoso de Matos Pinto

## Apresentação

Este capítulo visa à descrição e à discussão de uma Matriz de Competências Essenciais (MCE) a ser desenvolvida em ofertas formativas direcionadas aos médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

No contexto da saúde, a inclusão da noção de competência emerge como um eixo orientador dos processos de formação profissional. A adoção do referencial de competências na formação médica é preconizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), o que implica desenvolver, no ensino, a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real. Além disso, a certificação das competências adquiridas expressa a legitimação social dos indivíduos, que passam a ser reconhecidos como aptos a atuar na carreira médica.

As competências médicas no Programa Mais Médicos (PMM) são fundamentais para assegurar um atendimento de qualidade nas comunidades mais vulneráveis do Brasil. O programa não apenas visa suprir a carência de médicos em regiões remotas e carentes, mas também

promove uma abordagem integral e humanizada na atenção à saúde. Nesse contexto, as competências que os profissionais devem desenvolver incluem habilidades clínicas, comunicação, trabalho em equipe e, especialmente, capacidade de compreender e intervir nas realidades sociais e culturais das comunidades. A formação e a atualização contínuas são essenciais para que esses médicos possam enfrentar os desafios diários na prática da Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2014).

A incorporação de competências essenciais, como gestão do cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças, é crucial para que os profissionais atuem de maneira efetiva na APS com base territorial e comunitária. Ademais, essa formação contínua deve contemplar o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, que são fundamentais para a construção de relacionamentos de confiança com pacientes e suas famílias, promovendo uma abordagem colaborativa e centrada no usuário (Gontijo *et al.*, 2013).

Pode-se destacar como um objetivo da formação por competência uma prática eficaz, capaz não somente de solucionar problemas, mas também de melhorar os contextos sociais, por meio de uma gestão responsável e uso eficiente dos recursos (Fleury; Fleury, 2001). Para que o médico seja considerado competente, ele deve conseguir, de forma ética, fazer uso crítico dos saberes e das informações que detém para resolver situações concretas no cotidiano. A ideia de competência, nesse caso, associa-se à capacidade de mobilizar os diversos recursos cognitivos, tais como informações e saberes pessoais, privados, acadêmicos, profissionais, de senso comum, experienciais.

A dificuldade que existe entre o saber fazer e o saber agir é inerente a toda situação de trabalho e não decorre diretamente da execução de uma ação, mas implica, necessariamente, administrar a “distância entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, isto é, da sua dimensão estritamente humana, inter-humana resultante da ação” (Dejours, 1999, p. 24), da singularidade dos sujeitos e das práticas sociais em que estão imersos. Isso porque a competência não é uma avaliação estática, e sim um processo contínuo que envolve habilidades técnicas, raciocínio clínico, capacidade de resolver problemas, tomadas de decisões e comportamento psicológico e social para se adaptar aos novos ambientes e condições (Sportsman, 2010).

No contexto da APS, a articulação entre teoria e prática deve ser um foco central na formação permanente dos médicos do PMM. Cabe reiterar que o PMMB é instituído no âmbito do PMM. Nesse sentido, de

acordo com a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) nº 604, de 16 de maio de 2023, que dispõe sobre a execução do PMMB, este tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na APS em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, contando com componente assistencial pautado na integração ensino-serviço (Brasil, 2023a). A experiência prática em comunidades e territórios de APS permite que os profissionais desenvolvam não apenas competências técnicas, mas também uma sensibilidade para as necessidades locais, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e eficaz (Viana *et al.*, 2018).

A APS aparece como cenário estratégico para aperfeiçoar médicos em regiões prioritárias para o SUS e aproximá-los das necessidades de saúde sócio e historicamente determinadas, mediante o componente assistencial pautado na integração ensino-serviço, realizadas em estabelecimento de saúde que ofereça ações e serviços de APS no âmbito do SUS (Brasil, 2023a).

O PMMB considera a formação por competências, compreendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes postos em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada circunstância concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Sendo assim, a sistematização das competências essenciais pode orientar as políticas e as ações educacionais gerando parâmetros permanentemente renováveis. Além disso, pode responder à necessidade de gerar referenciais para ordenar e criar uma oferta formativa de qualidade que permita elevar o nível de qualificação dos médicos participantes do programa. Esses elementos serão balizadores para a organização e a execução das duas dimensões do programa, o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) e o aperfeiçoamento mediante integração ensino-serviço, seguidos das atividades necessárias à execução de cada dimensão. Deverão estar em consonância com os eixos norteadores de formação do programa e conforme o modelo de APS e da Educação Permanente em Saúde (EPS), que pautam e direcionam objetivos do projeto para que ele consiga alcançar os resultados esperados.

Cabe reiterar que a educação médica de pós-graduação diz respeito à

[...] fase em que os médicos desenvolvem competências sob supervisão para a prática independente após a conclusão da sua qualificação médica básica, e pode incluir a educação pré-registro (conduzindo ao direito à prática independente), educação vocacional/profissional sistemática, educação especializada e subespecializada ou outros programas de educação formalizados para funções especializadas definidas (World Federation for Medical Education, 2020).

Dessa forma, o Currículo Baseado em Competências (CBC) pode ser definido como uma abordagem fundamentada em resultados para a criação, a implementação e a avaliação de programas de educação médica, usando uma estrutura organizacional de competências.

Para Gontijo e demais autores (2013), a função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar. Considerando-se a essencialidade do que está na matriz, a recursividade no ensino é o que estrutura e garante, de certo modo, atingir as expectativas de modo processual e continuado. Dessa forma, organizar esses componentes em uma matriz pode trazer uma sistematização quando se relacionar ao perfil esperado desses profissionais em determinados âmbitos de atuação.

Nesse sentido, a proposição de uma matriz, contendo competências essenciais para médicos do PMMB, pode contribuir para a definição de perfis esperados e de ofertas formativas alinhadas com as reais necessidades do território em que o médico atua, e garante, de certo modo, atingir as expectativas de modo processual e continuado.

### **MCE para a formação médica: o caso do PMMB**

A MCE para a formação médica surgiu a partir da elaboração do modelo lógico-teórico de formação médica do PMMB, sendo um dos seus componentes. Necessário o esclarecimento de que as definições de competências são inúmeras e, portanto, optou-se por duas acepções: a) capacidade do indivíduo para exercer uma atividade profissional concreta, aplicando seus conhecimentos, habilidades (*savoir-faire*) e qualidades pessoais, compreendidas como atitudes, situada em um contexto dado e em nível individual (Fragnière, 1996; Le Boterf, 1994, 1999, 2003); b) conjunto de saberes e capacidades

que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais, relacionando inteligência prática, responsabilidade, autonomia, cooperação e disposição comunicativa (Ramos, 2011; Zarifian, 1999, 2003).

De acordo com Grootings (1994), para os sistemas de formação, o interesse pela competência deriva de motivações muito variáveis, de acordo com o país: enfoque mais centrado nos resultados (como acabamos de ver); crítica de uma pedagogia tradicional, demasiadamente orientada para o conhecimento; questionamento das especializações tradicionais; busca de maior flexibilidade dos sistemas de formação e, também, de normas nacionais. Para o mercado de trabalho, o interesse pela competência pode explicar-se igualmente pela busca de flexibilidade, com vistas à transformação das organizações; pela procura de uma boa informação sobre o potencial de cada pessoa e sobre a individualização crescente da gestão dos recursos humanos.

Epstein e Hundert (2002) conceituaram competência médica de modo abrangente como: uso habitual e judicioso de habilidades de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade que está sendo atendida.

Na elaboração dessa matriz, adotou-se a metodologia consagrada em estudos similares, baseada em ampla revisão da literatura técnico-científica, considerando os documentos legais e técnicos da formação médica (Associação Brasileira de Educação Médica, 2020; Brasil, 2014, 2023a, 2023b; Comissão Nacional de Residência Médica, 2020; Fundação Oswaldo Cruz; UNASUS, 2023) referentes às ações educacionais, os quais pontuam um conjunto de competências necessárias para a atuação na APS.

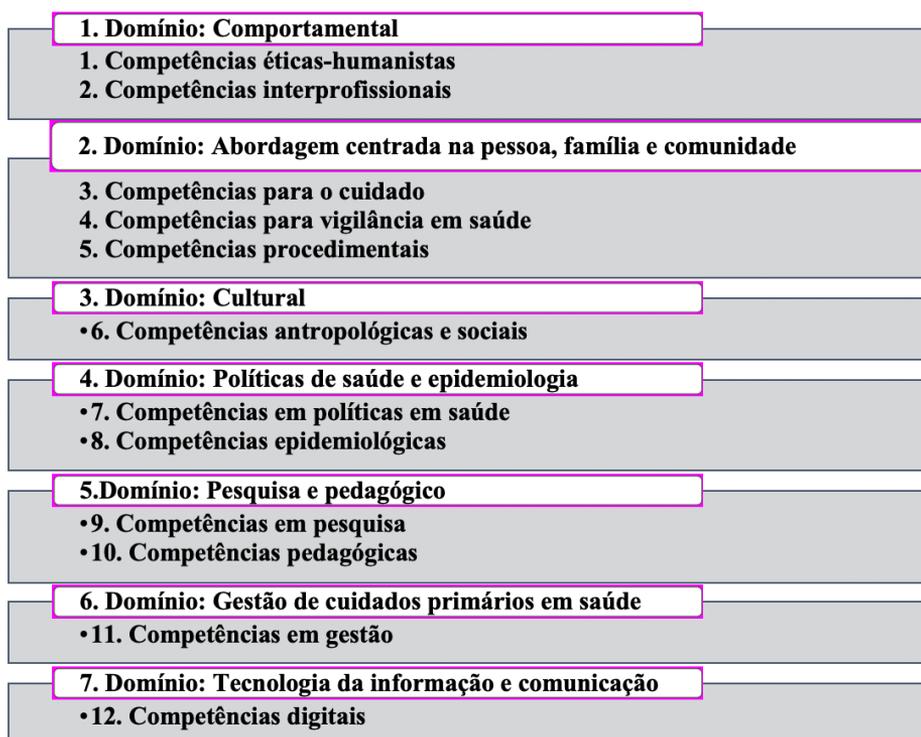
Importante ressaltar que, para elaboração dessa matriz, analisou-se a base legal e teórica precedida por revisões normativas do PMMB, a fim de elaborar um modelo de MCE na formação de médicos do PMMB, tendo como referência inicial as DCNs para o curso de Medicina (Brasil, 2001, 2022), que enfatizam a formação de profissional com perfil contemporâneo, generalista, humanista, crítico, com competências gerais e específicas, apto ao exercício de qualidade da prática médica.

Além das DCNs, foram tomados como referências: a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2015); o “Perfil do médico de família e comunidade”, com as competências contidas na

definição ibero-americana, da World Organization of Family Doctors (Wonca), de 2010; princípios da APS de base territorial e comunitária e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2017); e referenciais teórico-epistemológicos da EPS.

Em seguida, buscou-se delinear a matriz preliminar submetida à avaliação dos pares especialistas, seguida da consolidação dos resultados e da submissão à validação final por especialistas e gestores nacionais e equipe técnica do PMMB no MS e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS). O resultado desse processo está organizado em sete domínios e 12 competências, conforme representados na Figura 1.

**FIGURA 1** Domínios e competências profissionais para médicos do PMMB



Fonte: elaborada pelos autores (2025).

Os domínios na formação de médicos do PMMB são detalhados a seguir:

1. *Comportamental*: propõe relações interpessoais dialógicas na resolução e na mediação de problemas e situações de saúde-doença na relação entre usuários, comunidade, estudantes e profissionais de saúde da equipe;
2. *Abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade*: abrange conteúdos biológicos, emocionais, sociais que fundamentam e organizam a formação médica. Compreende a interpretação e a aplicação do conhecimento científico e de outros saberes e habilidades para mediação e resolução de problemas no âmbito da APS;
3. *Cultural*: considera o aprimoramento das relações interpessoais e do cuidado pautado no indivíduo, na família e na comunidade a partir das especificidades e diversidades territoriais e culturais;
4. *Políticas de saúde e epidemiologia*: compreende conjunto de conhecimentos teóricos sobre políticas públicas de saúde e contribuições da epidemiologia para a formulação, a implementação e a avaliação de políticas públicas de saúde no âmbito da APS;
5. *Pesquisa e pedagógico*: considera o conjunto de conhecimentos aplicados aos princípios da investigação científica e da docência, no contexto territorial, da equipe de saúde e de objetos de estudo da APS, considerando-a como espaço formativo e de integração ensino-serviço-comunidade;
6. *Gestão de cuidados primários em saúde*: possibilita o conhecimento, quanto à gestão do cuidado, da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e do uso de indicadores para tomada de decisão, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade de saúde da população e da comunidade;
7. *Tecnologias da informação e comunicação*: foca na utilização de tecnologias digitais para aprimorar a prática médica.

Em relação às competências essenciais na formação de médicos do PMMB, tem-se as seguintes definições:

1. *Competências éticas-humanistas*: a competência ética busca desenvolver a capacidade de soluções razoáveis e prudentes em casos que apresentam conflitos morais existentes entre o profissional de saúde, o paciente e os familiares, sempre respeitando a vida

humana. Compreende também o sofrimento humano, as manifestações de adoecimentos, as habilidades de comunicação e a construção de vínculos. Além disso, permite o entendimento da vivência e do sofrimento da pessoa por meio da empatia, incorporando a realidade social e a experiência individual entre médico e paciente (Conselho Federal de Medicina, 2018; Ferrari *et al.*, 2018);

2. *Competência interprofissional*: prevê conhecer o campo de atuação dos membros da equipe e desenvolver a comunicação interprofissional e com usuários/comunidade de forma dialógica, colaborativa e responsável, desenvolver cuidado centrado no usuário, na família e na comunidade, e empregar conceitos e práticas de tomada de decisão compartilhada entre a equipe, de modo a apreender as necessidades sociais e em saúde (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010);
3. *Competências para o cuidado*: busca manejar problemas de saúde agudos e crônicos de pessoas e coletivos, apoiando-se no conceito ampliado de saúde e em tecnologias de gestão da clínica (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015; Brasil, 2017);
4. *Competências em vigilância em saúde*: antevê desenvolver uma abordagem centrada no usuário e em suas necessidades de saúde, com orientação familiar, comunitária e territorial (Brasil, 2017; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015);
5. *Competências procedimentais*: pretende realizar procedimentos clínicos ambulatoriais, cirúrgico-ambulatoriais e de urgência no âmbito da APS, em especial em áreas desassistidas, remotas ou rurais, ou com baixa disponibilidade de profissionais de saúde, com vistas a ofertar um cuidado integral, equitativo e resolutivo (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015);
6. *Competências antropológicas e sociais*: prevê reconhecer a diversidade dos diversos contextos culturais e desenvolver a prática considerando o contexto cultural e as políticas públicas de saúde dos diversos territórios com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, levando em conta as dimensões da diversidades de gênero e étnico-raciais e tratando as desigualdades com equidade. Além de habilitar os médicos a **agirem de forma eficiente nas relações interpessoais**

**e profissionais, respeitando as diferenças culturais** (Associação Brasileira de Educação Médica, 2023; Brasil, 2014);

7. *Competências em políticas em saúde*: antecipa compreender as políticas públicas e os modelos técnico-assistenciais da APS e do SUS, conforme o movimento da Reforma Sanitária brasileira, além de articular ações intersetoriais na RAS (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015);
8. *Competências em epidemiologia*: busca valorizar e atuar com princípios da epidemiologia crítica aplicada ao raciocínio clínico e analítico das necessidades de saúde individuais e coletivas (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015);
9. *Competências em pesquisa*: pretende desenvolver o raciocínio científico, formulando perguntas, hipóteses e análise crítica de fontes, além de manejar as técnicas científicas e os meios educativos atuais, inclusive com a tecnologia apropriada de métodos e resultados, por meio de produção científica e **técnica e projetos de intervenções no âmbito da APS, produzindo novos conhecimentos em saúde de forma dialógica com a equipe e a comunidade** (Brasil, 2014; WONCA, 2011);
10. *Competências pedagógicas*: busca desenvolver ações de educação em saúde e EPS no contexto do trabalho na APS, considerando as necessidades do território, do ensino-serviço e da comunidade (Brasil, 2014; WONCA, 2010);
11. *Competências em gestão*: entrevê compartilhar a gestão da agenda da equipe, planejar ações prioritárias de APS com base no diagnóstico comunitário, conhecer e saber usar sistemas de informação. Além disso, busca organizar, acompanhar e avaliar os dados e o trabalho em saúde na APS (Brasil, 2014; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015);
12. *Competências digitais*: prevê desenvolver competência tecnológica crítica para aprimorar atividades nos serviços de saúde mediante o uso de tecnologias digitais no registro de informações clínica, no cuidado interprofissional e na comunicação com equipe, no acesso e no uso de dados e informação em saúde, no planejamento de ações, na comunicação e na divulgação científicas, na educação em saúde, e em processos de formação profissional em ambientes virtuais. Além disso, antevê expandir a competência tecnológica

para os processos de formação profissional em ambientes de *e-learning* (European Commission, 2010; UNESCO, 2011).

### Compreensão dos componentes da matriz de competências

Decompondo a matriz a partir do referencial de competências (Le Boterf, 1999, 2003; Perrenoud, 1999, 2002; Zabala, 2010), partindo da compreensão de competências como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, tem-se: a) conhecimentos: os conteúdos estão relacionados a conceitos de aprendizagem; b) habilidades/procedimentos: os conteúdos procedimentais consistem em um conjunto de ações ordenadas e finalizadas, direcionadas para a consecução de um objetivo; c) atitudes: os conteúdos atitudinais incluem valores, atitudes e normas, e são princípios, condutas e padrões de comportamento. Assim sendo, são formados por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais.

Na MCE proposta na formação dos médicos no PMMB, esses componentes podem ser detalhados da seguinte maneira:

- *Conhecimentos*: refere-se ao conjunto de conteúdos relacionados aos conceitos de aprendizagem. Isso inclui teorias, práticas clínicas, políticas de saúde e conhecimentos específicos da área médica que formam a base teórica do exercício da medicina;
- *Habilidades*: envolve um conjunto de ações ordenadas e finalizadas, que são direcionadas para a consecução de objetivos específicos. Aqui, são englobadas as habilidades práticas que os médicos devem dominar, desde a realização de exames clínicos até a execução de procedimentos cirúrgicos;
- *Atitudes*: inclui valores, normas e comportamentos que os profissionais de saúde devem adotar em sua prática. Esses conteúdos atitudinais abarcam a ética profissional, a empatia no atendimento a pacientes e a capacidade de trabalhar em equipe, refletindo a responsabilidade social do médico.

Ao apresentarmos essas considerações, consideramos que a adoção desse referencial implica desenvolver no profissional a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com as

necessidades de saúde do território e da comunidade, bem como com as necessidades de educação permanente em serviço. Destaca-se, em acordo com Gontijo e demais autores (2013), que é necessário desenvolver as competências profissionais essenciais a partir da interrelação entre os domínios que as compõem, aprimorando a noção de competências nos variados espaços formativos. Importante o destaque de que a competência médica não é determinada isoladamente pelo médico, por pacientes ou por cenários de prática, mas pela interação dinâmica entre eles.

### **Decomposição dos componentes da matriz de competências**

Dando sequência à MCE, após a definição das competências, é preciso proceder com a decomposição de cada uma delas, considerando os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que as sustentam.

Desse modo, o conceito de competência, segundo um referencial integrador e situacional dos elementos que a constituem, supõe uma inferência a partir da ação dos sujeitos, que mobilizam e combinam recursos – conhecimentos, saber fazer ou habilidades e atitudes – ajustados e pertinentes ao contexto – como relações, documentos, informações, acessibilidade – para alcançar um desempenho efetivo face aos desafios enfrentados. Essa decomposição deve incluir ações específicas que abordem as questões gnosiológicas, procedimentais e comportamentais, conforme segue sistematizada a seguir.

- *Competências éticas-humanistas:*  
*Conhecimentos:* fundamentos éticos e direitos humanos.  
*Habilidades:* capacidade de resolver conflitos e atuar com empatia.  
*Atitudes:* respeito à dignidade humana e comprometimento com a vida.
- *Competências interprofissionais:*  
*Conhecimentos:* estruturas e funções de equipes de saúde.  
*Habilidades:* comunicação eficaz e trabalho em equipe.  
*Atitudes:* colaboração e responsabilidade compartilhada.
- *Competências para o cuidado:*  
*Conhecimentos:* abordagens de saúde ampliadas.  
*Habilidades:* manejo de condições de saúde agudas e crônicas.  
*Atitudes:* proatividade e empatia no cuidado ao paciente.

- *Competências em vigilância em saúde:*  
*Conhecimentos:* políticas de vigilância e epidemiologia.  
*Habilidades:* avaliação de necessidades de saúde da comunidade.  
*Atitudes:* compromisso com a saúde coletiva.
- *Competências procedimentais:*  
*Conhecimentos:* protocolos e técnicas clínicas.  
*Habilidades:* realização de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos.  
*Atitudes:* atenção e cuidado no tratamento de pacientes.
- *Competências antropológicas e sociais:*  
*Conhecimentos:* diversidade cultural e sociopolítica.  
*Habilidades:* sensibilidade cultural e adaptação de práticas.  
*Atitudes:* respeito às diferenças e promoção da equidade.
- *Competências em políticas de saúde:*  
*Conhecimentos:* estruturas das políticas públicas de saúde.  
*Habilidades:* análise crítica e articulação de ações.  
*Atitudes:* engajamento e defesa das políticas de saúde.
- *Competências em epidemiologia:*  
*Conhecimentos:* princípios da epidemiologia crítica.  
*Habilidades:* aplicação de métodos epidemiológicos na prática.  
*Atitudes:* valorização da saúde pública e bem-estar coletivo.
- *Competências em pesquisa:*  
*Conhecimentos:* métodos de investigação científica.  
*Habilidades:* análise crítica e formulação de hipóteses.  
*Atitudes:* curiosidade e abertura para novos conhecimentos.
- *Competências pedagógicas:*  
*Conhecimentos:* princípios de educação em saúde.  
*Habilidades:* desenvolvimento de programas de educação permanente.  
*Atitudes:* compromisso com a formação contínua.
- *Competências em gestão:*  
*Conhecimentos:* fundamentos de gestão em saúde.  
*Habilidades:* planejamento e avaliação de ações de saúde.  
*Atitudes:* proatividade e responsabilidade na gestão.
- *Competências digitais:*  
*Conhecimentos:* tecnologias digitais em saúde.

*Habilidades:* uso de plataformas digitais para registro e comunicação.

*Atitudes:* abertura para inovações tecnológicas.

## **Essencialidade da matriz de competências para a formação médica no PMMB**

A formação médica no Brasil tem passado por importantes reformulações nas últimas décadas, impulsionadas tanto pelas DCNs quanto por políticas públicas voltadas à ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, como o PMMB, criado em 2013. Nesse contexto, a adoção do referencial das competências se consolidou como uma diretriz pedagógica predominante, orientando currículos e estratégias de ensino voltadas à formação de médicos capazes de atuar de forma resolutiva, ética e comprometida com os princípios do SUS.

Definir competências essenciais é um requisito para todas as áreas da saúde. O estudo das competências permitiu lançar luz sobre aspectos relacionados às exigências e necessidades de atenção à saúde de um conjunto de profissionais com suas respectivas competências nem sempre associadas ao que é esperado em sua atuação cotidiana. O escopo dos serviços de APS é amplo e, muitas vezes, complexo. Tanto o conteúdo quanto os desafios da APS exigem um período considerável de formação.

No desenvolvimento de práticas médicas na APS, geralmente exige-se que um profissional integre múltiplas competências de vários domínios, como conhecimento de conteúdo, habilidades em colaboração, comunicação e gerenciamento. Por outro lado, cada domínio de competência é relevante para muitas atividades diferentes. Porém, mesmo com a expansão da APS no Brasil nos últimos anos, principalmente na esfera pública por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), observa-se um desencontro entre as necessidades existentes na APS e as iniciativas de estruturação e fortalecimento da formação no PMMB no país.

Para que a atuação dos médicos na APS esteja alinhada ao modelo priorizado no SUS, essas competências devem ser suficientemente bem definidas. De acordo com Gontijo e demais autores (2013), a função de uma matriz de competências é fundamental para expressar os consensos coletivos sobre o que é imprescindível para a formação médica.

Ao se considerar a noção de competência como “multidimensional”, envolvendo facetas que vão do individual ao sociocultural, ao

situacional (contextual-organizacional) e ao processual, ela não pode ser confundida com mero desempenho. A matriz deve, portanto, refletir a essencialidade do conhecimento e garantir que a educação seja um processo contínuo e recursivo, permitindo que as expectativas sejam alcançadas de forma sequencial e progressiva.

Quando se trata de formação, a abordagem dialógica visa ao desenvolvimento articulado de todos os elementos constitutivos da competência e avança na conexão de capacidades profissionais à ação necessária em um dado contexto, integrando trabalho e formação em processos de mútua transformação. Destaca-se, em acordo com Gontijo e demais autores (2013), que é necessário desenvolver as competências profissionais essenciais a partir da interrelação entre os domínios que as compõem, desenvolvendo a noção de competências nos variados espaços formativos. Importante o destaque de que a competência médica não é determinada isoladamente pelo médico, por pacientes ou por cenários de prática, mas pela interação dinâmica entre eles.

Considerando que um perfil de competência pode orientar a formação, a escolha da abordagem dialógica implica uma série de ações técnico-políticas e a atribuição de valor, pelos envolvidos, ao diálogo entre as diferentes visões e segmentos da sociedade. Sendo assim, observa-se a essencialidade do que está na matriz; a recursividade no ensino é o que estrutura e garante, de certo modo, atingir as expectativas de modo processual e continuado. Por isso, os domínios e subdomínios da formação do médico precisam ser permanentemente revisitados em diferentes contextos de ocorrência e de complexidade em termos de exigências de relações, de reflexão e de argumentação.

A matriz sinaliza aquilo que é responsabilidade coletiva, e pode constituir, portanto, um instrumento de referência para orientar os processos de ensino-aprendizagem, informando aos sujeitos envolvidos – gestores educacionais, professores e estudantes – as intencionalidades nos processos de formação. Considera-se que a matriz pode contribuir na qualificação da formação médica e na certificação das competências para o atendimento adequado às demandas de saúde, dentro de padrões de conhecimentos, habilidades e atitudes ético-humanistas.

A construção de respostas para as necessidades de saúde, frente às rápidas mudanças tecnológicas, científicas, culturais e econômicas do trabalho, passou a requerer novos perfis de competência. Isso exige a ampliação do diálogo entre educação e trabalho, e potencializa as relações entre a academia e o trabalho, aumentando a escuta das

necessidades sociais; o uso de melhores práticas e evidências científicas para reorganizar o trabalho e os processos educativos; a organização dos processos de formação; e o desenvolvimento de novas ferramentas e critérios para a certificação de competência.

Entretanto, observam-se constantemente práticas orientadas por objetivos educacionais fragmentados, afetando o diálogo entre a formação e o trabalho. Em outras palavras, a discussão teórico-metodológica sobre as competências profissionais como orientadoras da formação em saúde depende de processos de construção de perfis profissionais assentados em modelos coerentes com o que se pretende instituir. Nesse caso, busca contribuir com a qualificação da formação médica no âmbito do PMMB e com a aquisição e a consolidação de competências profissionais para o atendimento adequado às demandas do SUS e da APS de base territorial e comunitária.

Importante destacar que a adoção do referencial de competências acompanha críticas pelo possível caráter utilitarista, associando-as às exigências do mercado. No campo da educação em saúde, essa abordagem tem sido objeto de críticas importantes. Perrenoud (2002), por exemplo, alerta para os riscos de uma aplicação tecnocrática e descontextualizada do modelo de competências, quando desvinculadas de uma intencionalidade formativa emancipadora e crítica.

Em muitos casos, observa-se uma tendência à padronização de conteúdos e à redução das competências à dimensão técnico-operacional, em detrimento da reflexão crítica e da complexidade dos territórios de atuação (Feuerwerker; Sena, 2002). Perrenoud (1999, 2002) chama atenção para os riscos de se aplicar de forma acrítica o discurso das competências, alertando que, sem compromisso com a democratização do saber e com a formação reflexiva, esse modelo pode se transformar em instrumento de controle tecnocrático da prática profissional. Além disso, o enfoque excessivamente centrado no indivíduo pode desconsiderar as dimensões coletivas e estruturais da formação e do trabalho em saúde, como os determinantes sociais e as condições precárias de infraestrutura em muitos cenários da APS.

Torna-se necessário problematizar o uso acrítico do modelo de competências, defendendo uma abordagem que integre o projeto ético-político do SUS, com foco na emancipação dos sujeitos, na equidade e na transformação social.

## Reflexões finais

Comungando com Almeida (1999), a diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde, que decorrem do contínuo desenvolvimento científico-tecnológico e dos novos quadros demográfico-sanitários, exigem novos delineamentos para o âmbito específico de cada profissão assim, os profissionais de saúde deverão, nos próximos anos, estar dotados de competências – conhecimentos, habilidades e atitudes – que possibilitem a sua interação e a atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integras de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades.

A adoção do referencial de competências na formação médica representa um esforço legítimo para aproximar o ensino das necessidades reais do trabalho em saúde, promovendo a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional deve mobilizar em contextos complexos e imprevisíveis. Contudo, a ênfase excessiva na operacionalização individual das competências pode enfraquecer o reconhecimento das condições institucionais, organizacionais e sociais que moldam a prática médica no SUS.

A crítica mais contundente vem de Philippe Perrenoud (2000), que adverte contra o uso tecnocrático e acrítico do discurso das competências, enfatizando que a formação deve ir além do saber fazer, englobando a reflexão crítica e a construção contínua do conhecimento em uma prática transformadora. Essa perspectiva ressalta a importância da mediação pedagógica qualificada e da criação de espaços institucionais para a reflexão, elementos que muitas vezes faltam na formação oferecida aos médicos do PMMB, comprometendo o desenvolvimento pleno das competências profissionais.

Zabala (2010) reforça a necessidade de uma aprendizagem integrada, significativa e contextualizada, que inclua os aspectos conceituais, procedimentais e atitudinais, alinhada aos desafios sociais e políticos da formação em saúde. Sua proposta valoriza o sentido atribuído pelo sujeito à sua prática, o que é essencial para a formação médica na APS. No entanto, a concretização dessa proposta depende fortemente de condições pedagógicas e estruturais adequadas, que nem sempre estão garantidas no sistema público de ensino e saúde.

Embora o referencial por competências represente um avanço na formação médica ao articular saberes, habilidades e atitudes em contextos reais de prática, sua aplicação no âmbito do PMMB apresenta desafios e limitações que merecem crítica. A lógica das competências,

tal como formulada por Le Boterf (2003) e Zarifian (2001), exige condições institucionais para o desenvolvimento de autonomia, julgamento ético e responsabilidade, o que nem sempre se concretiza nas práticas formativas vinculadas ao PMMB.

Apesar de seus méritos, deve ser repensado e complementado por abordagens que valorizem as dimensões ética, política e social da formação médica. Para o contexto do SUS e do PMMB, torna-se indispensável integrar perspectivas que promovam a reflexão crítica, o diálogo e a complexidade da prática profissional, evitando reducionismos e valorizando o compromisso com a equidade e a integralidade do cuidado.

Em experiências como o PMMB, essas limitações se tornam mais evidentes quando a formação médica não consegue contemplar as singularidades dos territórios, os determinantes sociais da saúde e as demandas ético-políticas da prática na APS (Oliveira *et al.*, 2023). Apesar das críticas, neste estudo acreditamos que essa estruturação pedagógica, vinculada aos seus contextos, oferece mais benefícios do que impedimentos ao uso.

Por fim, a MCE resulta de um esforço coletivo e será sempre uma “síntese provisória”, a ser avaliada e atualizada continuamente. Esperamos que elas contribuam para orientar os processos educativos, de formação e de educação continuada de profissionais capacitados a desempenhar bem seu papel social, comprometidos com o cuidado integral da saúde dos brasileiros.

## Referências

- ALMEIDA, M. J. de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 123-132, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000100010>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: avanços e desafios. *Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1-67, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Recomendações da ABEM para o ensino da saúde indígena nas escolas médicas brasileiras*. Rio de Janeiro: ABEM, 2020.
- BERTRAND, O. *Avaliação e certificação de competências e qualificações profissionais*. Brasília, DF: UNESCO: IIPPE, 2005.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 210, p. 38, 7 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.537, de 3 de agosto de 2023. Dispõe sobre a regulamentação, no âmbito do Ministério da Educação – MEC, da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 ago. 2023b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)*. Brasília, DF: SGTES: DEGES: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 maio 2023c.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 nov. 2022. Disponível em: <https://www.sesesp.org.br/legislacao/resolucao-cne-ces-3-de-3-de-novembro-de-2022/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2001. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/796/resolucao-cne-ces-n-4>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. *A National Interprofessional Competency Framework*. Ottawa: CIHC, 2010. Disponível em: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_FullReport.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_FullReport.pdf). Acesso em: 6 nov. 2025.

CASTILLO, L. A. *et al.* *Perfil do médico de família e comunidade: definição Iberoamericana*. Santiago de Cali: WONCA: SBMFC, 2010. Disponível em: [www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil\\_mfc.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf). Acesso em: 2 jul. 2025.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Comissão Nacional de Residência Médica*, Brasília, DF, 2020.

DEJOURS, C. *O fator humano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

EPSTEIN, M. R.; HUNDERT, A. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*, Chicago, v. 287, p. 226-287, 2002.

EUROPEAN COMMISSION. *Learning: the european commission's role in e-learning*. [Geneve]: European Commission, 2010.

- FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.
- FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. *Construindo o conceito de competência*. São Paulo: RAC, Edição Especial, 2001.
- FRAGNIÈRE, G. Questions et definitions. In: ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO. *Qualifications et compétences professionnelles dans l'enseignement technique et la formation professionnelle: evaluation et certification*. Paris: OCDE, 1996.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; UNASUS. *Plano pedagógico de curso de pós-graduação Lato Sensu em Medicina de Família e Comunidade*. Brasília, DF: Fiocruz: UNASUS, 2023.
- GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.
- GROOTINGS, P. De la qualification à la competence: de quoi parlons-nous?. *Formación Profesional*, [Paris], n. 1, 1994. Não paginado.
- LE BOTERF, G. *Compétence et navigation professionnelle*. 3. ed. Tradução independente dos principais conceitos para o português. Paris: Editions d'Organisation, 1999.
- LE BOTERF, G. *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'Organisation, 1994.
- LE BOTERF, G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- OLIVEIRA, J. P. A. *et al.* Resultados e impactos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e na saúde dos usuários: protocolo de uma revisão rápida. *Open Sci Framew*, [s. l.], 2023. Disponível em: <https://osf.io/af5vn/>. Acesso em: 13 jul. 2025.
- PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- PERRENOUD, P. *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Diretrizes para a atuação do médico de família e comunidade*. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/>. Acesso em: 6 nov. 2025.
- SPORTSMAN, S. Competency education and validation in the clinical setting. *Online Journal of Issues in Nursing*, Maryland, v. 15, n. 3, p. 140-149, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20690989/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

VIANA, A. L. *et al.* Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 16 jul. 2025.

WONCA. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. 3. ed. [S. l.: s. n.], 2011.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. *Basic medical education*. London: WFME, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health*. Geneve: WHO, 2015.

ZABALA, A.; LAIA, A. *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. In: ZARIFIAN, P. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003. p. 192-193.

ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, 1999.



# PROGRAMAS DE PROVIMENTO E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO DE MÉDICOS(AS) PARA ENFRENTAR A ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS EM ÁREA RURAIS, REMOTAS OU DESASSISTIDAS

Uma revisão de escopo

Elzo Pereira Pinto Junior  
Marina Luna Pamponet  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Nilia Maria de Brito Lima Prado  
Rosana Aquino

## Introdução

A escassez de profissionais de saúde em áreas rurais ou remotas, acarretando grandes vazios assistenciais, compromete o acesso à atenção à saúde nessas localidades. O problema, que envolve, principalmente, o provimento de médicos, é de abrangência internacional, ocorrendo em países de alta, média e baixa rendas. A inequidade na distribuição espacial dos médicos tem impactos negativos sobre a organização e a qualidade dos serviços, o que se traduz em piores indicadores de saúde das populações que residem em áreas desassistidas. Garantir a distribuição equânime desses profissionais ainda é um desafio para os sistemas nacionais de saúde, pela necessidade de implementação de políticas e intervenções com múltiplas estratégias que promovam a alocação e a fixação dos médicos, assim como a formação profissional adequada aos diversos contextos locais (Elma *et al.*, 2022; Esu *et al.*, 2021; Wiedermann, 2023).

A ampliação do número de médicos em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido relacionada à melhoria de uma série de indicadores de saúde da população. Na China, a expansão do número de médicos por habitantes em 31 províncias esteve associada à redução significativa da mortalidade materna, do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal, sendo os efeitos mais proeminentes em áreas mais vulneráveis (Zhou *et al.*, 2020). Em um estudo no México, a redução da mortalidade evitável esteve associada à densidade de médicos de família (Nikoloski *et al.*, 2021). Em uma pesquisa com dados secundários do Departamento de Saúde da Flórida, nos Estados Unidos, foi observada a relação entre o aumento na oferta de médicos e a redução de taxas de obesidade e o aumento na expectativa de vida (Droznin; Fashner 2023). Por outro lado, norte-americanos beneficiários do Medicare que residiam em área de maior escassez de médicos de APS tiveram maiores taxas de realização de cirurgia de emergência, além de maiores frequências de complicações mais graves e de readmissão hospitalar (Schaefer *et al.*, 2024).

No Brasil, após a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, foi observado o aumento na disponibilidade de médicos de APS, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, como no conjunto de municípios com 20% ou mais da população vivendo em situação de extrema pobreza (Pinto Junior; Amorim; Aquino, 2020). Evidências apontaram o efeito desse programa na redução de hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à APS (Özçelik *et al.*, 2020), mortalidade infantil (Santos *et al.*, 2020), entre outros desfechos.

Além do provimento e da fixação dos médicos, é preciso considerar as demandas específicas relacionadas ao desenvolvimento de habilidades e competências para a prática médica em áreas rurais e remotas. Nesses locais, diferente de grandes centros urbanos, a rede de serviços de média e alta complexidades, geralmente, é incipiente, o que dificulta o acesso a consultas especializadas, exames e tratamentos mais complexos (Silva *et al.*, 2017). Como consequência, o elenco de condições atendidas na APS tende a abranger uma maior diversidade e complexidade de problemas de saúde, que comumente são de responsabilidade de outros níveis de atenção, exigindo a ampliação do escopo de práticas e conhecimentos dos médicos da APS que atuam nesses contextos (Shan *et al.*, 2024).

Revisões da literatura têm apontado diversos fatores associados à atração e à fixação de médicos em áreas desassistidas. Destacam-se

aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico dos médicos e à existência de programas de incentivos financeiros, incluindo a redução de dívidas estudantis e a estruturação de estágios rurais e de programas de residência médica (Reeve *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2020). No entanto, evidências dos efeitos de políticas e programas para o enfrentamento da escassez de médicos ainda são limitadas, e a maioria dos estudos publicados nessa área são de baixa qualidade metodológica (Verma *et al.*, 2016), especialmente quanto à avaliação do impacto de estratégias de formação profissional e educação permanente dos médicos.

Esta revisão de escopo tem como objetivo sintetizar os resultados da literatura científica a respeito de fatores associados à fixação de médicos, características e efeitos de estratégias educacionais sobre médicos de APS participantes de programas de provimento ou que atuam em áreas com escassez desses profissionais.

As perguntas que guiaram esta revisão foram as seguintes:

1. Quais são os fatores associados à fixação de médicos de APS em áreas desassistidas, rurais ou remotas?
2. Quais são as características das ações educacionais ou dos programas de educação permanente para médicos da APS participantes de programas de provimento ou que atuam em áreas com escassez ou ausência desses profissionais?
3. Quais os efeitos das ações educacionais sobre fixação e práticas dos médicos, acesso e cobertura dos serviços de APS e condições de saúde da população?

## Metodologia

Este estudo é uma revisão de escopo, considerada um método apropriado para avaliar e compreender a extensão do conhecimento em um campo emergente, ou ainda identificar, mapear, relatar ou discutir as características ou os conceitos nesse campo. A condução de revisões de escopo deve contar com um mapeamento sistemático da literatura, e elas são particularmente úteis quando a produção científica sobre o tema é complexa e heterogênea, permitindo incorporar vários tipos de estudos (Peters *et al.*, 2020).

Foram incluídos estudos sobre programas de provimento médico da APS que analisavam ou descreviam ações educacionais ou de educação

permanente ou estratégias educacionais isoladas dirigidas para médicos que atuavam na APS em áreas desassistidas de países de alta, média e baixa rendas (Quadro 1).

Os critérios de inclusão foram: estudos avaliativos de ações educacionais como componentes de programas de provimento e estudos que apresentavam uma descrição do tipo de ação educacional, seus objetivos ou estratégias pedagógicas. E os critérios de exclusão foram: avaliação de intervenções de formação para estudantes de Medicina (graduação); intervenções específicas para médicos de atenção secundária ou terciária; estudos de revisões de literatura; editoriais ou ensaios; estudos escritos em idiomas que não fossem inglês, espanhol ou português; e artigos indisponíveis de forma gratuita.

**QUADRO 1** Definição da população, intervenção, comparação e resultados

<b>População</b>	Estudos sobre programas/atividades educacionais para médicos de APS participantes de programas de provimento de médicos em países de alta, média e baixa rendas
<b>Intervenção</b>	Ações educacionais ou programas de educação permanente para médicos de APS que fazem parte de programas ou iniciativas de provimento de médicos em áreas desassistidas
<b>Comparação</b>	Não se aplica
<b>Resultados</b>	Resultados primários em relação à fixação dos médicos (número de médicos e tempo de permanência na área). Resultados secundários em relação à mudança das práticas dos médicos, ao acesso e à cobertura dos serviços de APS, à satisfação dos usuários e aos indicadores de saúde da população

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Foram realizadas buscas nas bases bibliográficas PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, além da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando estratégia de busca definida após leituras prévias sobre a temática, identificação de descritores, sinônimos e variações de grafia, além de terminologia indexada como termos de entradas, os Medical Subject Headings (MeSH) Terms da base de dados do PubMed (Quadro 2).

**QUADRO 2** Estratégia de busca

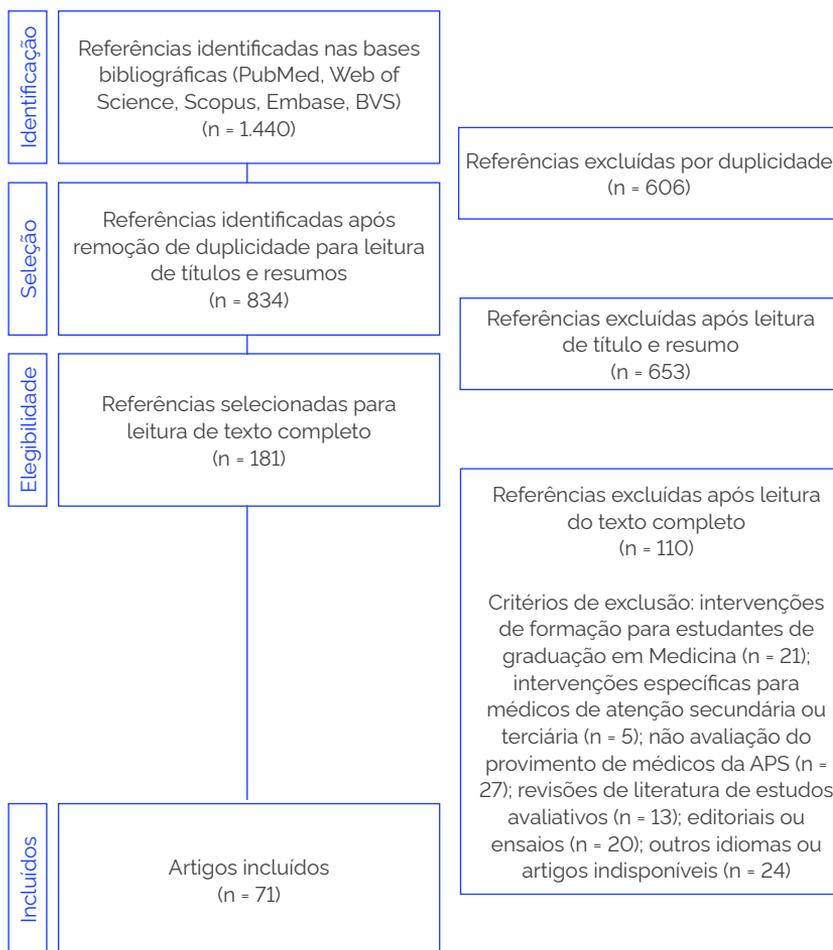
Termos-chave	Palavras-chave da estratégia de busca
Provisão de médicos (recrutamento, distribuição e fixação)	<i>physician distribution; physician supply; recruit; retain; retention; density; shortage; understaffed; inequity; inequality; maldistribution; management; allocation; disposition</i>
Áreas com escassez de médicos	<i>areas medically underserved; medically underserved areas; medically underserved population; physician shortage area; remote areas; rural population</i>
Médicos de APS	<i>primary care physician; family physician; physician general practitioner</i>
Educação médica	<i>medical education; graduate medical education; continuing medical education; medical residency and internship; medical field training; medical field studies; clinical practicum; medical field work; clinical mentoring; clinical supervision; preceptorship</i>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Ao final, foram elaboradas estratégias de busca semelhantes para as quatro bases de dados, no idioma inglês, utilizando a ferramenta de busca avançada, combinando quatro grupos de descritores, por meio dos operadores booleanos.

Inicialmente, foram identificados 1.440 documentos, sendo extraídos 606 duplicatas com utilização do *software* Rayyan. Após leitura de título e resumo, por dois pesquisadores de forma independente, foram excluídos 834 que não versavam sobre as perguntas de investigação, restando 181 artigos para leitura de texto completo, sendo excluídos 110 artigos, cujos motivos de exclusão estão descritos na Figura 1. Ao final, foram selecionados 71 artigos. Foi utilizada uma planilha de textos do *software* Microsoft Excel para a extração e a sistematização dos dados.

**FIGURA 1** Diagrama do processo de seleção dos artigos, a partir do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)



Fonte: Tricco (2018).

## Resultado

Dos 71 artigos incluídos nesta revisão, 53,5% foram publicados entre os anos de 2010 e 2023. A maioria dos artigos foram oriundos dos Estados Unidos (50,7%), seguidos de Austrália (15,7%) e Canadá (12,7%); e tinham abrangência nacional (33,8%) ou estadual/provincial (32,4%). Quanto ao tipo de desenho de estudo, a maioria era

de estudos transversais ou inquéritos (54,9%), seguidos de estudos de coorte (14,1%), estudos descritivos de intervenções (14,1%), estudos qualitativos (7,0%) e estudos mistos (5,6%). O número de indivíduos participantes dos estudos apresentou ampla variação, sendo mais frequentes os estudos com mais de 1 mil participantes (31,0%) e entre 100 e 499 participantes (26,8%) (Tabela 1).

Os fatores associados à fixação dos médicos em áreas desassistidas, rurais e remotas serão apresentados nos tópicos a seguir, sumarizados de acordo com os seguintes eixos: 1) perfil dos médicos, preferências pessoais e contexto local; 2) equipe de saúde e estrutura dos serviços de saúde; 3) condições de trabalho; 4) componentes educacionais (Quadro 3). Não foram encontrados estudos avaliativos dos efeitos das ações educacionais sobre a fixação dos médicos, na mudança de práticas profissionais, no acesso ou na cobertura dos serviços de APS nas condições de saúde da população.

**TABELA 1** Características dos artigos incluídos na revisão

Características	Nº de artigos	%
1978-1999	12	16,9
2000-2009	21	29,6
2010-2023	38	53,5
Países		
Estados Unidos	36	50,7
Austrália	11	15,5
Canadá	9	12,7
Filipinas	2	2,8
Japão	2	2,8
Tailândia	2	2,8
Noruega	2	2,8
Escócia	1	1,4
Indonésia	1	1,4
Lesoto	1	1,4
China	1	1,4
Nepal	1	1,4
Irlanda	1	1,4
Austrália e Canadá	1	1,4

Características	Nº de artigos	%
Nacional	24	33,8
Regional	9	12,7
Estadual/provincial	23	32,4
Local	15	21,1
Estudo descritivo de intervenções	10	14,1
Estudo qualitativo	5	7,0
Inquérito/estudo transversal	39	54,9
Estudo de coorte	10	14,1
Estudos mistos	4	5,6
Estudo de caso-controle	1	1,4
Outros	2	2,8
< 25 participantes	3	4,2
25-49 participantes	6	8,5
50-99 participantes	6	8,5
100-499 participantes	19	26,8
500-999 participantes	0	0,0
> 1.000 participantes	22	31,0
Não se aplica	15	21,1

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

### Perfil sociodemográfico, preferências pessoais e características contextuais das áreas de atuação dos médicos

A maioria dos estudos encontrou maior probabilidade de ser médico do sexo masculino e de trabalhar em áreas rurais ou remotas (Boonluksiri *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2010; Eley *et al.*, 2017; Nelson; Gruca 2017; Putri *et al.*, 2021; Rourke *et al.*, 2005). Apenas um estudo, que avaliou a satisfação dos médicos, observou que as médicas foram mais propensas a indicar que permaneceriam na prática rural nos próximos dez anos (Stenger; Cashman; Savageau, 2008). Médicos

que trabalhavam em áreas remotas tinham maior chance de serem solteiros, funcionários públicos e terem trabalhado em zona rural ou remota antes do cargo atual (Putri *et al.*, 2021).

Os estudos sobre programas e iniciativas de provimento de médicos em áreas rurais, remotas e desassistidas têm apontado que o recrutamento de candidatos com algum vínculo com as comunidades ou os locais de implementação dos programas representou um dos mais importantes determinantes para a fixação desses profissionais (Beck *et al.*, 2008; Bowman; Penrod, 1998; Brooks *et al.*, 2003; Boonluksiri *et al.*, 2018; Bustinza *et al.*, 2009; Cordes, 1978; Easterbrook *et al.*, 1999; Eley *et al.*, 2017; Flores *et al.*, 2021; Mathews *et al.*, 2008; McGrail *et al.*, 2023; McGrail; O'sullivan, 2020; Okayama *et al.*, 2005; Putri *et al.*, 2021; Rourke *et al.*, 2005; Wendling *et al.*, 2016).

A retenção de médicos em áreas desassistidas após finalizarem residências em saúde da família foi maior para médicos com origem na mesma província ou estado (Landry *et al.*, 2011) ou médicos residentes dessas províncias (Mowat *et al.*, 2017).

A atuação dos médicos em áreas rurais foi maior se eles viveram parte de sua infância em áreas rurais (Cordes, 1978, Eley *et al.*, 2017; Flores *et al.*, 2021; Mathews *et al.*, 2008; Matsumoto *et al.*, 2005; McGrail *et al.*, 2023; Putri *et al.*, 2021; Rourke *et al.*, 2005; Wendling *et al.*, 2016); se seus companheiros tinham origem rural (Eley *et al.*, 2017); e se viveram na zona rural durante a graduação (Brooks *et al.*, 2003).

Outros fatores observados foram: a existência de oportunidades de trabalho local para o(a) parceiro(a) (Laurence *et al.*, 2010; Leonardia *et al.*, 2012); se o(a) médico(a) tinha companheiro(a) médico(a) que trabalhava na mesma região (Cleland *et al.*, 2012); e oportunidade de educação para os demais familiares, como cônjuge e filhos (Laurence *et al.*, 2010).

O exercício profissional em áreas rurais, remotas e desassistidas guardou estreita relação com a interação com a comunidade da qual tais médicos passaram a fazer parte. De modo geral, o envolvimento com a comunidade foi benéfico para a fixação dos médicos. A interação dos médicos em formação com comunidades pequenas, desassistidas e remotas não apenas contribuiu para a melhoria dos resultados de saúde e continuidade da prática, mas também promoveu um ambiente de aprendizado único. Nesses cenários, os médicos em formação foram capazes de desenvolver habilidades profissionais e pessoais, aumentar sua confiança e trabalhar em uma ampla gama de práticas (Young *et al.*, 2019).

Foram apontados como fatores contextuais facilitadores para a fixação dos médicos: existência de oportunidades de lazer (Laurence *et al.*, 2010; Young *et al.*, 2019), além de características relacionadas ao ambiente físico, a exemplo de áreas com atrações como praias ou florestas, e ao contexto cultural local (Laurence *et al.*, 2010) e a localidades menores e mais amigáveis (Cleland *et al.*, 2012).

Por outro lado, a mudança para áreas remotas também foi referida pelos médicos como um fator disruptor na vida pessoal, devido à distância de sua residência familiar; aos dilemas dessas migrações, especialmente entre os que têm filhos em idade escolar; e ao sentimento de isolamento social em ambientes remotos (Cleland *et al.*, 2012).

### **Equipe de saúde e estrutura dos serviços de saúde**

O bom relacionamento com colegas, um ambiente de trabalho agradável e o suporte da equipe de enfermagem em localidades rurais e remotas favoreceram a escolha dos médicos em atuar nessas áreas (Laurence *et al.*, 2010). A presença de outro médico na equipe também foi um aspecto valorizado por aqueles que trabalhavam em áreas desassistidas (Gessert *et al.*, 1989), o que foi corroborado por resultados de outros estudos, que indicaram a dificuldade em lidar com situações variadas sem orientação de médico mais experiente, referida como fonte de insatisfação dos médicos (Thapa *et al.*, 2014; Stenger; Cashman; Savageau, 2008).

A adequação da infraestrutura e de equipamentos médicos dos serviços de saúde (Flores *et al.*, 2021) e a existência de outros estabelecimentos de saúde para apoio no cuidado, como hospitais (Laurence *et al.*, 2010), também afetaram positivamente a retenção de médicos em área rurais e remotas.

### **Condições de trabalho e incentivos**

As condições de trabalho oferecidas aos médicos também representaram importante preditor da fixação desses profissionais. O suporte recebido por níveis da gestão dos serviços de saúde e a percepção de que tais gestores desempenhavam suas funções com competência aumentavam as chances de permanência em programas de provimento (Leonardia *et al.*, 2012).

A possibilidade de receber um bom salário foi apontada como um fator importante a ser considerado na escolha do local de trabalho (Leonardia *et al.*, 2012; Thapa *et al.*, 2014), embora um dos estudos tenha destacado não ter sido o principal fator na escolha pelo trabalho em áreas rurais e remotas (Laurence *et al.*, 2010). Outros estudos destacaram a relevância do recebimento de bolsa de estudos para treinamento em áreas rurais, que aumentou as chances de um trabalho futuro em áreas rurais (Acosta, 2000) e a facilidade de quitar empréstimos (Jackson *et al.*, 2003)

Em relação à carga horária, foram considerados como fator facilitador da fixação ter bons arranjos na escala de trabalho (Humphreys *et al.*, 2002), com cargas de trabalho administráveis, permitindo equilíbrio razoável entre trabalho e vida pessoal (Leonardia *et al.*, 2012), com tempo disponível para estar com a família e os amigos e para a participação em atividades esportivas e de lazer (Young *et al.*, 2019). Porém, há evidências de que os médicos que trabalhavam em áreas desassistidas rurais tinham maior jornada semanal de trabalho e mais interações com unidades de internação ou de emergência quando comparados aos médicos de áreas desassistidas urbanas (Gessert *et al.*, 1989).

A existência de oportunidades de trabalho com vínculos de mais longo prazo também pode ser considerada um fator determinante para a fixação de médicos (Jackson *et al.*, 2003). Por outro lado, altos níveis de responsabilidade clínica favorecem o surgimento de quadros de depressão e ansiedade, afetando negativamente a fixação desses profissionais (Bayley *et al.*, 2011). Além disso, a necessidade de longas viagens para áreas distantes de grandes centros urbanos, especialmente em condições meteorológicas extremas, como o inverno no norte da Europa, além dos custos adicionais desses deslocamentos, também influenciou negativamente a escolha pelo trabalho em áreas remotas (Cleland *et al.*, 2012).

### **Componentes educacionais**

Foi evidenciada uma associação positiva entre a região geográfica na qual os médicos estabelecem sua prática e onde realizaram seus estudos de pós-graduação (Woolley; Hogenbirk; Strasser, 2020). A existência de programas de residência nas áreas desassistidas ou rurais foi determinante para a fixação dos médicos nessas áreas (Brooks *et al.*, 2003; Buenconsejo-Lum *et al.*, 2012; Cashman *et al.*,

2009; Chen *et al.*, 2010; Gourney *et al.*, 2023; Hixon; Ross, 2013; Konrad *et al.*, 1999; Landry *et al.*, 2011; Larkins *et al.*, 2011; McGrail; Schwartz 2008; Nelson; Gruca, 2017; Pathman *et al.*, 2016; Rabinowitz *et al.*, 2005, 2011; Ramsey *et al.*, 2001; Rittenhouse *et al.*, 2008; Straume; Sondena 2010; Thapa *et al.*, 2014).

Cursos de pós-graduação ou residência que apresentaram uma carga horária específica para atividades em zonas rurais ou estágios também foram associados à fixação de médicos nessas comunidades (Chen *et al.*, 2010; McGrail *et al.*, 2023; Norris; Norris, 1988; Pathman *et al.*, 2016; Rourke *et al.*, 2005), e apenas um estudo não encontrou associação entre a existência de prática médica na zona rural durante a residência médica e a fixação de médicos nessas comunidades (Easterbrook *et al.*, 1999). A educação rural durante a graduação também foi apresentada como fator para a prática de medicina rural (Brooks *et al.*, 2003).

Os componentes relacionados à participação em ações e práticas educacionais durante o treinamento realizado em programas ou iniciativas de provimento de médicos também representaram importantes preditores para a fixação. Para os participantes desses programas, é importante ampliar as estratégias de capacitação e desenvolvimento profissional para apoiar a retenção desse profissional à medida em que avança na carreira (Young *et al.*, 2019).

A supervisão de médicos mais experientes e o acesso à educação continuada também influenciaram a escolha pela prática em ambientes rurais (Laurence *et al.*, 2010).

Estudos apontaram que trabalhar em uma localidade com um número relativamente pequeno de médicos em treinamento proporcionaram mais oportunidades para se desenvolver como médico, já que havia menos concorrência por experiência clínica. Ao mesmo tempo que tais médicos eram mais demandados, também recebiam mais apoio e eram incentivados a assumir mais responsabilidades na tomada de decisões clínicas, o que motivava a continuidade nos programas de treinamento (Cleland *et al.*, 2012). Nesse sentido, é fundamental que os programas de residência garantam que cada residente tenha uma experiência substancial na oferta de cuidados continuados aos indivíduos que fazem parte de populações vulneráveis (Gessert *et al.*, 1989).

O treinamento em áreas remotas oferece amplas e seguras oportunidades de aprendizado para os médicos em treinamento. Em termos do modelo de aprendizado nessas localidades, a criação de uma carga de trabalho flexível e equilibrada para médicos em treinamento e

supervisores, a fim de permitir tempo para o ensino, deve ser fomentada (Young *et al.*, 2019). Esses achados coadunam com um estudo realizado na China, que apontou que ter oportunidades suficientes para educação médica continuada esteve significativamente associado à menor rotatividade de profissionais (Liu; Mao 2020).

Fatores facilitadores para a formação de médicos rurais generalistas envolveram a disponibilidade de especialistas para supervisionar os médicos em treinamento e recursos suficientes para financiar a supervisão. No entanto, estudos apontaram que a rotatividade de médicos limitou as atividades de supervisão (O’Sullivan *et al.*, 2022). Nesse contexto, estudo que simulou a ampliação do financiamento de programas de treinamento de médicos indicou que, ao se duplicar os recursos para esses programas, haveria uma redução no tempo necessário para eliminar áreas de carência de profissionais de saúde nos Estados Unidos (Politzer *et al.*, 1999).

No Japão, médicos residentes apontaram que outros importantes determinantes da escolha pela prática em ambientes rurais foram a exposição à prática rural durante a graduação, a rotação em múltiplas especialidades durante a pós-graduação e o treinamento especializado em medicina de família. O mesmo não ocorreu para outras especialidades, como pediatria ou clínica médica (Matsumoto *et al.*, 2005).

O tempo de treinamento em áreas rurais também se associou com a fixação de profissionais nessas localidades. Estudo realizado na Austrália apontou que o incremento na duração do treinamento de médicos em áreas rurais com duração de mais de um ano, associado à origem rural, aumentou em 17,4 vezes a possibilidade de trabalhar em uma região rural (McGrail; O’Sullivan 2021).

**QUADRO 3** Síntese de evidências sobre os fatores associados à fixação dos médicos em serviços de APS em áreas desassistidas e rurais e/ou remotas

Fatores associados	Descrição	Sumário dos achados
<p><b>Perfil sociodemográfico, preferências pessoais e características contextuais das áreas de atuação dos médicos</b></p>	<p><i>Características dos médicos:</i> raça/etnia; gênero; vínculo com a região (naturalidade; tempo de residência; local do curso médico; origem do companheiro) <i>Características contextuais:</i> existência de creches e/ou escolas para os filhos, oportunidade de trabalho para cônjuges e ambiente de lazer</p>	<p><b>Facilitadores:</b> Ser do sexo masculino (Rourke <i>et al.</i>, 2005; Chen <i>et al.</i>, 2010; Nelson; Gruca 2017; Eley <i>et al.</i>, 2017; Boonluksiri <i>et al.</i>, 2018; Putri <i>et al.</i>, 2021); Médicas foram mais propensas a indicar que permaneceriam na prática rural nos próximos dez anos (Stenger <i>et al.</i>, 2008); Ser solteiro, ser funcionário público, já ter trabalhado em zona rural ou remota antes do cargo atual (Putri <i>et al.</i>, 2021); Vínculo ou laços pessoais com a comunidade ou proximidade com os locais onde os programas de provimento são implementados (Cordes 1978; Bowman; Penrod, 1998; Easterbrook <i>et al.</i>, 1999; Brooks <i>et al.</i>, 2003; Rourke <i>et al.</i>, 2005; Okayama <i>et al.</i>, 2005; Beck <i>et al.</i>, 2008; Mathews <i>et al.</i>, 2008; Bustinza <i>et al.</i>, 2009; Wendling <i>et al.</i>, 2016; Eley <i>et al.</i>, 2017; Mowat <i>et al.</i>, 2017; Boonluksiri <i>et al.</i>, 2018; McGrail; O'sullivan 2020; Flores <i>et al.</i>, 2021, Putri <i>et al.</i>, 2021; McGrail <i>et al.</i>, 2023); Origem na mesma província ou estado (Landry <i>et al.</i>, 2011) ou já ter residência na província onde trabalha (Mowat <i>et al.</i>, 2017); Ter vivido o período da infância em áreas rurais (Cordes 1978; Matsumoto <i>et al.</i>, 2005; Rourke <i>et al.</i>, 2005; Mathews, Rourke <i>et al.</i>, 2008; Wendling <i>et al.</i>, 2016; Eley <i>et al.</i>, 2017; Flores <i>et al.</i>, 2021; Putri <i>et al.</i>, 2021; McGrail <i>et al.</i>, 2023); Ter companheiros com origem rural (Eley <i>et al.</i>, 2017); Ter vivido em área rural durante a graduação (Brooks <i>et al.</i>, 2003); Oportunidades de trabalho local para o(a) parceiro(a) do(a) médico(a) (Laurence <i>et al.</i>, 2010, Leonardia <i>et al.</i>, 2012), se o(a) médico(a) tinha companheiro(a) médico(a) que trabalhava na mesma região (Cleland <i>et al.</i>, 2012); Oportunidade de educação para os demais familiares, como cônjuge e filhos (Laurence <i>et al.</i>, 2010); Áreas com atrações como praias ou florestas e contexto cultural local (Laurence <i>et al.</i>, 2010); Busca de equilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho (Young <i>et al.</i>, 2019); Oportunidade de lazer para os demais familiares (Laurence <i>et al.</i>, 2010); Localidades menores e mais amigáveis eram mais atrativas (Cleland <i>et al.</i>, 2012).</p> <p><b>Obstáculos:</b> Rupturas na vida pessoal pela distância da residência familiar e pela necessidade de migração com filhos em idade escolar e isolamento social em ambientes remotos (Cleland <i>et al.</i>, 2012).</p>

Fatores associados	Descrição	Sumário dos achados
<b>Equipe de saúde e estrutura dos serviços de saúde</b>	Composição e relação do médico com os demais membros da equipe; características das unidades de saúde; existência de hospitais próximos; apoio de outros médicos	<p><b>Facilitadores:</b> Relacionamento com colegas, um ambiente de trabalho agradável e o suporte da equipe de enfermagem (Laurence <i>et al.</i>, 2010); Presença de outro médico na equipe (Gessert <i>et al.</i>, 1989); Infraestrutura e equipamentos médicos adequados (Flores <i>et al.</i>, 2021); Disponibilidade de medicamentos essenciais (Leonardia <i>et al.</i>, 2012); Existência de outros estabelecimentos de saúde (Laurence <i>et al.</i>, 2010).</p> <p><b>Obstáculos:</b> Ausência de outro médico experiente por perto (Thapa <i>et al.</i>, 2014; Stenger; Cashman; Savageau, 2008).</p>
<b>Condições de trabalho e incentivos</b>	Carga horária, organização do trabalho e tipo de contratação/vínculo	<p><b>Facilitadores:</b> Suporte da gestão dos serviços de saúde e percepção de que os gestores desempenhavam suas funções com competência (Leonardia <i>et al.</i>, 2012); Valor do salário (Leonardia <i>et al.</i>, 2012; Thapa <i>et al.</i>, 2014), embora não tenha sido considerado como o principal fator na decisão em trabalhar em áreas rurais e remotas (Laurence <i>et al.</i>, 2010); Facilidade para quitar os empréstimos relacionados aos custos da graduação em Medicina (Jackson <i>et al.</i>, 2003); Recebimento de uma bolsa de estudos para treinamento em áreas rurais (Acosta, 2000); Bons arranjos na escala de trabalho (Humphreys <i>et al.</i>, 2002), cargas de trabalho administráveis, permitindo equilíbrio razoável entre trabalho e vida pessoal (Leonardia <i>et al.</i>, 2012), com tempo disponível para estar com a família e os amigos e para a participação em atividades esportivas e de lazer (Young <i>et al.</i>, 2019); Oportunidades de trabalho de longo prazo (Jackson <i>et al.</i>, 2003).</p> <p><b>Obstáculos</b> Dificuldade em lidar com situações variadas, com nenhuma orientação ou médicos mais experientes disponíveis por perto (Thapa <i>et al.</i>, 2014); Altos níveis de responsabilidade clínica favorecem o surgimento de quadros de depressão e ansiedade (Bayley <i>et al.</i>, 2011); Necessidade de longas viagens e custos adicionais desses deslocamentos (Cleland <i>et al.</i>, 2012); Maior jornada semanal de trabalho, com mais interações com unidades de internação ou de emergência em áreas desassistidas rurais (Gessert <i>et al.</i>, 1989).</p>

Fatores associados	Descrição	Sumário dos achados
<b>Componentes educacionais</b>	Residência; cursos de pós-graduação; estágios; ambientes de ensino-aprendizagem; qualificação dos preceptores	<p><b>Facilitadores:</b></p> <p>Existência de programas de residência situados em áreas rurais ou desassistidas (Ramsey <i>et al.</i>, 2001; Rabinowitz <i>et al.</i>, 2005; Rittenhouse <i>et al.</i>, 2008; Cashman <i>et al.</i>, 2009; Chen <i>et al.</i>, 2010; Straume; Shaw 2010; Landry <i>et al.</i>, 2011; Larkins <i>et al.</i>, 2011; Rabinowitz <i>et al.</i>, 2011; Hixon <i>et al.</i>, 2012; Ross, 2013; Thapa <i>et al.</i>, 2014; Brooks <i>et al.</i>, 2003; Pathman <i>et al.</i>, 2016; McGrail <i>et al.</i>, 2023; Schwartz, 2008; Wendling <i>et al.</i>, 2016);</p> <p>Cursos de pós-graduação ou residência que apresentaram uma carga horária específica para atividades ou estágios em zonas rurais (Chen <i>et al.</i>, 2010; Pathman <i>et al.</i>, 2016; Rourke <i>et al.</i>, 2005; McGrail <i>et al.</i>, 2023; Norris; Norris, 1988);</p> <p>A alocação profissional em ambientes rurais e remotos representou oportunidade de praticar as habilidades desenvolvidas durante o seu treinamento (Laurence <i>et al.</i>, 2010);</p> <p>A supervisão de médicos mais experientes e o acesso à educação continuada (Laurence <i>et al.</i>, 2010);</p> <p>Trabalhar em locais com menor número de médicos em treinamento proporcionou mais oportunidades de aprendizado, com incentivo para assumir mais responsabilidades na tomada de decisões clínicas (Cleland <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Garantir que cada residente tenha uma experiência substancial de continuidade de cuidados ao trabalhar com populações vulneráveis (Gessert <i>et al.</i>, 1989);</p> <p>Carga de trabalho flexível e equilibrada para médicos em treinamento e supervisores, a fim de permitir tempo para o ensino (Young <i>et al.</i>, 2019);</p> <p>Ter oportunidades suficientes para educação médica continuada (Liu; Mao 2020);</p> <p>A educação rural durante a graduação também foi apresentada como fator para a prática de medicina rural (Brooks <i>et al.</i>, 2003), assim como a rotação em múltiplas especialidades durante a pós-graduação e o treinamento especializado em medicina de família (Matsumoto <i>et al.</i>, 2005);</p> <p>Duração do treinamento em áreas rurais (McGrail; O'Sullivan 2021);</p> <p>Importante ampliar as estratégias de capacitação e desenvolvimento profissional para apoiar a retenção desse profissional à medida em que avança na carreira (Young <i>et al.</i>, 2019);</p> <p>Financiamento de programas de treinamento de médicos (Politzer <i>et al.</i>, 1999).</p> <p><b>Obstáculos:</b></p> <p>A rotatividade de médicos limitou as atividades de supervisão (O'Sullivan <i>et al.</i>, 2022);</p> <p>Apenas um estudo não encontrou associação entre a existência de prática médica na zona rural durante a residência médica e a fixação de médicos nessas comunidades (Easterbrook <i>et al.</i>, 1999).</p>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

## Discussão

Os resultados desta revisão apontaram a concentração de estudos nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, responsáveis por quase 80% das publicações, evidenciando que as iniciativas para o enfrentamento da escassez de médicos e para garantir sua fixação em áreas rurais e remotas têm sido mais investigadas nos contextos desses países, sendo incipientes nos demais, especialmente naqueles de baixa e média rendas.

Os principais atributos individuais e contextuais que influenciaram a escolha dos médicos pelo trabalho em áreas rurais e remotas incluíam ser do sexo masculino; ter experiência anterior em zonas rurais ou remotas; dispor de laços comunitários, como viver parte da infância em áreas rurais; proximidade da família na área de atuação; e existência de oportunidades de trabalho para o(a) parceiro(a). Entre os fatores que poderiam levar à relutância das médicas em escolher atuar em áreas rurais, foram destacados longas horas de trabalho, poucas oportunidades de emprego para o(a) parceiro(a) e poucas ofertas educacionais de qualidade para os filhos (Mu, 2015).

O conhecimento dos fatores associados à fixação de médicos em áreas rurais e remotas apontaram para a importância de que programas de provimento médico valorizem os fatores facilitadores nos seus critérios de seleção, como o vínculo com a comunidade, assim como incluam estratégias que possam mitigar os efeitos negativos de alguns fatores observados.

Em 2023, no Brasil, foram efetivadas mudanças na reedição do PMM, no eixo de provimento associado à formação, denominado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que são coerentes com os achados desta revisão, quanto à criação de diversos incentivos financeiros. A Lei Federal nº 14.621/2023 estabeleceu indenização financeira para médicos participantes que permanecerem 48 meses ininterruptos em áreas de difícil fixação de 10% do valor total das bolsas recebidas no período e de 20% se as áreas forem classificadas como vulneráveis pelo governo federal; além de indenização para redução da dívida com o crédito estudantil utilizado para custear a graduação, o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), de até 80% do valor financiado. Foi estabelecida, também, para a médica em gozo de licença-maternidade, a complementação do valor do benefício concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) correspondente à diferença entre a bolsa e o benefício previdenciário recebido, durante o período de seis meses;

e concessão de licença-paternidade de 20 dias consecutivos ao médico participante, pelo nascimento ou pela adoção de filho (Brasil, 2023).

Como forma de valorizar o vínculo dos médicos com a comunidade, os editais de seleção dos médicos para participação no PMMB incluíram como critérios de desempate candidatos que tenha escolhido município de atuação da mesma Unidade Federativa (UF) de seu local de residência ou de seu nascimento.

Quanto às residências médicas, foi criado incentivo, sob a forma de indenização financeira, para residentes concluintes aprovados como especialistas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que foram contemplados com o financiamento estudantil na graduação – nesse caso, poderão ter o perdão integral da dívida estudantil.

Os achados desta revisão indicaram a importância de políticas de interiorização dos cursos de Medicina e das residências médicas para a fixação de profissionais; assim como dos modelos pedagógicos das ações educacionais relacionadas aos programas de provimento, que atuariam como facilitadores na fixação de médicos em áreas desassistidas.

No Brasil, a partir de 2013, com a criação do PMM (Brasil, 2013), houve expansão importante das vagas de graduação com a criação de novos cursos públicos e privados, com o predomínio de vagas privadas em grandes municípios (Scheffer, 2025). Entretanto, os efeitos das estratégias de interiorização do ensino superior, em especial das graduações em Medicina, sobre o provimento e a fixação de médicos em áreas rurais e remotas ainda devem ser investigados.

Outro importante elemento apontado nos estudos como determinante da fixação é a relação do médico com a equipe de saúde e com a estrutura dos serviços. Nesse cenário, é importante destacar que a escassez de médicos na APS é acompanhada por uma escassez ainda maior de especialistas e de estabelecimentos de saúde de maior complexidade, como hospitais. Isso implica a necessidade de incorporar, nas estratégias de provimento, as ações de apoio matricial, uma segunda opinião formativa e a telessaúde, com o intuito de qualificar a atenção e ampliar a resolutividade da assistência do médico de APS.

Concluindo, a concentração dos estudos em países de alta renda e a fragilidade metodológica da maioria dos estudos analisados reforçam a importância de pesquisas mais robustas, especialmente de estudos avaliativos de impacto das ações educacionais na mudança das práticas assistenciais dos médicos, na ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de APS e, sobretudo, na melhoria das condições de saúde da população.

## Referências

- ACOSTA, D. A. Impact of rural training on physician workforce: the role of postresidency education. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 16, n. 3, p. 254-261, 2000.
- ALLEN, S. M. *et al.* Challenges and opportunities in building a sustainable rural primary care workforce in alignment with the Affordable Care Act: the WWAMI program as a case study. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 88, n. 12, p. 1862-1869, 2013.
- BACON, T. J.; BADEN, D. J.; COCCODRILLI, L. D. The national Area Health Education Center program and primary care residency training. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 16, n. 3, p. 288-294, 2000.
- BADE, E.; BAUMGARDNER, D.; BRILL, J. The central city site: an urban underserved family medicine training track. *Family Medicine*, Lenexa, v. 41, n. 1, p. 34-38, 2009.
- BAYLEY, S. A. *et al.* Effects of compulsory rural vocational training for Australian general practitioners: a qualitative study. *Australian Health Review*, Clayton, v. 35, p. 81-85, 2011.
- BECK, E. *et al.* Addressing the health needs of the underserved: a national faculty development program. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 83, n. 11, p. 1094-1102, 2008.
- BOONLUKSIRI, P. *et al.* Community-based learning enhances doctor retention. *Education for Health*, Maastricht, v. 31, n. 2, p. 114-118, 2018.
- BOWMAN, R. C.; PENROD, J. D. Family practice residency programs and the graduation of rural family physicians. *Family Medicine*, Lenexa, v. 30, n. 4, p. 288-292, 1998.
- BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023.

- BROOKS, R. G.; MARDON, R.; CLAWSON, A. The rural physician workforce in Florida: a survey of US and foreign-born primary care physicians. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 19, n. 4, p. 484-491, 2003.
- BUSTINZA, R.; GAGNON, S.; BURIGUSA, G. The decentralized training program and the retention of general practitioners in Quebec's Lower St. Lawrence Region. *Canadian Family Physician*, Mississauga, v. 55, n. 9, p. 29-34, 2009.
- BRYDEN, B. *et al.* Family medicine training in Lesotho: a strategy of decentralized training for rural physician workforce development. *Frontiers in Medicine*, Lausanne, v. 7, p. 1-4, 2020.
- CASHMAN, S. B. *et al.* Community dimensions and HPSA practice location: 30 years of family medicine training. *Family Medicine*, Lenexa, v. 41, n. 4, p. 255-261, 2009.
- CHEN, F. *et al.* Which medical schools produce rural physicians? A 15-year update. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 85, n. 4, p. 594-598, 2010.
- CLELAND, J. *et al.* Attracting healthcare professionals to remote and rural medicine: learning from doctors in training in the north of Scotland. *Medical Teacher*, Abingdon, v. 34, n. 7, p. 476-482, 2012.
- CORDES, S. M. Factors influencing the location of rural general practitioners: a study in Washington state. *Western Journal of Medicine*, San Francisco, v. 128, n. 1, p. 75-80, 1978.
- CULLEN, T. *et al.* The National Health Service Corps: rural physician service and retention. *Journal of the American Board of Family Practice*, Lexington, v. 10, n. 4, p. 467-474, 1997.
- DAVIDSON, R. C.; FOX, J. E. Public policy review: a ten-year progress report on a family practice residency network in northern California. *Western Journal of Medicine*, San Francisco, v. 140, n. 4, p. 645-649, 1984.
- DROZNIN, M. E.; FASHNER, J. Primary care physician supply and population health outcomes in Florida, 2010-2019. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, Nashville, v. 4, n. 5, p. 359-367, 2023.
- EASTERBROOK, M. *et al.* Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 160, n. 8, p. 1159-1163, 1999.
- EDWARDS, J. B. *et al.* Practice locations of graduates of family physician residency and nurse practitioner programs: considerations within the context of institutional culture and curricular innovation through Titles VII and VIII. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.
- ELEY, D. S. *et al.* Rethinking registrar attributes for Australian rural general practice training. *Australian Journal of Rural Health*, Collingwood, v. 25, n. 4, p. 227-234, 2017.

- ELMA, A. *et al.* Medical education interventions influencing physician distribution into underserved communities: a scoping review. *Human Resources for Health*, London, v. 20, n. 1, 2022. Não paginado.
- ESU, E. B. *et al.* Interventions for improving attraction and retention of health workers in rural and underserved areas: a systematic review of systematic reviews. *Journal of Public Health*, Oxford, v. 43, n. 1, p. 54-66, 2021.
- FLORES, E. L. L. *et al.* Factors affecting retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program from 2012 to 2019: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, London, v. 21, n. 1, 2021. Não paginado.
- GESSERT, C. *et al.* Family physicians for underserved areas: the role of residency training. *Western Journal of Medicine*, San Francisco, v. 150, n. 2, p. 226-230, 1989.
- GORSCHER, R. G.; WOLOSCHUK, W. Rural physicians' skills enrichment program: a cohort control study of retention in Alberta. *Australian Journal of Rural Health*, Collingwood, v. 20, n. 5, p. 254-258, 2012.
- HIXON, A. L.; BUENCONSEJO-LUM, L. E.; RACSA, C. P. GIS residency footprinting: analyzing the impact of family medicine graduate medical education in Hawaii. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, Honolulu, v. 71, n. 4, p. 31-39, 2012.
- HUMPHREYS, J. S. *et al.* Workforce retention in rural and remote Australia: determining the factors that influence length of practice. *Medical Journal of Australia*, Sydney, v. 176, n. 10, p. 472-476, 2002.
- JACKSON, J. *et al.* A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 19, p. 329-339, 2003.
- KANTROWITZ, M. P.; VOGEL, I. W.; WIESE, W. H. University of New Mexico's approach to continuing medical education for National Health Service Corps professionals assigned to rural areas. *Public Health Reports*, Washington, D. C., v. 94, n. 3, p. 281-284, 1979.
- KRIST, A. H. *et al.* Title VII Funding and Physician Practice in Rural or Low-Income Areas. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 21, n. 1, p. 3-11, 2005.
- LANDRY, M. *et al.* Improving the recruitment and retention of doctors by training medical students locally. *Medical Education*, Hoboken, v. 45, n. 11, p. 1121-1129, 2011.
- LARKINS, S. *et al.* Addressing inequities in access to primary health care: Lessons for the training of health care professionals from a regional medical school. *Australian Journal of Primary Health*, Clayton, v. 17, n. 4, p. 362-368, 2011.
- LAURENCE, C. O. *et al.* "Latte rural": the tangible and intangible factors important in the choice of a rural practice by recent GP graduates. *Rural Remote Health*, Townsville, v. 10, n. 2, 2010. Não paginado.
- LEONARDIA, J. A. *et al.* Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. *BMC Health Services Research*, London, v. 12, n. 1, 2012. Não paginado.

- LIU, J.; MAO, Y. Continuing medical education and work commitment among rural healthcare workers: a cross-sectional study in 11 western provinces in China. *BMJ Publishing Group*, London, v. 10, n. 8, 2020. Não paginado.
- MAUDLIN, R. K.; NEWKIRK, G. R. Family Medicine Spokane Rural Training Track: 24 years of rural-based graduate medical education. *Family Medicine*, Lenexa, v. 42, n. 10, p. 723-728, 2010.
- MATHEWS, M.; ROURKE, J. T.; PARK, A. The contribution of Memorial University's medical school to rural physician supply. *Canadian Journal of Rural Medicine*, Winnipeg, v. 13, n. 1, p. 15-21, 2008.
- MATSUMOTO, M. *et al.* Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: A survey of 3072 doctors in Japan. *Australian Journal of Rural Health*, Collingwood, v. 13, n. 4, p. 219-225, 2005.
- MCGRAIL, M. R.; O'SULLIVAN, B. G. Faculties to support general practitioners working rurally at broader scope: A national cross-sectional study of their value. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 17, n. 13, p. 1-15, 2020.
- MCGRAIL, M. R.; O'SULLIVAN, B. G. Increasing doctors working in specific rural regions through selection from and training in the same region: national evidence from Australia. *Human Resources for Health*, London, v. 19, n. 1, 2021. Não paginado.
- MORRIS, C. G. *et al.* Training family physicians in community health centers: a health workforce solution. *Family Medicine*, Lenexa, v. 40, n. 4, p. 271-276, 2008.
- MOWAT, S.; RESLEROVA, M.; SISLER, J. Retention in a 10-year cohort of internationally trained family physicians licensed in Manitoba. *Canadian Journal of Rural Medicine*, Winnipeg, v. 22, n. 1, p. 13-19, 2017.
- MYHRE, D.; HOHMAN, S. Going the distance: early results of a distributed medical education initiative for Royal College residencies in Canada. *Rural and Remote Health*, Townsville, v. 12, 2012. Não paginado.
- NELSON, G. C.; GRUCA, T. S. Determinants of the 5-year retention and rural location of family physicians: Results from the Iowa family medicine training network. *Family Medicine*, Lenexa, v. 49, n. 6, p. 473-476, 2017.
- NIKOLOSKI, Z. *et al.* The impact of primary health care and specialist physician supply on amenable mortality in Mexico (2000-2015): panel data analysis using system-generalized method of moments. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 278, 2021. Não paginado.
- NORRIS, T.; NORRIS, S. The effect of a rural preceptorship during residency on practice site selection and interest in rural practice. *Journal of Family Practice*, Wellesley, v. 27, 1988. Não paginado.
- O'CARROLL, A.; O'REILLY, F. Medicine on the margins. An innovative GP training programme prepares GPs for work with underserved communities. *Education for Primary Care*, Abingdon, v. 30, n. 6, p. 375-380, 2019.

- O'SULLIVAN, B. G. *et al.* Developing supervision capacity for training rural generalist doctors in small towns in Victoria. *Rural and Remote Health*, Townsville, v. 22, n. 1, 2022. Não paginado.
- ÖZÇELİK, E. A. *et al.* Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions. *SSM Population Health*, Amsterdam, v. 12, 2020. Não paginado.
- PACHECO, M. *et al.* The Impact on Rural New Mexico of a Family Medicine Residency. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 80, n. 8, p. 739-744, 2005.
- PATHMAN, D. E.; KONRAD, T. R.; RICKETTS III, T. C. Medical education and the retention of rural physicians. *Health Services Research*, London, v. 29, n. 1, 1994. Não paginado.
- PATHMAN, D. E.; KONRAD, T. R.; RICKETTS III, T. C. Preparing and retaining rural physicians through medical education. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 74, n. 7, p. 810-820, 1999.
- PETERS, M. D. J. *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, Adelaide, v. 18, n. 10, p. 2119-2126, 2020.
- PINTO JUNIOR, E. P.; AMORIM, L. D. A. F.; AQUINO, R. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D. C., v. 44, 2020. Não paginado.
- POLITZER, R. M. *et al.* Eliminating primary care health professional shortage areas: the impact of Title VII generalist physician education. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 15, n. 1, p. 11-20, 1999.
- PUTRI, L. P. *et al.* Factors Associated with working in remote Indonesia: a national cross-sectional study of early-career doctors. *Frontiers in Medicine*, Lausanne, v. 8, 2021. Não paginado.
- RABINOWITZ, H. K. *et al.* Increasing the supply of rural family physicians: Recent outcomes from Jefferson medical college's physician shortage area program (PSAP). *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 86, n. 2, p. 264-269, 2011.
- RABINOWITZ, H. K. *et al.* Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 80, n. 8, p. 728-732, 2005.
- RABINOWITZ, H. K. *et al.* Retention of Rural Family Physicians After 20–25 Years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Lexington, v. 26, p. 24-27, 2013.
- RABINOWITZ, H. K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 328, n. 13, p. 934-939, 1993.

- RAMSEY, P. G. *et al.* From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 76, n. 8, p. 765-775, 2001.
- REEVE, C. *et al.* The impact of socially-accountable health professional education: a systematic review of the literature. *Medical Teacher*, Abingdon, v. 39, n. 1, p. 67-73, 2016.
- RITTENHOUSE, D. R. *et al.* Impact of Title VII training programs on community health center staffing and national health service corps participation. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 6, n. 5, p. 397-405, 2008.
- ROCHA, E. M. S. *et al.* Educational Predictors for the Retention of Physicians in Remote and Unassisted Areas: a narrative review. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.
- ROSS, R. Fifteen-year outcomes of a rural residency: aligning policy with national needs. *Family Medicine*, Lenexa, v. 45, n. 2, p. 122-127, 2013.
- ROURKE, J. *et al.* From pipelines to pathways: the Memorial experience in educating doctors for rural generalist practice. *Rural and Remote Health*, Townsville, v. 18, 2018. Não paginado.
- ROURKE, J. T. *et al.* Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, Winnipeg, v. 10, n. 4, p. 231-238, 2005.
- SANTOS, J. R. R. dos *et al.* Assessing the impact of a doctor in remote areas of Brazil. *International Journal of Public Health*, Basel, v. 65, n. 3, p. 267-272, 2020.
- SCHAEFER, S. L. *et al.* Higher Rates of emergency surgery, serious complications, and readmissions in primary care shortage areas, 2015-19. *Health Affairs*, Washington, D. C., v. 43, n. 3, p. 363-371, 2024.
- SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia médica no Brasil 2025*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira; São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2025.
- SCHWARTZ, M. R. The physician pipeline to rural and underserved areas in Pennsylvania. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 24, n. 4, p. 384-389, 2008.
- SHAN, L. *et al.* Uneven primary healthcare supply of rural doctors and medical equipment in remote China: community impact and the moderating effect of policy intervention. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 23, p. 97, 2024. Não paginado.
- SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.
- STENGER, J.; CASHMAN, S. B.; SAVAGEAU, J. A. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. *Journal of Rural Health*, Hoboken, v. 24, n. 4, p. 375-383, 2008.

STRAUME, K.; SHAW, D. M. P. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneve, v. 88, n. 5, p. 390-394, 2010.

TECHAKEHAKIJ, W.; ARORA, R. From one-district-one-doctor to the inclusive track: Lessons learned from a 12-year special recruitment program for medical education in Thailand. *Education for Health*, Maastricht, v. 32, n. 3, p. 120-129, 2019.

THAPA, K. R.; SHRESTHA, B. K.; BHATTARAI, M. D. Study of working experience in remote rural areas after medical graduation. *Kathmandu University Medical Journal*, Dhulikhel, v. 12, n. 46, p. 121-125, 2014.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VERMA, P. *et al.* A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research*, London, v. 16, 2016. Não paginado.

WENDLING, A. L. *et al.* Thirty Years Training Rural Physicians: outcomes from the Michigan State University College of Human Medicine Rural Physician Program. *Academic Medicine*, Washington, D. C., v. 91, n. 1, p. 113-119, 2016.

WIEDERMANN, C. J. Revitalizing General Practice: The critical role of medical schools in addressing the primary care physician shortage. *Healthcare*, [s. l.], v. 11, n. 13, 2023. Não paginado.

WOOLLEY, T.; HOGENBIRK, J. C.; STRASSER, R. Retaining graduates of non-metropolitan medical schools for practice in the local area: the importance of locally based postgraduate training pathways in Australia and Canada. *Rural and Remote Health*, Townsville, v. 20, 2020. Não paginado.

YOUNG, L. *et al.* A comparative evaluation of quality and depth of learning by trainee doctors in regional, rural, and remote locations. *BMC Medical Education*, London, v. 23, 2023. Não paginado.

YOUNG, L. *et al.* Building general practice training capacity in rural and remote Australia with underserved primary care services: a qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, London, v. 19, n. 1, 2019. Não paginado.

ZHOU, M. *et al.* Association of primary care physician supply with maternal and child health in China: a national panel dataset, 2012-2017. *BMC Public Health*, London, v. 20, n. 1, 2020. Não paginado.



# PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

## Perfil dos profissionais e características dos estabelecimentos de saúde

Elzo Pereira Pinto Junior  
Rhaine Borges Santos Pedreira  
Marina Luna Pamponet  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Nília Maria de Brito Lima Prado  
Rosana Aquino

### Apresentação

A escassez de médicos nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio para a saúde global, afetando países com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico. Dessa forma, estratégias de provimento e fixação são fundamentais para garantir o provimento desses profissionais e, com isso, garantir ações de cuidado qualificadas e resolutivas (Figueiredo *et al.*, 2023).

No Brasil, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) (Brasil, 2013), principal política para enfrentar a escassez de médicos em serviços de APS, tendo como um dos eixos o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que associava estratégias de provimento à formação profissional. Em seus primeiros anos de implantação, o PMMB atendeu aos seus objetivos ao ampliar a oferta de profissionais médicos nas equipes de APS em todo território nacional, com melhoria mais robusta no provimento em áreas mais vulneráveis (Pinto Junior; Amorim; Aquino, 2020). Além disso, evidências ainda apontam os efeitos do programa na ampliação da cobertura da APS, na integralidade do cuidado e da humanização da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, e na redução do número e dos custos das internações por condições sensíveis à APS (Oliveira *et al.*, 2024).

Apesar dos seus resultados positivos, o PMMB perdeu força com o *impeachment* de Dilma Rousseff e teve seu momento de maior fragilidade após a eleição do ex-presidente Jair Bolsonaro. Uma série de declarações de Bolsonaro sobre o trabalho dos médicos cubanos e o sistema político de Cuba motivou o rompimento da cooperação técnica desse país com o Brasil, que culminou com a saída abrupta de milhares desses profissionais, gerando prejuízos na assistência à saúde de milhões de brasileiros (Nunes; Chaoubah, 2021).

Mesmo sem um encerramento formal, o PMMB deixou de ser prioridade na agenda política brasileira, especialmente após o lançamento do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), em 2019. Análises apontam o PMpB como uma política mais frágil do que seu antecessor, com foco no aspecto de provimento, sem apresentar estratégias consistentes para fixação (Melo Neto; Barreto, 2019). Embora tenha sido lançado em 2019, os primeiros convocados para o PMpB iniciaram suas atividades apenas em 2022, com só 4.855 médicos em atuação no final do referido ano (Santos *et al.*, 2023).

O governo Lula III, iniciado em 2023, retomou a proposta do PMMB com alterações, mediante a publicação da Lei nº 14.621, que criou a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do PMM (Brasil, 2023), num desenho próximo ao seu formato original, tendo como eixos principais o provimento de médicos na APS e a formação desses profissionais, com modalidades como especialização e mestrado profissional (Cury; Fonseca, 2023).

Este capítulo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico dos médicos ativos no PMMB em março de 2024, os ciclos de contratação e o período de ingressos dos médicos, bem com as características dos estabelecimentos onde estão alocados.

## Método

Para construção deste capítulo, os autores conduziram um estudo epidemiológico, do tipo transversal. A população de estudo foi constituída por 19.859 médicos em atividade no PMMB, em março de 2024, a partir de dados fornecidos pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde. Os médicos participantes foram selecionados do 15º ao 36º ciclo do PMMB, em editais publicados no período de 2017 a 2023.

Os dados do perfil dos médicos em atividade no PMMB, em março de 2024, incluindo o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de atuação do médico, foram provenientes do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) do Ministério da Saúde, utilizado para monitoramento do programa e adesão dos gestores municipais e profissionais médicos aos programas de provisão de médicos.

Foram utilizados ainda dados de domínio público, mediante acesso ao CNES. O CNES representa uma fonte de dados relevante para uma série de estudos sobre a estrutura do sistema de saúde, incluindo informações sobre profissionais, caracterização dos estabelecimentos de saúde e serviços ofertados, disponibilidade de equipamentos, entre outros. Cada estabelecimento recebe um número de cadastro após a sua criação, que funciona como elemento identificador em diferentes conjuntos de dados (Rocha *et al.*, 2018).

Diversos estudos sobre a força de trabalho em saúde no Brasil têm utilizado o CNES como fonte de informação, incluindo pesquisas sobre o dimensionamento da força de trabalho de médicos, especialmente após a criação do PMM em 2013 (Girardi *et al.*, 2016; Pinto Junior; Amorim; Aquino, 2020). No entanto, é importante mencionar que, apesar das suas potencialidades, o manejo das informações do CNES também apresenta grandes desafios, já que são evidentes os problemas relacionados à clareza metodológica e à disponibilidade de informações e metadados de uma série de variáveis disponíveis (Coelho *et al.*, 2024).

Apesar dos desafios no seu uso, optou-se por utilizar o CNES com o intuito de enriquecer a base de dados de médicos originalmente cedida pela SAPS. Para isso, foi necessário vincular uma série de bases de dados diferentes em *linkages* determinísticos, sendo o código do estabelecimento de saúde a variável utilizada nesse processo. As informações do CNES estavam disponíveis sob o formato de microdados no repositório de dados do *site* do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Na primeira etapa, a vinculação foi feita com os microdados do arquivo “tbestabelecimento202403.csv”, e foi possível recuperar informações dos estabelecimentos onde 18.862 médicos atuavam, permitindo acrescentar novas informações do CNES para 95% dos médicos ativos. Nos 997 registros não linkados, não havia identificação do código do estabelecimento de saúde. Procedimentos e resultados semelhantes foram realizados para adicionar informações sobre instalações físicas dos referidos estabelecimentos

de saúde. No entanto, nessas análises, além dos 997 não linkados na etapa anterior, em outros dois registros também não havia dados que permitiam a vinculação das bases de dados.

Para a análise dos dados, foram utilizados elementos da estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, e os resultados foram apresentados para o âmbito nacional e segundo Unidades Federativas (UFs) sob o formato de tabelas e mapa. Para o processamento e a análise dos dados, foi utilizado o *software* Stata®, versão 17.0.

### Ciclos de contratação e período de ingresso dos médicos

Em março de 2024, o PMMB contava com médicos que ingressaram no programa por meio de editais publicados entre os anos de 2017 e 2023. Oito editais foram publicados no período de 2017 a 2022 – 15º ao 18º, 20º, 23º e 24º, e 26º ciclos – e oito em 2023 – 28º ao 34º e 36º ciclos –, dos quais quatro foram específicos para as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (eMSI) – 26º e 32º ciclos –, Equipes de Consultório na Rua (eCR) – 33º ciclo – e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) – 34º ciclo. Dos editais publicados em 2023, três foram para recontração de médicos, constituindo os ciclos 29º – recontração de médicos dos ciclos 13º e 19º –, 30º – recontração de médicos dos ciclos 14º e 18º – e 36º – recontração de médicos dos ciclos 15º, 26º e 27º –, além de uma medida judicial correspondente ao 35º ciclo – reintegração de médicos do 20º ciclo (Tabela 1). Do total dos médicos ativos, 12.951 (65,2%) médicos ingressaram no PMMB em 2023 e 6.908 (34,8%), em anos anteriores, incluindo 3.624 médicos que ingressaram por meio de editais publicados no período de 2017 e 2022, e 3.284 que foram recontraçados em 2023 (Tabela 1).

Com relação ao tipo de equipe da qual os médicos do PMMB ativos em março de 2024 faziam parte, observa-se que 97,4% atuavam em Equipes de Saúde da Família (eSF), 2,2%, em eMSI, enquanto 0,4% estava distribuído entre eCR e eAPP (Tabela 2).

Entre os 19.336 médicos alocados em eSF, a maior parte havia ingressado no 31º (39,2%) e 28º (27,2%) ciclos. Já para os médicos que atuavam em eCR e eAPP, notou-se que o ingresso dos profissionais se deu, em sua totalidade, no 33º e 34º ciclos, respectivamente, que correspondiam a editais específicos para atuação com os referidos grupos. Por fim, chama atenção nesse contexto que, entre os 441 médicos atuantes em eMSI, a maioria deles ingressou nos ciclos 35 (39,5%) e 36 (26,3%), que

correspondem a editais de demanda judicial e recontração, embora os ciclos 26 e 32 tenham sido voltados especificamente para esse grupo (Tabela 2).

**TABELA 1** Número de médicos ativos em março de 2024, segundo ciclo e edital para chamamento público de médicos do PMMB

Edital de chamamento público	Ciclo	Médicos	
		Nº	%
Edital nº 12, de 28 de novembro de 2017	15	24	0,12
Edital nº 18, de 19 de novembro de 2018	16	1.104	5,56
Edital nº 22, de 7 de dezembro de 2018	17	868	4,37
Edital nº 11, de 10 de maio de 2019	18	2	0,01
Edital nº 9, de 26 de março de 2020 – Recontração	20	122	0,61
Edital nº 4 de, 8 de março de 2021	23	981	4,94
Edital nº 8, de 24 de setembro de 2021	24	523	2,63
Edital nº 12, de 25 de julho de 2022 – Saúde indígena	26	3	0,02
Edital nº 5, de 19 de maio de 2023	28	5.264	26,51
Edital nº 7, de 26 de maio de 2023 – Recontração	29	507	2,55
Edital nº 10, de 30 de maio de 2023 – Recontração	30	1.515	7,63
Edital nº 13, de 11 de julho de 2023 – Municípios	31	7.572	38,13
Edital nº 14, de 12 de julho de 2023 – Saúde indígena	32	30	0,15
Edital nº 16, de 13 de julho de 2023 – Consultório na Rua	33	47	0,24
Edital nº 18, de 13 de julho de 2023 – APS prisional	34	35	0,18
Demanda judicial	35	536	2,7
Edital nº 19, de 12 de dezembro de 2023 – Recontração	36	726	3,66

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde (2024)

**TABELA 2** Número de médicos ativos em março de 2024, segundo ciclo e tipo de equipe do PMMB

Ciclo	Tipo de equipe				Total
	8-eMSI	70-eSF	73-eCR	74-eAPP	
15	1	23	0	0	24
16	5	1.099	0	0	1.104
17	87	781	0	0	868
18	0	2	0	0	2
20	0	122	0	0	122

Ciclo	Tipo de equipe				Total
	8-eMSI	70-eSF	73-eCR	74-eAPP	
23	4	977	0	0	981
24	4	519	0	0	523
26	3	0	0	0	3
28	0	5.264	0	0	5.264
29	0	507	0	0	507
30	17	1.498	0	0	1.515
31	0	7.572	0	0	7.572
32	30	0	0	0	30
33	0	0	47	0	47
34	0	0	0	35	35
35	174	362	0	0	536
36	116	610	0	0	726
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>19.336</b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>19.859</b>

70-eSF: Equipe de Saúde da Família; 8-eMSI: Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; 73-eCR: Equipe de Consultório na Rua; 74-eAPP: Equipe de Atenção Primária Prisional.

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde (2024).

## Perfil dos médicos participantes do PMMB

Entre os 19.859 médicos ativos no PMMB no mês de março de 2024 que foram incluídos neste estudo, 53,9% eram do sexo feminino. No Distrito Federal, o percentual de profissionais mulheres alcançou 66,1%, enquanto no Amapá esse valor foi 42,7%. De modo geral, UFs das regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores percentuais de médicas do que nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 3).

A maioria dos médicos do PMMB ativos em março de 2024 no Brasil tinha entre 30 e 49 anos (69,6%), seguido pelo grupo de 22 a 29 anos (19,5%). Em alguns estados, como Piauí (28,4%), Sergipe (28,2%) e Rio Grande do Norte (26,2%), o percentual de médicos mais jovens ultrapassou os 25% do total de profissionais ativos (Tabela 3).

Em relação ao quesito raça/cor da pele, 64,2% dos médicos do PMMB se autodeclararam brancos ou amarelos e 35,4%, pretos ou pardos. Em UFs da região Sul, como Santa Catarina (78,5%), Paraná (77,2%) e Rio Grande do Sul (76,1%), a proporção de médicos amarelos ou brancos ultrapassou os 75%. Os médicos autodeclarados indígenas representavam 0,4% de todos os profissionais do PMMB no Brasil. No entanto,

esse grupo correspondia a percentuais substancialmente maiores em Roraima (2,7%) (Tabela 4).

Os dados do perfil dos médicos ativos no PMMB também permitiram analisar aspectos como país de nascimento e tipo do registro profissional. Do total de médicos ativos, 84,7% haviam nascido no Brasil e 13,2%, em Cuba. Em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, o percentual de brasileiros ultrapassou 90%, como em Roraima (90,3%), Sergipe (90,4%), Paraíba (90,8%), Acre (90,8%) e Piauí (91,4%). Apesar de um elevado número de médicos ter nascido no Brasil, ao observarmos o tipo de registro profissional, notou-se que 41,9% dos profissionais do PMMB ativos em março de 2024 eram intercambistas. Em muitos estados da região Norte, a quantidade de intercambistas apresentou valores acima da média nacional. No Amazonas, por exemplo, 75,2% dos médicos eram intercambistas. Por outro lado, alguns estados da região Nordeste apresentavam uma pequena proporção de médicos intercambistas, como no Rio Grande do Norte (10,2%) (Tabela 4).

Estudos apontam que é maior a probabilidade de médicos do sexo masculino trabalharem em serviços de APS em áreas rurais e remotas (Boonluksiri *et al.*, 2018; Putri *et al.*, 2021). Neste estudo, não foi possível identificar o perfil dos municípios nos quais os médicos foram alocados, mas observou-se maior percentual de médicos do sexo masculino em estados da região Norte, como Amapá e Amazonas, que apresentam muitos serviços em áreas remotas, como comunidades indígenas e ribeirinhas.

Ressalta-se ainda que parcela significativa desses médicos é autodeclarada como brancos ou amarelos. Estudo realizado com 1.467 médicos do PMMB do estado da Bahia, que atuavam entre 2018 e 2021, também evidenciou maioria de médicos brancos ou amarelos (55,8%) (Garcia *et al.*, 2022). Apesar de os pretos e pardos representarem a minoria dos médicos do PMMB em março de 2024, em muitos estados esse número é maior do que 40%, o que representa um percentual expressivo, especialmente por se tratar de uma profissão que costuma formar médicos brancos e de alta renda (Araújo *et al.*, 2017). Em relação à faixa etária, estudo realizado com médicos do PMMB que atuavam na Paraíba, de 2015 a 2016, encontrou resultados semelhantes aos obtidos no presente estudo, sendo 81,6% desses profissionais com idade entre 30 e 59 anos (Leitão *et al.*, 2020).

Os primeiros anos do PMM foram marcados pelo elevado número de médicos estrangeiros. Na Paraíba, em 2015, cerca de 30,5% dos médicos

desse programa eram cubanos (Araújo *et al.*, 2017), enquanto neste estudo, realizado quase uma década depois, o percentual de médicos nascidos em Cuba que atuavam nessa mesma UF foi de 8,0%. Apesar do maior número de brasileiros atuando no PMM, ressalta-se que mais de 40% eram intercambistas, ou seja, graduados em faculdades no exterior.

**TABELA 3** Perfil sociodemográfico dos participantes do PMMB, segundo UFs (março de 2024)

UF	Nº	% Sexo feminino	Faixa etária			Raça/cor*		
			% 22-29 anos	% 30-49 anos	% 50 anos ou mais	% Branca ou amarela	% Preta ou parda	% Indígena
	339	60,2	12,4	75,8	11,8	60,2	39,2	0,6
	184	48,9	5,4	77,2	17,4	59,2	40,2	0,5
	845	46,0	16,1	73,5	10,4	52,6	45,9	1,4
	263	47,9	14,8	75,3	9,9	51,7	45,6	2,7
	1239	48,9	23,7	68,2	8,1	52,0	47,7	0,3
	171	42,7	19,9	70,2	9,9	53,8	46,2	0,0
	206	54,4	18,5	70,4	11,2	57,8	42,2	0,0
	827	48,7	20,3	67,1	12,6	54,1	45,8	0,1
	303	47,9	28,4	64,4	7,3	51,8	48,2	0,0
	1135	48,3	24,7	65,3	10,0	58,9	41,0	0,1
	363	48,8	26,2	65,8	8,0	65,8	33,6	0,6
	326	57,4	16,6	67,2	16,3	62,6	37,4	0,0
	1217	55,2	22,9	68,0	9,1	61,8	37,9	0,3
	223	53,4	18,4	67,3	14,4	56,1	42,6	1,4
	167	50,9	28,2	65,3	6,6	47,9	52,1	0,0
	1450	55,0	16,1	71,8	12,1	50,4	49,1	0,5
	1797	53,2	20,7	70,1	9,3	66,7	33,2	0,1
	399	58,2	16,0	71,2	12,8	68,4	31,1	0,5
	1160	53,6	18,5	69,4	12,1	68,1	31,5	0,4
	2.856	58,8	17,9	70,0	12,1	74,0	25,8	0,2
	1.245	54,5	21,5	67,4	11,2	77,2	22,5	0,3

UF	Nº	% Sexo feminino	Faixa etária			Raça/cor*		
			% 22-29 anos	% 30-49 anos	% 50 anos ou mais	% Branca ou amarela	% Preta ou parda	% Indígena
	666	59,8	21,5	69,8	8,7	78,5	21,2	0,3
	1.210	56,3	16,9	70,7	12,5	76,1	23,4	0,5
	240	58,8	17,1	68,3	14,6	75,4	24,6	0,0
	293	50,2	14,0	79,2	6,8	64,2	35,5	0,3
	617	56,9	18,5	71,6	9,9	64,3	35,7	0,0
	118	66,1	19,5	62,7	17,8	50,0	50,0	0,0
	19.859	53,9	19,5	69,6	10,9	64,2	35,4	0,4

\*Três médicos não apresentavam informação sobre raça/cor.

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde (2024).

**TABELA 4** País de nascimento e tipo de registro profissional dos médicos ativos no PMMB, segundo UF (março de 2024)

UF	País de nascimento						Registro profissional			
	Brasil		Cuba		Outros		Conselho Federal de Medicina (CRM) Brasil		Intercambista	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	306	90,3	28	8,3	5	1,5	236	69,6	103	30,4
	167	90,8	13	7,1	4	2,2	120	65,2	64	34,8
	725	85,8	98	11,6	22	2,6	210	24,9	635	75,2
	175	66,5	59	22,4	29	11,0	93	35,4	170	64,6
	1.109	89,5	118	9,5	12	1,0	487	39,3	752	60,7
	140	81,9	31	18,1	0	0,0	64	37,4	107	62,6
	177	85,9	28	13,6	1	0,5	141	68,5	65	31,6
	738	89,2	85	10,3	4	0,5	473	57,2	354	42,8
	277	91,4	23	7,6	3	1,0	227	74,9	76	25,1
	966	85,1	154	13,6	15	1,3	936	82,5	199	17,5
	325	89,5	28	7,7	10	2,8	326	89,8	37	10,2
	296	90,8	26	8,0	4	1,2	291	89,3	35	10,7

UF	País de nascimento						Registro profissional			
	Brasil		Cuba		Outros		Conselho Federal de Medicina (CRM) Brasil		Intercambista	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	1.083	89,0	124	10,2	10	0,8	933	76,7	284	23,3
	192	86,1	27	12,1	4	1,8	176	78,9	47	21,1
	151	90,4	14	8,4	2	1,2	126	75,5	41	24,6
	1.281	88,3	158	10,9	11	0,8	1.072	73,9	378	26,1
	1.606	89,4	177	9,9	14	0,8	1.062	59,1	735	40,9
	340	85,2	52	13,0	7	1,8	270	67,7	129	32,3
	1.025	88,4	111	9,6	24	2,1	448	38,6	712	61,4
	2.238	78,4	533	18,7	85	3,0	1.404	49,2	1.452	50,8
	992	79,7	198	15,9	55	4,4	733	58,9	512	41,1
	478	71,8	158	23,7	30	4,5	386	58,0	280	42,0
	906	74,9	266	22,0	38	3,1	483	39,9	727	60,1
	201	83,8	24	10,0	15	6,3	126	52,5	114	47,5
	264	90,1	23	7,9	6	2,1	151	51,5	142	48,5
	559	90,6	50	8,1	8	1,3	464	75,2	153	24,8
	93	78,8	23	19,5	2	1,7	104	88,1	14	11,9
	16.810	84,7	2.629	13,2	420	2,2	11.542	58,1	8.317	41,9

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde (2024).

### Características dos estabelecimentos onde estavam alocados os médicos do PMMB

As características dos estabelecimentos onde trabalhavam os médicos do PMMB em março de 2024 puderam ser analisadas a partir das informações recuperadas do CNES.

A Tabela 5 apresenta informações sobre instalações físicas para a assistência disponíveis em estabelecimentos de saúde onde os médicos do PMMB atuavam em março de 2024. No Brasil, 94,1% dos médicos do PMMB desempenhavam suas atividades em estabelecimentos com instalações clínicas, com poucas variações entre os estados. Além disso,

86,7% desses médicos atuavam em locais que também possuíam sala de imunização. A disponibilidade de outros consultórios não médicos foi observada em 49,6% dos estabelecimentos onde esses profissionais atuavam, mas, nesse caso, foram notadas grandes variações entre as UFs. No Distrito Federal, mais de 93% dos estabelecimentos possuíam tais instalações, enquanto na Paraíba apenas 27,7% dos serviços dispunham desses espaços. Apenas 0,5% de todos os médicos atuava em locais com sala exclusiva para telessaúde (Tabela 5).

Os dados do CNES também possibilitaram explorar a disponibilidade de conexão com a internet nos estabelecimentos onde os médicos do PMMB atuavam. No Brasil, 78,4% dos médicos trabalhavam em estabelecimentos conectados à internet. No entanto, em alguns estados, esses valores foram superiores a 95%, como no Espírito Santo (95,3%) e em Santa Catarina (96,3%), enquanto outros apresentaram valores inferiores a 55%, como Maranhão (54,1%), Alagoas (52,4%) e Pernambuco (51,2%) (Figura 1).

A análise da infraestrutura e da conectividade dos estabelecimentos onde os médicos do PMMB atuam aponta a persistência de desigualdades no território nacional. No entanto, são incipientes na literatura científica estudos que comparam ou mesmo descrevem os estabelecimentos nos quais tais profissionais estão alocados. Ressalta-se que a baixa proporção de médicos alocados em estabelecimentos conectados à internet e a ausência quase absoluta de salas de telessaúde podem dificultar a utilização de ferramentas de saúde digital, como teleinterconsulta, telediagnóstico ou teleconsultoria.

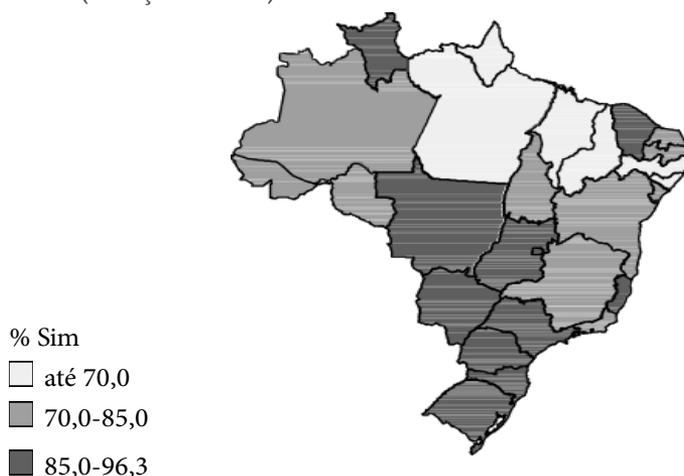
**TABELA 5** Instalações físicas para a assistência disponíveis em estabelecimentos de saúde onde os médicos do PMMB atuavam, segundo UFs (março de 2024)

UF	Instalações clínicas		Consultórios não médicos		Sala de imunização		Sala de telessaúde	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	288	91,7	180	57,3	233	74,2	0	0
	158	97,5	62	38,3	153	94,4	13	8,0
	691	93,9	467	63,5	613	83,3	0	0
	199	91,3	116	53,2	196	89,9	5	2,3
	986	82,9	661	55,6	1.014	85,3	0	0

UF	Instalações clínicas		Consultórios não médicos		Sala de imunização		Sala de telessaúde	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	148	90,8	102	62,6	141	86,5	0	0
	187	97,4	101	52,6	160	83,3	0	0
	749	95,1	426	54,1	683	86,7	0	0
	282	93,7	122	40,5	272	90,4	1	0,3
	980	88,9	724	65,6	1.084	98,3	4	0,4
	331	93,5	191	54,0	299	84,5	0	0
	295	94,9	86	27,7	272	87,5	0	0
	1.101	94,5	450	38,6	1.123	96,4	0	0
	205	96,7	124	58,5	183	86,3	0	0
	148	89,2	81	48,8	119	71,7	3	1,8
	1.335	94,6	729	51,7	1.190	84,3	1	0,1
	1.596	93,1	609	35,5	1.239	72,3	0	0
	377	97,9	187	48,6	294	76,4	0	0
	1.107	98,8	544	48,6	1.000	89,3	0	0
	2.691	98,4	1.496	54,7	2.517	92,1	56	2,1
	1.078	92,6	478	41,1	1.020	87,6	0	0
	591	95,8	286	46,4	500	81,0	0	0
	1.092	95,5	531	46,4	990	86,5	0	0
	198	91,7	124	57,4	189	87,5	0	0
	246	95,7	134	52,1	216	84,1	3	1,2
	579	95,1	231	37,9	540	88,7	0	0
	115	100	107	93,0	102	88,7	0	0
	17.753	94,1	9.349	49,6	16.342	86,7	86	0,5

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2024).

**FIGURA 1** Percentual de médicos do PMMB que atuavam em estabelecimentos de saúde que tinham conexão com a internet, segundo UFs (março de 2024)



Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2024).

### Considerações finais

A análise do perfil dos médicos e das características dos estabelecimentos onde atuam esses profissionais do PMMB evidenciou avanços e desafios na organização da APS no país e reforçou a importância de diversas estratégias complementares para ampliação do acesso e melhoria da qualidade do atendimento médico, especialmente em regiões onde a escassez de profissionais é historicamente crítica.

Embora a maioria dos profissionais atuantes no PMMB seja de brasileiros, foi observada a presença significativa de médicos formados em instituições estrangeiras – médicos intercambistas. Para qualificar a atuação de todos os médicos da APS, são fundamentais conhecimentos sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas nacionais de saúde e intersetoriais, os programas de saúde e de organização da APS e de seu modelo prioritário, e a Estratégia Saúde da Família (ESF). No caso dos médicos intercambistas, profissionais formados em outros contextos socioeconômicos, culturais e de organização dos sistemas de saúde, o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) introduz esses conteúdos, que devem ser retomados ao longo da trajetória de formação desses profissionais no PMMB.

A predominância de um perfil sociodemográfico específico, com maior participação de médicos brancos e jovens, sugere que ainda há barreiras estruturais e sociais para uma maior diversidade na composição dessa força de trabalho. Ainda que haja um número expressivo de profissionais pretos e pardos, os processos seletivos para atuação no PMMB devem incluir estratégias que promovam maior equidade na distribuição dos médicos.

A infraestrutura das UBS também reflete desigualdades regionais que podem impactar a efetividade das ações de saúde. A limitada disponibilidade de conexão com a internet e de espaços para atendimento em telessaúde apontou desafios na incorporação de tecnologias digitais na prestação de cuidado, que poderiam fortalecer o suporte clínico e a continuidade da assistência, especialmente em áreas remotas. Esses achados ressaltaram a necessidade de políticas que não apenas ampliem a cobertura de atenção médica, mas que também assegurem condições adequadas para a atuação dos profissionais, devendo ser ampliadas as iniciativas existentes de construção e reforma de equipamentos das UBS, a exemplo do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal.

Ao caracterizar tanto os médicos do PMMB quanto os estabelecimentos onde atuam, este estudo ajuda a preencher uma lacuna encontrada na literatura e fornece subsídios para o aprimoramento das estratégias de provimento e fixação de profissionais na APS. Os resultados permitem refletir que, além da presença do médico, a qualidade da infraestrutura e a integração com tecnologias são aspectos fundamentais para garantir uma atenção mais resolutiva e acessível à população.

## Referências

- ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 21, p. 1217-1228, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8XNGhNfm4chTZsQnhPrXnPG/?lang=pt>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- BOONLUKSIRI, P. H. *et al.* Community-based learning enhances doctor retention. *Education for health: change in training & practice. Educação em Saúde*, Abingdon, v. 31, n. 2, p. 114-118, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531054/>. Acesso em: 6 mar. 2025.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023.
- COELHO, J. G. A. M. *et al.* Análise da clareza metodológica como dimensão de qualidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Nb59FYBz8zdwdfMtl3sqfw/>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- CURY, G. C.; FONSECA, A. F. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1-9, 2023. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/tes/a/69sPMYSYKknFgzB6nWSVjhb/#:~:text=Em%202023%2C%20%20Governo%20Lula,2013%20\(Brasil%2C%202013\)](https://www.scielo.br/j/tes/a/69sPMYSYKknFgzB6nWSVjhb/#:~:text=Em%202023%2C%20%20Governo%20Lula,2013%20(Brasil%2C%202013)). Acesso em: 6 mar. 2025.
- FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Educational Strategies to Reduce Physician Shortages in Underserved Areas: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, v. 20, n. 5983, 2023. Não paginado. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37297587/>. Acesso em: 7 mar. 2025.
- GARCIA, E. G. *et al.* Perfil dos médicos Programa Mais Médicos na Bahia e a utilização da ferramenta do Telessaúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 222-234, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3585>. Acesso em: 6 mar. 2025.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njnLqj/>. Acesso em: 7 mar. 2025.

LEITÃO, M. H. A. *et al.* Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/t6hVzXyQKvctfTbC7vgvjsK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 mar. 2025.

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162>. Acesso em: 8 mar. 2025.

NUNES, R. P.; CHAUBAH, A. Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós-2016. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 681-697, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35279>. Acesso em: 8 mar. 2025.

OLIVEIRA, J. P. A. *et al.* Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-21, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2025.

PINTO JUNIOR, E. P.; AMORIM, L. D. A. F.; AQUINO, R. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D. C., v. 44, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51479>. Acesso em: 7 mar. 2025.

PUTRI, L. P. *et al.* Factors Associated With Working in Remote Indonesia: a national cross-sectional study of early-career doctors. *Frontiers in medicine*, Lausanne, v. 8, 2021. Não paginado. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.594695>. Acesso em: 7 mar. 2025.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 229-240, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34055819/>. Acesso em: 8 mar. 2025.

SANTOS, C. M. J. *et al.* Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3273-3279, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jqcxttrdvmMBgM36wfFcWCtJ/>. Acesso em: 7 mar. 2025.

# A QUALIFICAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA ANÁLISE DOS CURSOS DE CURTA DURAÇÃO (2013-2022)

Elvira Caires de Lima  
Silvana Lima Vieira  
Paôlla Layanna Fernandes Rodrigues  
Camila de Jesus França  
Rhaine Borges Santos Pedreira  
Elzo Pereira Pinto Junior

## Introdução

O aprimoramento da formação médica no Brasil direcionada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido foco de investimentos em diversos programas de provimento, desde o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), em 1993, seguido do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001, do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), em 2011, do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), em 2019, e mais recentemente houve a retomada do Programa Mais Médicos (PMM), em 2023, constituindo-se em uma política específica para formar médicos especialistas para atuação em APS (Brasil, 2023). A qualificação profissional é uma das estratégias para fortalecer a capacidade de intervenção e resolução dos principais problemas de saúde das comunidades e prover a fixação desses profissionais nos territórios (Coelho *et al.* 2020).

O PMMB, parte da estratégia do PMM, é uma estratégia de provimento e de formação que se pauta na educação permanente como fundamento para a mudança na lógica de trabalho e de formação em saúde. Para tanto, reconhece as necessidades emanadas dos territórios e incorpora os princípios da educação no trabalho e pelo trabalho, por meio da integração ensino-serviço (Brasil, 2018). A integração ensino-serviço pode ser entendida como o desenvolvimento de estratégias

de aprendizagem que envolva professores, estudantes e trabalhadores da saúde, de modo a aprimorar a formação profissional, mas também qualificar a atenção à saúde individual e coletiva nos serviços de saúde (Pizzinato *et al.*, 2012).

Um aspecto diferencial do PMMB é a inclusão obrigatória dos médicos em atividades de formação complementar, com propostas metodológicas direcionadas para temas que aprimorem a prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC), levando em consideração as modalidades de equipes de APS, como equipes de Consultório na Rua, sistema prisional, comunidades remanescentes de quilombos, comunidades ribeirinhas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), qualificando o profissional na perspectiva do modelo e das políticas de saúde brasileiras.

As ações educacionais de formação para o trabalho na APS no PMMB ocorrerão por meio de cursos de especialização *lato* ou *stricto sensu* e por cursos de aperfeiçoamento, denominados cursos de curta duração ou cursos livres, disponibilizados pelas Instituições de Educação Superior (IES) credenciadas ao programa (Brasil, 2023).

Os cursos de curta duração têm por objetivo propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da APS, em consonância com as políticas ministeriais e conforme as necessidades dos territórios, identificadas pelo profissional. O itinerário formativo é de livre escolha do médico, mas deve ocorrer de forma articulada à supervisão acadêmica, que pode acontecer no formato presencial ou remoto. O supervisor acadêmico é o profissional da área da saúde responsável pelo acompanhamento permanente do médico participante, com a função de auxiliar no bom andamento das atividades pedagógicas do projeto, sendo, pois, responsável pela orientação acadêmica desses profissionais (Brasil, 2023).

As atividades formativas constituem-se em oportunidade para o desenvolvimento ou o fortalecimento das competências necessárias para práticas profissionais coerentes com o modelo de APS priorizado no Sistema Único de Saúde (SUS) (Coelho *et al.*, 2020). Para tanto, é necessário que as ações educacionais disponibilizadas no PMMB tenham estrutura curricular e conteúdo programático coerentes com os princípios da APS, com as necessidades e diversidades dos territórios e com as políticas ministeriais. Este capítulo tem por objetivo analisar os cursos de curta duração em que houve matrícula dos médicos do PMMB, quanto à adequação das temáticas com os atributos da APS, as especificidades das regiões e as políticas prioritárias do Ministério da Saúde.

## Os cursos de curta duração dos médicos ativos no PMMB durante o ano de 2024

Para identificação dos cursos, foi disponibilizado pela gestão pedagógica da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) um banco de dados com todos os cursos de curta duração ofertados. Como critérios de inclusão, foram definidos para análise os cursos de curta duração em que houve matrícula dos médicos ativos no PMMB durante o ano de 2024. Excluíram-se os demais. Foram identificados 403 cursos, sendo excluídos da análise um curso na modalidade de mostra de extensão e um curso de português *on-line*, totalizando 401 cursos de curta duração, ou cursos livres, como *corpus* de análise desta pesquisa.

A classificação quanto às temáticas trabalhadas nos cursos foi realizada com base na descrição das competências essenciais para a prática médica na APS, conforme proposta do modelo de formação do PMMB – a partir do Relatório Final da Carta Acordo nº SCON2023-218. Esse modelo foi elaborado a partir da revisão documental da regulamentação do PMMB, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina e da matriz de competências em MFC – “Wonca Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education” –, seguida de discussão com especialistas e gestores para validação final por meio da técnica de consenso, a partir da definição do perfil coerente com o modelo de APS de base territorial e comunitária.

Da análise temática dos documentos emergiram grandes eixos temáticos, com definições próprias, os quais foram correlacionados com as competências essenciais definidas no modelo de formação do PMMB, do qual derivaram 13 eixos temáticos, a saber: Cuidado; Gestão do cuidado; Vigilância em saúde; Procedimental; Gestão; Política; Interprofissional; Antropológico e social; Ético-humanístico; Formação para docência; Formação para a pesquisa; SUS Digital; e Outras categorias profissionais.

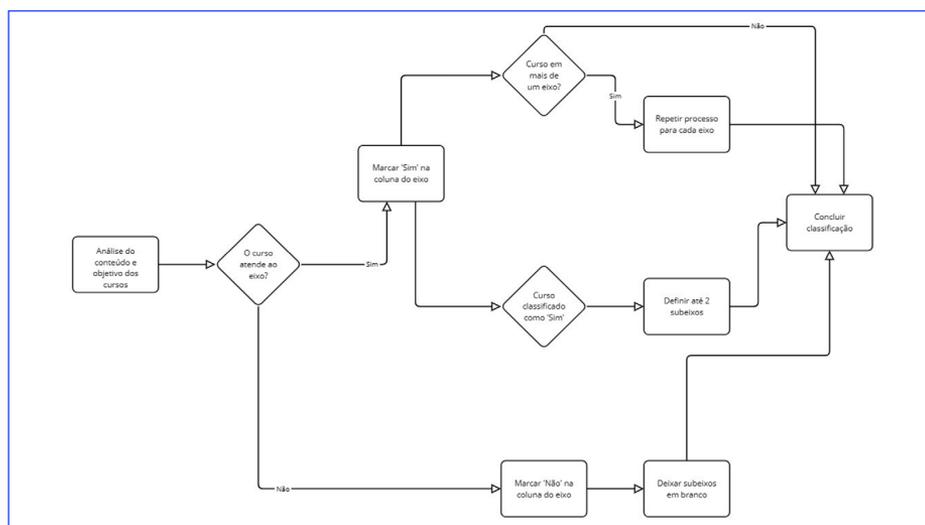
O eixo “Outras categorias profissionais” emergiu durante a análise para contemplar cursos que tinham como público-alvo ou prioritariamente estavam destinados a outras categorias profissionais, ainda que os médicos pudessem cursá-los. Para maior clareza quanto aos conteúdos trabalhados em cada curso e à sua coerência com o perfil de formação esperado, cada eixo foi subdividido em subeixos (Quadro 1).

A coleta e a análise dos dados foram organizadas em duas etapas. A primeira etapa foi a organização dos dados, a definição de variáveis de análise e a calibração da técnica de classificação temática. Nessa etapa,

os dados foram catalogados em uma planilha eletrônica no Excel®, contendo as seguintes variáveis analíticas: o código do curso; a sigla do órgão que ofertou o curso; o nome do órgão que ofertou o curso; o nome do curso; a descrição do curso; a descrição do público-alvo; a carga horária total; o programa de governo relacionado ao curso; os temas abordados; as palavras-chave associadas; os descritores em ciências da saúde; o tipo e a modalidade de curso; o nível do curso; e o número de ofertas realizadas.

Para se proceder à análise dos temas abordados nos cursos e sua classificação em eixos e subeixos, foram incluídas na planilha colunas correspondendo aos 13 eixos temáticos e respectivos subeixos. Para classificação, não foi estabelecido limite de eixos, no entanto, quando o curso foi classificado em mais de um eixo, foi definido um eixo principal, que representava o objetivo central do respectivo curso. Todas as colunas de eixos foram obrigatoriamente preenchidas com “sim” ou “não”. Para os eixos classificados como “sim”, foi obrigatório o preenchimento de pelo menos um subeixo correspondente, podendo ter no máximo dois subeixos, que foram ordenados por ordem alfabética. Por sua vez, nos eixos marcados como “não”, os campos dos subeixos foram deixados em branco, conforme disposto no diagrama a seguir (Figura 1).

**FIGURA 1** Processo de classificação dos cursos de curta duração por eixos e subeixos



Fonte: elaborada pelas autoras.

Para maior padronização e consistência na análise dos dados, foi realizada a calibração da técnica de classificação de duas avaliadoras com o objetivo de averiguar o nível de convergência entre elas e a confiabilidade da proposta de classificação. A calibração foi realizada de forma independente, em que cada avaliadora, em uma planilha individual, classificou os 58 primeiros cursos da planilha. Para definição dos eixos e respectivos subeixos, foi realizada a análise das seguintes variáveis: o nome do curso; a descrição do curso; a descrição do público-alvo; os temas abordados; e as palavras-chave associadas. A interpretação das informações permitiu a classificação dos cursos nos eixos e subeixos temáticos definidos previamente, conforme Quadro 1.

Salienta-se que, para a calibração entre as avaliadoras, não foi considerada a classificação dos subeixos, apenas dos eixos. As divergências existentes entre as duas avaliadoras foram resolvidas por uma dupla de especialistas e, em caso de persistência das dúvidas, estas foram discutidas com o grupo de pesquisa.

Finalizado o momento de calibração, seguiu-se para a segunda etapa, para a continuidade da classificação dos cursos, seguindo o mesmo percurso analítico das variáveis definidas previamente e mantendo-se as análises de forma independente entre as duas avaliadoras.

Após a classificação e sanadas as divergências, foi realizada revisão final da classificação de todos os cursos por uma dupla diferente de especialistas, chegando-se ao resultado final para análise. Esse processo permitiu maior confiabilidade no procedimento de classificação temática.

Durante o processamento dos dados, padronizou-se que os cursos destinados ao público-alvo dos preceptores fossem classificados automaticamente no eixo de formação para docência, ainda que esse não fosse o eixo principal; e os cursos destinados prioritariamente para outras categorias profissionais fossem classificados no eixo “Outras categorias profissionais”.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a insuficiência de informações detalhadas sobre os cursos realizados pelos participantes do PMMB, associada à ausência de dados específicos sobre os conteúdos abordados e as metodologias aplicadas, o que dificulta uma avaliação e classificação mais precisas.

## Caracterização geral dos cursos de curta duração

A análise das temáticas trabalhadas nos cursos de curta duração foi realizada a partir da classificação desses cursos nos 13 eixos temáticos, conforme Quadro 1. Dos 401 cursos analisados, a maioria, 178 cursos (44,39%), foi classificada no eixo “Cuidado”, o que evidencia a centralidade desse tema na formação médica. Em seguida, apareceram o eixo “Vigilância em saúde”, com 54 cursos (13,47%), e o eixo “Política”, com 50 cursos (12,47%). Os eixos “Outras categorias profissionais”, com 27 cursos (6,73%); “Gestão”, com 22 cursos (5,49%); “Gestão do cuidado”, com 21 cursos (5,24%); “Formação para docência”, com 17 cursos (4,24%); e “SUS Digital”, com 14 cursos (3,49%), também apresentaram uma presença importante. Por outro lado, evidenciou-se certo apagamento de cursos nos eixos “Formação para pesquisa”, com seis cursos (1,50%); “Antropológico e social”, com cinco cursos (1,25%); “Procedimental”, com três cursos (0,75%); e apenas dois cursos (0,50%) nos eixos “Ético-humanístico” e “Interprofissional” (Tabela 1).

**TABELA 1** Número e percentual de cursos de curta duração com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, segundo classificação temática do eixo principal

Eixo principal	Nº	%
Eixo Cuidado	178	44,39
Eixo Vigilância em saúde	54	13,47
Eixo Política	50	12,47
Eixo Outras categorias profissionais	27	6,73
Eixo Gestão	22	5,49
Eixo Gestão do cuidado	21	5,24
Eixo Formação para docência	17	4,24
Eixo SUS Digital	14	3,49
Eixo Formação para pesquisa	6	1,50
Eixo Antropológico e social	5	1,25
Eixo Procedimental	3	0,75
Eixo Ético-humanístico	2	0,50
Eixo Interprofissional	2	0,50
Total	401	100,00

Fonte: elaborada pelos autores.

Mesmo a grande maioria dos cursos (77,06%) ter sido classificada apenas em um eixo principal, muitos deles (n=92) também foram classificados em outros eixos, chegando ao limite de até quatro eixos, por se tratar de temáticas que extrapolavam a definição conceitual de apenas um eixo e envolviam uma diversidade de conteúdos (Tabela 2).

**TABELA 2** Número e percentual de cursos de curta duração com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, segundo classificação temática do eixo principal e demais eixos

Eixo principal	Total	Número de cursos segundo classificação do eixo								
		Apenas eixo principal		Eixo principal e mais um eixo		Eixo principal e mais dois eixos		Eixo principal e mais três eixos		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Eixo Cuidado	178	100,00	140	78,65	36	20,22	2	1,12	0	0,00
Eixo Vigilância em saúde	54	100,00	32	59,26	22	40,74	0	0,00	0	0,00
Eixo Política	50	100,00	42	84,00	8	16,00	0	0,00	0	0,00
Eixo Outras categorias profissionais	27	100,00	27	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Eixo Gestão	22	100,00	17	77,27	5	22,73	0	0,00	0	0,00
Eixo Gestão do cuidado	21	100,00	12	57,14	7	33,33	1	4,76	1	4,76
Eixo Formação para docência	17	100,00	17	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Eixo SUS Digital	14	100,00	13	92,86	1	7,14	0	0,00	0	0,00
Eixo Formação para pesquisa	6	100,00	6	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Eixo Antropológico e social	5	100,00	0	0,00	3	60,00	2	40,00	0	0,00
Eixo Procedimental	3	100,00	3	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Eixo Ético-humanístico	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00
Eixo Interprofissional	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,00</b>	<b>309</b>	<b>77,06</b>	<b>86</b>	<b>21,45</b>	<b>5</b>	<b>1,25</b>	<b>1</b>	<b>0,25</b>

Fonte: elaborada pelos autores.

Conforme análise da Tabela 2, os cursos classificados nos eixos “Formação para docência”, “Formação para pesquisa”, “Procedimental” e “Outras categorias profissionais” não tiveram eixos secundários; enquanto apenas os cursos classificados no eixo principal “Gestão do cuidado” foram classificados em mais três outros eixos além do principal.

Destaca-se a pouca quantidade de cursos classificados nos eixos “Antropológico e social”, “Ético-humanístico” e “Interprofissional”, seja como temática principal ou secundária (Tabela 3). Apenas 21 cursos abordaram esses conteúdos, sendo que nenhum deles foi classificado apenas como eixo principal (Tabela 2), e apareceram como temática secundária em alguns cursos dos eixos “Cuidado” e “Gestão do cuidado”. Esses resultados podem evidenciar uma falta de prioridade ou de interesse dos médicos por temáticas que abordam os diversos contextos culturais e as diversidades dos territórios, os conflitos ético-morais, a valorização do trabalho em equipe, ou ainda uma supervalorização de conteúdos voltados exclusivamente para a área clínica.

**TABELA 3** Número de cursos de curta duração com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, classificados nos eixos “Antropológico e social”, “Ético-humanístico” e “Interprofissional”

Eixo	Eixo principal	Eixo secundário	Total	Eixos secundários
Antropológico e social	5	5	10	Cuidado; Gestão do cuidado
Ético-humanístico	2	6	08	Cuidado; Gestão do cuidado
Interprofissional	2	1	03	Cuidado; Gestão do cuidado
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	

Fonte: elaborada pelos autores.

Em relação à carga horária, houve uma grande variação, com cursos de 2 até 300 horas. O curso de maior carga horária foi destinado para outras categorias profissionais. Por outro lado, as menores médias de carga horária estavam nos eixos “Ético-humanístico” (12,5 h), “SUS Digital” (13,93h) e “Interprofissional” (20 horas), conforme Tabela 4.

**TABELA 4** Distribuição da carga horária dos cursos de curta duração conforme a classificação em eixo principal

Eixo principal	Carga horária média	Carga horária mínima	Carga horária máxima
Eixo Outras categorias profissionais	57,30	12,00	300,00
Eixo Cuidado	42,57	6,00	180,00
Eixo Antropológico e social	40,80	9,00	60,00
Eixo Gestão do cuidado	39,86	10,00	180,00
Eixo Formação para docência	38,82	5,00	195,00
Eixo Vigilância em saúde	38,76	2,00	145,00
Eixo Política	34,42	8,00	180,00

Eixo principal	Carga horária média	Carga horária mínima	Carga horária máxima
Eixo Gestão	32,95	5,00	60,00
Eixo Procedimental	32,67	8,00	60,00
Eixo Formação para pesquisa	26,67	10,00	60,00
Eixo Interprofissional	20,00	10,00	30,00
Eixo SUS Digital	13,93	10,00	40,00
Eixo Ético-humanístico	12,50	10,00	15,00
Total	39,61	2,00	300,00

Fonte: elaborada pelos autores.

Quanto às IES, observou-se que a região Nordeste ofertou a maior quantidade de cursos de curta duração, destacando-se a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como a principal instituição, com 98 cursos. Por outro lado, a região Norte possui a menor representatividade no total de cursos, com apenas um curso registrado, oferecido pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). De maneira geral, todas as regiões concentram a maior parte de seus cursos nos eixos “Cuidado”, “Vigilância” e “Política”, o que denota a prioridade dessas áreas na formação profissional médica (Tabela 5).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília ofertou a grande maioria dos cursos classificados no eixo “Formação para docência” (n=13), e a Universidade Federal de Goiás (UFG) foi responsável por todos os cursos do eixo “SUS Digital” (n=14).

Além das IES, outras instituições também ofertaram cursos de curta duração, como a Coordenação-Geral de Áreas Técnicas e o Centro de Treinamento e Simulação de Emergências Médicas (CTSEM), a Secretaria Executiva da UNA-SUS, o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), e a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

**TABELA 5** Número de cursos por região e IES segundo a classificação do eixo principal

Região	Nome da IES	Eixo principal	Nº	
Sem registro	Coordenação-Geral de Áreas Técnicas	Eixo Cuidado	1	
		Eixo Procedimental	1	
	CTSEM	Eixo Cuidado	2	
		Eixo Vigilância em saúde	2	
		Eixo Cuidado	12	
		Eixo Formação para pesquisa	1	
	Secretaria Executiva da UNA-SUS	Eixo Outras categorias profissionais	1	
		Icict	Eixo Cuidado	1
			Eixo Formação para docência	1
	SGTES	Eixo Outras categorias profissionais	1	
Centro-Oeste	Fiocruz – Brasília	Eixo Cuidado	24	
		Eixo Vigilância em saúde	14	
		Eixo Antropológico e social	1	
		Eixo Ético-humanístico	1	
		Eixo Formação para docência	11	
		Eixo Formação para pesquisa	4	
		Eixo Gestão	5	
		Eixo Gestão do cuidado	6	
		Eixo Interprofissional	1	
		Eixo Outras categorias profissionais	2	
		Eixo Política	6	
		Fiocruz – Mato Grosso do Sul	Eixo Cuidado	6
	Eixo Gestão		1	
	Eixo Vigilância em saúde		6	
	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)	Eixo Cuidado	4	
		Eixo Gestão do cuidado	1	
	UFG	Eixo Formação para docência	2	
		Eixo Gestão	1	
		Eixo Outras categorias profissionais	1	
		Eixo Política	4	
		Eixo SUS Digital	14	
	Universidade de Brasília (UnB)	Eixo Gestão do cuidado	1	
		Eixo Outras categorias profissionais	1	

Região	Nome da IES	Eixo principal	Nº
Nordeste	Instituto Aggeu Magalhães	Eixo Cuidado	1
		Eixo Vigilância em saúde	2
	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Eixo Vigilância em saúde	1
		Eixo Cuidado	3
		Eixo Política	2
	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Eixo Cuidado	4
		Eixo Ético-humanístico	1
		Eixo Formação para pesquisa	1
		Eixo Outras categorias profissionais	2
		Eixo Política	7
		Eixo Vigilância em saúde	2
	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	Eixo Cuidado	3
	UFMA	Eixo Vigilância em saúde	13
		Eixo Cuidado	48
		Eixo Gestão	6
		Eixo Gestão do cuidado	8
Eixo Interprofissional		1	
Eixo Outras categorias profissionais		14	
Eixo Política		18	
Sudeste	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Eixo Vigilância em saúde	2
		Eixo Cuidado	11
		Eixo Gestão	3
		Eixo Política	5
		Eixo Procedimental	1
	Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)	Eixo Cuidado	1
	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC)	Eixo Vigilância em saúde	3
	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Eixo Cuidado	3
		Eixo Política	1
		Eixo Antropológico e social	1
		Eixo Vigilância em saúde	2
	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	Eixo Antropológico e social	2
		Eixo Cuidado	3
		Eixo Formação para docência	1
		Eixo Gestão	1
		Eixo Política	1
		Eixo Vigilância em saúde	2

Região	Nome da IES	Eixo principal	Nº
Sul	Universidade Federal de Pelotas (UFPeL)	Eixo Cuidado	11
		Eixo Outras categorias profissionais	2
		Eixo Vigilância em saúde	2
	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Eixo Antropológico e social	1
		Eixo Cuidado	36
		Eixo Formação para docência	1
		Eixo Gestão	4
		Eixo Gestão do cuidado	1
		Eixo Outras categorias profissionais	2
		Eixo Política	6
		Eixo Procedimental	1
		Eixo Vigilância em saúde	4
	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Eixo Vigilância em saúde	1
		Eixo Cuidado	3
		Eixo Gestão do cuidado	4
Eixo Formação para docência		1	
Eixo Outras categorias profissionais		1	
	Eixo Gestão	1	
Norte	UEA	Eixo Cuidado	1

Fonte: elaborada pelos autores.

### **Análise dos cursos de curta duração quanto ao conteúdo e à sua coerência com o perfil de formação para a prática médica na APS**

Para maior clareza quanto aos temas abordados nos cursos e à sua coerência com o desenvolvimento das competências essenciais para a prática médica na APS, além da classificação nos eixos, os cursos também foram classificados em subeixos que descrevem de forma mais detalhada os conteúdos trabalhados durante o período de formação. Cada curso foi classificado em até dois subeixos.

**TABELA 5** Número de cursos de curta duração com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, classificados em subeixos segundo eixo principal e demais eixos

Eixo	Subeixo	Nº de subeixos segundo o eixo principal	Nº de subeixos segundo os demais eixos
Eixo Cuidado	Atenção domiciliar	17	1
	Cuidados à pessoa com deficiência	17	2
	Doenças negligenciadas	17	10
	Doenças infecciosas e parasitárias	16	6
	Atenção integral à saúde do idoso	15	0
	Urgências e emergências na APS	14	0
	Atenção integral à saúde da criança	12	1
	Doenças crônicas não transmissíveis	12	1
	Atenção a situações de violência	10	0
	Atenção integral à saúde da mulher	10	1
	Nutrição e dietética	10	0
	Saúde mental	10	1
	Outras situações clínicas na APS	8	0
	Populações específicas	7	2
	Atenção integral à saúde do homem	7	1
	Atenção integral à saúde do adulto	5	0
	Atenção integral à saúde do adolescente	4	0
	Cuidados paliativos	4	0
	Saúde sexual e reprodutiva	4	0
	Apoio diagnóstico	3	0
Uso racional de medicamentos	3	0	
Atenção a problemas auditivos	1	1	
Atenção a problemas oftalmológicos	1	0	
Práticas integrativas e complementares	1	0	
Eixo Gestão do cuidado	Abordagem centrada na pessoa e a importância da escuta	10	5
	Abordagem familiar	6	1
	Acolhimento	4	1
	Registros médicos	2	1
	Abordagem comunitária	1	0
	Apoio matricial	1	0

Eixo	Subeixo	Nº de subeixos segundo o eixo principal	Nº de subeixos segundo os demais eixos
Eixo Vigilância em saúde	Vigilância epidemiológica	31	8
	Educação e promoção da saúde	6	1
	Saúde do trabalhador	6	0
	Vacinação	6	0
	Vigilância ambiental	4	0
	Cultura da paz	2	1
	Vigilância sanitária	2	1
Eixo Procedimental	Básico	2	2
	Avançado	1	1
Eixo Gestão	Administração pública e gestão em saúde da família	5	1
	Planejamento local (território)	5	0
	Monitoramento e avaliação	4	0
	Organização do processo de trabalho na APS	3	0
	Análise de indicadores para tomada de decisão	2	0
	Controle social e gestão participativa	2	0
	Inovação e incorporação de tecnologia no SUS	1	0
	Modelos jurídico-administrativos e arranjos contratuais em saúde	1	0
Eixo Política	Políticas e organização do sus	24	7
	Políticas e programas para populações específicas	12	8
	Redes de atenção à saúde	12	7
	Políticas e programas para APS	2	1
	Política de educação permanente	1	0
	Políticas e programas para populações específicas	1	0
Eixo Antropológico e social	Culturas de povos indígenas	3	3
	Diversidade de gênero e orientação sexual	2	1
	Doença como processo sociocultural	1	1
Eixo Interprofissional	Trabalho em equipe, interprofissional e práticas colaborativas	2	5
	Projetos terapêuticos singulares	0	1
Eixo Ético-humanístico	Princípios da bioética	2	1

Eixo	Subeixo	Nº de subeixos segundo o eixo principal	Nº de subeixos segundo os demais eixos
Eixo Formação para docência	Preceptoria	13	12
	Integração ensino-serviço-comunidade	5	0
	Metodologias de ensino-aprendizagem	4	1
	Tutoria	2	0
	Avaliação do ensino-aprendizagem	1	0
Eixo Formação para pesquisa	Abordagens teórico-metodológica	6	0
	Formação para pesquisa na APS	1	0
Eixo SUS Digital	Registro eletrônicos em saúde	4	0
	Cultura digital	3	0
	Literacia digital	3	0
	Tecnologia digital em saúde	3	1
	SUS Digital	1	1
Eixo Outras categorias profissionais	Odontologia	13	0
	Enfermagem	9	0
	Outros profissionais de nível superior	3	0
	Agente comunitário de saúde	2	0
	Profissionais de outros setores	2	0
	Profissionais de nível médio	1	0

Fonte: elaborada pelos autores.

Os cursos que abordaram o manejo de problemas de saúde agudos e crônicos, tanto de indivíduos quanto de coletivos, apoiados no conceito ampliado de saúde e em tecnologias de gestão da clínica, foram classificados no eixo “Cuidado”. Foram identificados 178 cursos tendo esse como eixo principal, expressiva maioria das ofertas formativas (44,39%). A análise mais detalhada dos conteúdos desses cursos, envolvendo tanto eixo principal quanto demais eixos, demonstrou uma grande variedade de temas que atenderam a quase todos os subeixos, exceto o de doenças raras, que não foi contemplado nos cursos analisados. Chamam atenção os cursos direcionados ao manejo e à terapêutica da assistência para determinados grupos, em especial saúde do idoso (n=15), saúde da criança (n=13), saúde da mulher (n=11), saúde do homem (n=8), saúde do adulto (n=5) e saúde do adolescente (n=4), totalizando 56 cursos, um número significativo do total de cursos. As escolhas por esses temas coadunam com a forma de organização

frequente e perpetuada na APS como sendo esses os grupos prioritários para assistência.

Seguindo na direção do modelo biomédico de assistência à saúde direcionando o cuidado para estratégias de intervenção ao corpo doente, foi frequente a matrícula em cursos sobre doenças infecciosas e parasitárias (n =22), urgências e emergências na APS (n =14) e outras situações clínicas na APS (n =8).

Por outro lado, as três principais temáticas desse eixo foram: atenção domiciliar (n=18), cuidados à pessoa com deficiência (n =19) e doenças negligenciadas (n =27). Além disso, também se destacaram os conteúdos relativos a doenças crônicas não transmissíveis (n =13), atenção a situações de violência (n =10) e saúde mental (n =11). As escolhas desses temas no itinerário formativo dos médicos revelam uma aproximação com a mudança do perfil epidemiológico da sociedade e das novas necessidades de saúde que emergem da complexidade do cenário social, em especial as situações de violência e dos transtornos mentais.

A análise também identificou nove cursos que tratavam das populações específicas, que envolvem a atenção à saúde das populações do campo, das florestas e das águas, populações tradicionais, saúde indígena, quilombola, ribeirinha e da população em situação de rua. Apesar de terem ainda pouca representatividade no montante dos cursos, esse foi um achado importante, pois indica a direcionalidade da formação para as especificidades dos territórios.

Diante desses achados dentro do eixo “Cuidado”, percebe-se que, apesar de haver uma diversidade de temáticas nos cursos, algumas áreas ainda são de pouco interesse dos médicos, o que pode impactar a resolução das reais necessidades de saúde das comunidades e o alcance da integralidade. Esse cenário pode indicar a necessidade de um maior equilíbrio na distribuição de cursos, garantindo que os profissionais de saúde tenham acesso a uma formação abrangente, capaz de atender às demandas variadas da APS.

Seguindo a lógica do cuidado, os cursos que tratavam dos mecanismos de articulação entre as atividades da equipe de saúde e os demais pontos da rede, para que haja a garantia do assistencial integral das ações de saúde, foram classificados no eixo “Gestão do cuidado”. As temáticas trabalhadas nesse eixo foram classificadas em todos os subeixos existentes, sendo o mais frequente a abordagem centrada na pessoa e a importância da escuta (n =15), recurso incentivado e valorizado na matriz de competências dos programas de residência em MFC. Esses

subeixos são seguidos dos de abordagem familiar (n = 7), acolhimento (n = 5), registros médicos (n = 3), abordagem comunitária (n = 1) e apoio matricial (n = 1).

Por outro lado, um dos grandes desafios na formação mediada pelo ensino à distância e de curta duração é a formação para realização de procedimentos clínicos ambulatoriais, cirúrgicos ambulatoriais e de urgência no âmbito da APS. Elementos fundamentais para ampliar a resolutividade desse nível de atenção, em especial em áreas desassistidas, remotas ou rurais. Os cursos que abordavam orientação e execução de procedimentos técnicos foram classificados no eixo “Procedimental”. Nesse sentido, houve apenas seis cursos que trataram da temática, sendo quatro no subeixo “Básico” – prática clínica de baixo risco e baixa complexidade – e dois no subeixo “Avançado” – prática clínica que requer habilidades técnicas mais complexas.

A oferta de cursos que capacitem o profissional para realização de procedimentos técnicos manuais é desafiadora, pois é uma habilidade desenvolvida por meio de atividades práticas, seja em laboratório ou no contexto do trabalho mediado por um preceptor. No entanto, esse é um eixo importante, pois os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais integram um conjunto essencial de ações da APS, contribuindo para ampliar a resolutividade ao reforçar atributos como o acesso e a integralidade.

Por sua vez, os cursos que tratavam da organização da rede de atenção à saúde e do papel da APS como coordenadora do cuidado; do planejamento com base no diagnóstico comunitário; e do uso dos sistemas de informação e compartilhamento da gestão da agenda foram classificados no eixo “Gestão”. A classificação dos subeixos destacou as temáticas da administração pública e gestão em saúde da família (n = 6), planejamento local (n = 5), monitoramento e avaliação (n = 4), e organização do processo de trabalho na APS (n = 3). Temas relevantes para o aprimoramento da organização dos serviços na APS. Por outro lado, a temática do controle social e gestão participativa apareceu em apenas dois cursos, podendo indicar uma falta de motivação dos profissionais pelo envolvimento e pelo estímulo à participação popular nas ações planejadas na unidade.

Não foram identificados cursos do eixo “Gestão” que tratassem de acessibilidade e inclusão, apoio institucional, comunicação e divulgação em nível local, revelando lacunas importantes.

Quanto à análise dos cursos classificados no eixo “Política”, foram contemplados todos os subeixos existentes. A principal temática foi política e organização do SUS (n=31). Chamou atenção a quantidade de cursos que tratavam das políticas e dos programas para populações específicas (n=20), o segundo tema mais frequente no eixo, o que revela uma formação direcionada para a priorização das necessidades do território, de modo a promover o acesso à saúde de grupos em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. No entanto, houve poucas matrículas em cursos que tratavam das políticas e dos programas para APS (n=3), o que pode demonstrar uma lacuna na formação quanto às principais diretrizes para organização da APS. Associado a isso, apenas um curso abordou a política de educação permanente, eixo estruturante do PMMB.

Os cursos que tratavam dos determinantes e condicionantes aos quais está exposta a população, do combate aos agravos de interesse epidemiológico e das ações de interesse sanitário e ambiental, foram classificados no eixo “Vigilância à saúde”, sendo 54 no eixo principal e 11 como eixos secundários. Por sua vez, a análise dos conteúdos sinalizou que a expressiva maioria (39 dos 65 cursos) tratava de temas ligados à vigilância epidemiológica, em especial quanto ao controle de agravos de notificação compulsória. Houve poucos cursos relacionados à vigilância ambiental (n=4) e à vigilância sanitária (n=3), áreas pouco valorizadas no processo de trabalho da APS. No entanto, de forma positiva, apareceu número considerável de cursos sobre a vigilância da saúde do trabalhador (n=6) e sobre a educação e promoção da saúde (n=07).

Ainda que de forma incipiente, houve cursos que trataram do estímulo à cultura da paz (n=2). Um achado importante que demonstra a busca por capacitações direcionadas a problemas que se tornaram comum na APS e que fogem do contexto da doença, e também a necessidade de inserir essa temática no processo formativo dos profissionais de saúde.

No eixo “Vigilância em saúde”, não houve cursos classificados no subeixo de sistemas de informação em saúde, instrumento fundamental para a prática profissional como recurso para a produção de informações qualificadas e direcionamento para a tomada de decisão na APS. Também não houve cursos sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em saúde, uma lacuna importante, tendo em vista a universalização do uso das TICs para a produção, o acesso e a propagação de informações.

Destaca-se um quantitativo considerável de cursos no eixo “SUS Digital”, um total de 15 cursos, sendo 14 deles classificados como eixo principal. Apesar de ainda insuficiente, é um avanço na proposta formativa do PMMB. Os cursos desse eixo pretendem desenvolver competência tecnológica crítica para aprimorar as atividades nos serviços de saúde mediante o uso de tecnologias digitais, temática extremamente atual. Na classificação dos subeixos, a principal temática foi os registros eletrônicos em saúde (n=4), e não apareceu a temática da saúde digital na APS.

As análises evidenciaram um número significativo de cursos classificados no eixo “Formação para docência”, o que esteve relacionado à elaboração de propostas formativas direcionadas aos preceptores (n=25). Nesse eixo, emergiu a temática da integração ensino-serviço-comunidade (n= 5), o que potencializa a proposta formativa do programa baseada nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS). E, também, conteúdos que tratavam de metodologias de ensino-aprendizagem (n= 5) e avaliação do ensino-aprendizagem (n=1). Os cursos desse eixo buscam desenvolver conhecimentos e habilidades da docência no contexto territorial, considerando a APS como espaço formativo e de integração ensino-serviço. Sendo, pois, fundamental para qualificar o trabalho dos preceptores, supervisores e tutores do programa, que também são público-alvo para qualificação no PMMB.

Por sua vez, houve apenas seis cursos no eixo “Formação para pesquisa”, que pretende desenvolver as habilidades para atender às demandas de pesquisa acadêmica e às necessidades de informação científica e aplicação em pesquisa na área da saúde. Sendo que a principal temática foi sobre abordagens teórico-metodológicas (n=6), e destaca-se que apenas um curso tratou da formação para pesquisa na APS.

Por fim, como já apontado, as temáticas menos acessadas pelos médicos foram relativas às questões antropológicas (n=10), ético e humanísticas (n=8), e sobre a interprofissionalidade (n=3), conforme Tabela 3. No eixo “Antropológico e social”, o principal tema foi as culturas de povos indígenas, seguido da diversidade de gênero. No eixo “Ético-humanístico”, apareceram apenas os princípios da bioética. E no eixo “Interprofissional”, focou-se em trabalho em equipe e práticas colaborativas.

Foi significativo o número de cursos de curta duração destinados principalmente a outros profissionais de saúde e cursados pelos médicos, principalmente cursos destinados ao público de odontólogos (n=13) e de enfermagem (n=9).

### Os cursos de curta duração: retomada do PMMB em 2023

Na retomada do PMMB em 2023, mantém-se a previsão de ações de fortalecimento da política de EPS, mediante cursos de extensão, aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa, contando com componente assistencial pautado na integração ensino-serviço. Em setembro de 2024, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) disponibilizou uma relação de 45 ofertas educacionais de curta duração que deveriam ser cursadas pelos médicos que não estivessem matriculados nas especializações em MFC ou Saúde Indígena, ou no mestrado ou doutorado em Saúde da Família.

Identificou-se que, na base de dados disponibilizada pela UNA-SUS, houve matrícula dos médicos ativos em 36 dos 45 cursos disponibilizados pela SAPS que estão classificados conforme eixo temático e carga horária na Tabela 6.

**TABELA 6** Número, percentual de cursos de curta duração e carga horária, na retomada do PMMB, com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, segundo classificação temática do eixo principal

Eixo principal	Nº de cursos	%	CH média	CH mínima	CH máxima
Eixo Cuidado	26	72,22	33,7	6	60
Eixo Vigilância em saúde	5	13,88	90	45	145
Eixo Política	2	5,56	37,5	30	45
Eixo Antropológico e social	1	2,78	30	30	30
Eixo Gestão	1	2,78	30	30	30
Eixo Gestão do cuidado	1	2,78	12	12	12

Fonte: elaborada pelos autores.

A análise dos eixos temáticos demonstra a manutenção dos temas prioritários concentrados nos eixos “Cuidado”, “Vigilância em saúde” e “Política”, com centralidade da formação na temática do cuidado com 72,22 % do total de cursos. Manteve-se, também, a pouca prioridade no eixo “Antropológico e social”, e houve o desaparecimento de eixos como “SUS Digital”, “Ético-humanístico” e “Interprofissional”.

A carga horária dos cursos variou entre seis horas (eixo “Cuidado”) e 145 horas (eixo “Vigilância em saúde”). Com excessão do curso no eixo “Gestão do cuidado” – com carga horária de 12 horas –, a média de carga horária dos cursos por eixo foi superior a 30 horas.

Quanto à análise de classificação dos subeixos, a Tabela 7 demonstra que no eixo “Cuidado” os principais conteúdos voltam a se centrar no manejo e na terapêutica da assistência para determinados grupos, em especial idosos e crianças, e em nutrição e dietética. No eixo “Vigilância em saúde”, todos os cursos eram do subeixo da vigilância epidemiológica, desaparecendo temas importantes como educação e promoção da saúde, saúde do trabalhador e cultura da paz. Por outro lado, de forma positiva, as temáticas do eixo “Política” envolviam as políticas e os programas para populações específicas, o que demonstra o investimento em políticas de equidade.

**TABELA 7** Número de cursos de curta duração, na retomada do PMMB, com matrícula de médicos ativos no PMMB em março de 2024, classificados em subeixos segundo eixo principal e demais eixos

Eixo	Subeixo	Nº de subeixos segundo o eixo principal
Eixo Cuidado	Atenção integral à saúde do idoso	7
	Atenção integral à saúde da criança	4
	Nutrição e dietética	4
	Doenças negligenciadas	3
	Doenças infecciosas e parasitárias	3
	Atenção a situações de violência	3
	Atenção domiciliar	2
	Outras situações clínicas na APS	2
	Cuidados paliativos	2
	Doenças crônicas não transmissíveis	1
	Atenção integral à saúde da mulher	1
	Atenção integral à saúde do adulto	1
	Atenção integral à saúde do adolescente	1
Eixo Gestão do cuidado	Abordagem familiar	1
	Abordagem comunitária	1
Eixo Vigilância em saúde	Vigilância epidemiológica	5
Eixo Gestão	Monitoramento e avaliação	1
Eixo Política	Políticas e programas para populações específicas	1
	Redes de atenção à saúde	1
Eixo Antropológico e social	Diversidade de gênero e orientação sexual	1

Fonte: elaborada pelos autores.

## Considerações finais

A análise dos cursos de curta duração em que houve matrícula dos médicos ativos no PMMB durante o ano de 2024 revelou um interesse dos profissionais principalmente para qualificação nas áreas do cuidado, da vigilância em saúde e da política, temáticas estruturantes do trabalho na APS. Observou-se que os cursos voltados para a temática do cuidado se sobressaíram entre os demais, resultado esperado, tendo em vista as características do trabalho do médico na APS.

Ao se considerar os conteúdos mais específicos dentro desse eixo, é preciso destacar o interesse dos médicos pelos temas da atenção domiciliar, de doenças negligenciadas e de atenção a situações de violência, o que fortalece a prestação de serviços na APS. Em especial a violência, problemática crescente na sociedade e normalmente invisibilizada na APS, exigindo investimentos em uma qualificação profissional que promova reflexões sobre o processo de trabalho na APS como espaço para detecção e acompanhamento dos casos para além da perspectiva fisiológica, mas compreendendo a violência como um fenômeno socio-cultural (Mendonça *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é necessário que a formação do profissional médico do PMMB transcenda o conhecimento técnico-científico tradicional. A sua inserção em diferentes comunidades e a complexidade dos problemas de saúde exigem uma abordagem que integre dimensões antropológicas, sociais, ético-humanísticas e interprofissionais. Temáticas pouco priorizadas pelos médicos no processo formativo, mas fundamentais para qualificar a assistência na APS. Segundo Silva, Batistella e Gomes (2007), a cultura é um sistema de significados que influencia a forma como as pessoas percebem e interagem com o mundo. O médico de APS precisa compreender essa diversidade para adaptar sua prática às necessidades de cada comunidade. Como apontam Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais influenciam diretamente a saúde da população.

Faz-se necessário pensar uma formação que extrapole os problemas de saúde das populações e que envolva as necessidades sociais em saúde e seus determinantes. Nesse sentido, é importante incorporar elementos na formação que extrapolem a clínica, incluam o raciocínio epidemiológico, o reconhecimento da diversidade dos contextos culturais e o seu impacto na saúde, e contribuam com conduta profissional pautada na ética e no respeito à vida humana. Competências

fundamentais para qualificação da assistência, mas temáticas ainda pouco visualizadas nos percursos formativos dos médicos do PMMB.

Além disso, é fundamental que o médico se reconheça como parte de uma equipe multiprofissional, devendo haver uma comunicação interprofissional colaborativa e dialógica, de modo a favorecer a tomada de decisão compartilhada em equipe e com os usuários. O desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia é fundamental para o trabalho em equipe e para a construção de vínculos. Peduzzi e demais autores (2011) apontam que o trabalho interprofissional exige comunicação, colaboração e respeito entre os membros da equipe, o que permite um cuidado mais integral e resolutivo. A troca de saberes e a atuação conjunta dos profissionais de saúde contribuem para a qualidade do cuidado.

O PMMB é a maior iniciativa já realizada no Brasil para prover e formar médicos para atuar nos serviços de APS em regiões prioritárias, em especial equipes ribeirinhas e fluviais, equipes multidisciplinares de saúde indígena, equipes de atenção primária prisional e equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2023b), para as quais há editais de seleção específicos. Portanto, é fundamental que se estabeleça um direcionamento da formação para os médicos dessas equipes, de modo a atender às especificidades dessas comunidades. Identificou-se baixa procura de cursos que tratavam tanto das políticas quanto do cuidado para as populações específicas. No entanto, como limitação do estudo, não foi possível identificar se os cursos dessa temática foram mais acessados pelos médicos que atuavam nessas áreas. Apesar disso, reforça-se a necessidade de direcionamento na formação dos médicos alocados nessas áreas, para que a assistência contemple a complexidade da saúde e as necessidades dessas populações.

Ao recortar a análise para as ofertas educativas disponibilizadas aos médicos na retomada do PMMB em 2023, identificou-se que não houve mudanças no panorama geral das temáticas e dos conteúdos trabalhados. Isso demonstra a necessidade de revisão urgente desse tipo de aperfeiçoamento, para que se consiga, de fato, prover uma atualização profissional que esteja em consonância com os princípios de uma APS de base territorial e comunitária e coerente com as necessidades da população.

Parte das ofertas educativas foi classificada em mais de um eixo temático, o que revela a pulverização de temas dentro de um mesmo curso de curta duração. Essa situação se agrava quando a carga horária

desses cursos é pequena. Identificou-se que quase 30% dos cursos com matrícula ativa possuíam menos de 30 horas de carga horária, sendo considerados cursos de atualização que têm o objetivo de incrementar conhecimentos e habilidades dos profissionais em áreas específicas, sem necessariamente conferir um título acadêmico (Brasil, 2012).

A pulverização de temáticas em cursos de curta duração com carga horária reduzida pode acarretar diversas implicações negativas para a formação, comprometendo a qualidade do aprendizado e o desenvolvimento de competências essenciais. A superficialidade do conteúdo, a falta de atividades práticas, a fragmentação do conhecimento e o prejuízo ao desenvolvimento de competências complexas são algumas das implicações que a variedade de temas dentro de um mesmo curso pode acarretar, não apenas no campo da saúde, mas em outros também (Pimenta *et al.*, 2017).

Por outro lado, essa pluralidade, segundo o estudo de Azevedo, Pezato e Mendes (2017), pode revelar uma tentativa de interdisciplinaridade, entendida como uma cooperação entre os saberes, o que pode levar a uma compreensão mais ampla da saúde, para além do biológico, mas também sob o enfoque social e psicológico.

Apesar de ainda insuficientes, identificaram-se matrículas em 14 cursos que tinham como tema principal a saúde digital. As ofertas envolviam registros eletrônicos em saúde, cultura digital, tecnologia digital e literacia digital. As tecnologias digitais são uma importante estratégia que pode ser utilizada pelos profissionais para qualificação do cuidado e da gestão no âmbito da APS. O processo de informatização das unidades e o uso de tecnologias na APS, como o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), têm sido crescentes (Cellupe *et al.*, 2024). No entanto, persistem problemas relacionados à ausência de treinamento das equipes, à baixa qualidade dos registros, à resistência para mudança no processo de trabalho e à falta de habilidade individual com o uso das tecnologias (Avila *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2022; Schönholzer *et al.*, 2021), o que aponta, ainda mais, a importância da introdução da temática na formação dos médicos.

Outro aspecto importante no processo formativo dos profissionais é a compreensão do trabalho como estratégia formativa constante. Tomar as práticas de saúde como projeto educativo é propiciar a aproximação do ensino ao mundo do trabalho (Paim, 2006). Para tanto, é preciso que a formação e a qualificação profissionais sejam capazes de produzir profissionais críticos reflexivos, princípio da EPS (Brasil,

2018), e que reconheçam a potência do seu cotidiano como instrumento transformador da realidade. Esses elementos estruturam o PMMB e a educação *pele e no* trabalho.

Para tanto, é fundamental que os percursos formativos dos médicos sejam acompanhados e direcionados pelos supervisores, para que seus itinerários consigam conciliar o interesse profissional com as necessidades dos territórios. Nesse aspecto, o papel do supervisor acadêmico é fundamental para apoiar o médico na elaboração do plano pedagógico que orientará a escolha dos cursos e itinerários formativos, com base nas necessidades identificadas no processo de supervisão (Brasil, 2015).

Reconhecem-se os desafios impostos para a formação médica de qualidade num projeto dessa dimensão e magnitude. E destaca-se que a formação médica no PMMB precisa ser direcionada para contribuir com o fortalecimento de uma APS de base territorial e comunitária. Em outras palavras, é preciso que o processo formativo contribua para que o médico de APS se reconheça como agente de mudança da realidade social. Para tanto, o médico deve compreender que seu trabalho extrapola o conhecimento da clínica e da relação unidirecional médico-paciente e se insere num contexto coletivo com território definido, envolvendo uma dimensão epidemiológica, uma dimensão social e uma dimensão gerencial, tripé da saúde coletiva (Paim, 2006).

## Referências

- AVILA, G. S. *et al.* Difusão do prontuário eletrônico do cidadão em equipes de saúde da família. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021.
- AZEVEDO, A. B.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 647-657, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012. Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 set. 2012. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CEB-006-2012-09-20.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2025.
- BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=15&data=08/06/2015>. Acesso em: 7 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2023b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/pri0604\\_18\\_05\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/pri0604_18_05_2023.html). Acesso em: 7 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 7 abr. 2025.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CELUPPI, I. C. *et al.* Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, p. 1-11, 2024.
- COELHO, M. G. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, p. 15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZpCKXXy8PZpzhqvf5bWnBxC/>. Acesso em: 5 abr. 2025.

- COSTA, G. M. C. *et al.* Funcionamento do prontuário eletrônico do cidadão no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 4381-4388, 2022.
- MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020.
- PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?. In: PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: Edufba, 2006. p. 99-116.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 629-646, 2011.
- PIMENTA, S. G. *et al.* Os cursos de licenciatura em pedagogia: fragilidades na formação inicial do professor polivalente. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 15-30, 2017.
- PIZZINATO, A. *et al.* A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, p. 170-177, 2012.
- SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Implementation of the e-SUS Primary Care system: Impact on the routine of Primary Health Care professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 1-7, 2021.
- SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2007. p. 159-176.



# SISTEMATIZAÇÃO DOS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO MÉDICO NO BRASIL ENTRE 2013 E 2023

Hebert Luan Pererira Campos dos Santos  
Elvira Caires de Lima  
Fernanda Beatriz Melo Maciel  
Andherson Sthéphanon Barberino Damasceno  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Silvama Lima Vieira  
Níli Maria de Brito Lima Prado

## Apresentação

O capítulo em questão oferece uma análise detalhada dos desafios enfrentados pelas estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico no Brasil entre 2013 e 2023. Esse período coincide com a implementação de políticas públicas voltadas para a ampliação da oferta de médicos em regiões de difícil acesso, com destaque para o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), além de outras iniciativas, como os cursos de graduação e residência médica em áreas remotas.

Como argumenta Paim (2019), os programas de provimento médico são, em sua essência, estratégias de enfrentamento das desigualdades de saúde, mas a formação desses profissionais enfrenta dilemas cruciais que envolvem desde a adaptação dos currículos até a resistência dos próprios profissionais à realidade local. Esse ponto de vista reforça a ideia de que, embora os programas de provimento médico tenham sido fundamentais para a distribuição de médicos em áreas carentes, ainda existem desafios substanciais na formação desses profissionais, que precisam ser discutidos de maneira aprofundada.

O capítulo destaca, em primeiro plano, as dificuldades relacionadas à formação contínua dos médicos, com ênfase na adequação da formação acadêmica às necessidades específicas da Atenção Primária à Saúde (APS). Como apontam Oliveira e Silva (2021), “muitos dos profissionais alocados nas regiões mais periféricas do país enfrentam um gap formativo, que não se limita às questões técnicas, mas abrange aspectos de convivência com a diversidade cultural e social dessas populações”. Essa lacuna é um dos principais obstáculos à efetividade das políticas de provimento médico e exige uma revisão dos modelos pedagógicos tradicionais, favorecendo uma formação mais integrada à realidade do sistema de saúde local.

Outro aspecto abordado é a resistência de alguns atores da educação médica e da gestão pública frente às mudanças propostas por esses programas. Segundo Ferreira e Gomes (2020), “a implementação do PMMB e de outras iniciativas similares exigiu não só a alocação de recursos, mas também uma mudança profunda nas concepções de ensino e prática médica, o que gerou resistências por parte de instituições de ensino e profissionais da saúde”. O capítulo discute essas resistências não apenas como um obstáculo, mas também como uma oportunidade para repensar a forma como a educação médica é estruturada e adaptada às demandas sociais.

Além disso, a avaliação da eficácia dos programas de provimento é um tema crucial abordado no capítulo. Lima e Almeida (2022) afirmam que “os mecanismos de monitoramento e avaliação, como o PMAQ, são instrumentos importantes para medir os impactos das políticas de provimento médico, mas é preciso ir além das métricas quantitativas e incorporar análises qualitativas sobre a adaptação dos profissionais e os resultados reais para a saúde da população”. O capítulo analisa os desafios desses sistemas de avaliação, que muitas vezes não capturam adequadamente a complexidade da formação profissional e a efetividade das políticas no contexto local.

Por fim, o capítulo propõe caminhos para a superação desses desafios, como a necessidade de uma maior integração entre as esferas federal, estadual e municipal na gestão dos programas e a incorporação de novas metodologias pedagógicas, que permitam uma formação médica mais alinhada com a realidade das comunidades atendidas. Conforme destaca Souza (2023), a construção de um modelo de formação que considere a integração das políticas públicas, a articulação com

as necessidades locais e a valorização da experiência prática é essencial para a evolução dos programas de provimento médico no Brasil.

Em resumo, este capítulo oferece uma reflexão crítica sobre os desafios e as estratégias adotadas para a formação profissional nos programas de provimento médico no Brasil, contribuindo para o debate sobre a melhoria da qualidade da formação médica no país e seu impacto na promoção da saúde coletiva.

## Introdução

A temática do provimento e da retenção de profissionais de saúde em áreas de alta vulnerabilidade social percorre a história das políticas de saúde e integra as agendas governamentais, tanto no contexto nacional como no contexto internacional (Alves *et al.*; 2017; Asaria *et al.*, 2016). Embora direcionadas ao problema de baixa densidade demográfica e barreiras geográficas em países de grande extensão territorial, as estratégias para fixação profissional são diversas e com diferentes resultados, o que dificulta estabelecer parâmetros de comparação entre sistemas distintos.

No contexto brasileiro, ao longo dos anos, diversas políticas e estratégias indutoras para o provimento e a fixação dos médicos foram sendo implementadas (Carvalho; Sousa, 2013; Oliveira *et al.*, 2015). Nas últimas duas décadas, entre as iniciativas brasileiras, destacam-se o PMMB, instituído no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM) por meio da Lei nº 12.871 de 2013 (Brasil, 2013), e o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), por meio da Lei nº 13.958 de 2019 (Brasil, 2019). Ambos tinham entre o conjunto de objetivos o fortalecimento da política de formação e da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a integração ensino-serviço (Brasil, 2013, 2019).

Mais recentemente, em 2023, por meio da Lei nº 14.621, o governo federal instituiu a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do PMM, com vistas à integração de programas de formação, provimento e educação pelo trabalho (Brasil, 2023), mais uma vez incluindo a formação no conjunto de ações prioritárias para fomentar o provimento e a fixação de médicos. Porém, o atendimento das complexas necessidades de saúde implica a organização sistematizada de conteúdos e de métodos de ensino e aprendizagem, teóricos e práticos, conjugados à EPS, que estimulem o desenvolvimento de capacidades profissionais e, concomitantemente, reforcem a qualidade

da atenção na estratégia prioritária de organização da APS no Brasil, principal lócus de atuação dos participantes do PMMB.

Cabe reiterar que o SUS incorporou a EPS como uma política estratégica para concepção da formação e do trabalho no SUS. O primeiro marco político institucional dessa incorporação foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde em 2003, seguida, em 2004, pela publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por essa secretaria enquanto marco para a área de trabalho e educação em saúde no país. Do mesmo modo, o PMMB incluiu a PNEPS como proposta ao desenvolvimento de iniciativas qualificadas de EPS e como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local, visando ao fortalecimento das práticas em cada nível local do sistema de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017; Rios; Teixeira, 2018; Silva; Cecílio, 2019).

Todavia, uma análise sobre o panorama da produção científica sobre o PMMB constatou que, entre os anos de 2013 e 2016, o eixo de formação ainda não apresentava destaque na agenda das pesquisas cadastradas na Plataforma PMM, com incipiente número de artigos publicados à época (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017), o que reforça a premência de estudos sobre as estratégias de formação dos programas de provimento médico.

Em que pese a importância da formação profissional para o SUS, estudos que abarcam a temática ainda parecem ser escassos na literatura, visto que os trabalhos publicados até então têm priorizado analisar questões mais relacionadas ao eixo do provimento emergencial, o que pode indicar uma secundarização do eixo da formação no contexto dos programas.

Ante os aspectos supramencionados, o objetivo desta revisão foi identificar, na literatura científica, elementos facilitadores e desafios relativos à operacionalização das ações educacionais para aperfeiçoamento dos médicos participantes nos programas de provimento médico do Brasil entre os anos de 2013 e 2023. Para suscitar as reflexões neste capítulo, realizou-se uma revisão de síntese integrativa da literatura.

As revisões integrativas da literatura são compreendidas como metodologias que proporcionam a síntese do conhecimento e a aplicabilidade de resultados de estudos significativos para o campo da saúde (Souza; Silva; Carvalho, 2010). Para o desenvolvimento desta revisão, foram seguidas as recomendações do Preferred Reporting Items for

Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) e as etapas definidas por Souza, Silva e Carvalho (2010): 1ª fase – elaboração da pergunta norteadora; 2ª fase – busca ou amostragem na literatura; 3ª fase – coleta de dados; 4ª fase – análise crítica dos estudos incluídos; 5ª fase – discussão dos resultados.

Inicialmente, com o propósito de promover uma síntese de conhecimentos, as perguntas que guiaram a revisão foram: “como estão caracterizadas as ofertas educacionais que compõem as ações de aperfeiçoamento nos programas de provimento médico no Brasil entre os anos de 2013 e 2023?”; e “quais são os elementos facilitadores e os desafios citados na literatura científica relativos à natureza e à abrangência das ofertas educacionais nos diferentes programas de provimento entre 2013 e 2023?”.

As estratégias de busca utilizadas foram construídas considerando os termos e as palavras-chave dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme Quadro 1. A pesquisa foi realizada entre outubro e novembro de 2023, nas bases de dados Scopus (Elsevier), Biblioteca Cochrane, Embase (Elsevier), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed), Educational Resources Information Centre (Eric) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). De modo paralelo, foram recuperadas dissertações de mestrado – acadêmico e profissional – e teses de doutorado que tratavam sobre o tema, nas bases de dados: Catálogo de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), publicadas entre 2013 e 2023.

Os critérios de elegibilidade incluíram artigos originais com texto completo disponível em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos dez anos (2013-2023), que responderam ao objetivo da revisão. Os critérios de exclusão compreenderam artigos duplicados; em outros idiomas; outros gêneros textuais, como cartas, comentários, relatórios, resumos e editoriais; artigos incompletos e/ou indisponíveis; além de estudos não relacionados ao objetivo da pesquisa, ou seja, que: i) não tratavam de intervenções ou ofertas educacionais na educação permanente ou ciclos formativos no PMM; ii) artigos que discutiam outros elementos, como implantação e avaliação dos programas e a questão do provimento e da fixação dos médicos na APS; e/ou iii)

artigos relacionados à formação e à expansão das vagas em cursos de Medicina, com foco apenas na graduação.

**QUADRO 1** Síntese das estratégias de busca utilizadas, conforme bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca	
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	(programa mais médicos) AND (brasil) AND (fulltext: ("1" OR "1") AND la: ("pt" OR "en" OR "es")) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])	851
	(more doctors program) AND (brasil) AND (fulltext: ("1" OR "1") AND la: ("pt" OR "en" OR "es")) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])	420
	(programa mais médicos) AND (educação permanente) AND (fulltext: ("1" OR "1") AND la: ("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])	111
	(programa mais médicos) AND (educação médica continuada) AND (fulltext: ("1" OR "1") AND la: ("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])	38
SciELO	(programa mais médicos) AND (educação permanente) OR (cursos) OR (especialização) OR (supervisão)	868
	(programa mais médicos) AND (brasil)	153
PubMed	(programa mais médicos) AND (brasil)	48
	(more doctors program) AND (brasil) Filters applied: Free full text.. year: 2013 to 2023	484
Embase	'programa mais médicos' AND brasil AND [2013-2023]/py	10
	('more doctors program' OR (more AND doctors AND ('program'/exp OR program))) AND ('brazil'/exp OR brazil) AND [2013-2023]/py	152
Scopus	(programa mais médicos) AND (brasil) AND [2013-2023]	30
	(more doctors program) AND (brasil) AND [2013-2023]	168
Biblioteca Cochrane	(more doctors program) AND (brasil)	1
Eric	(more doctors program) AND (brasil)	301
Catálogo de Dissertações e Teses da Capes	("Programa Mais Médicos" OR "Programa Médicos pelo Brasil" AND (year_cluster: [2013 TO 2023]))	172
BDTD	("Programa Mais Médicos" OR "Programa Médicos pelo Brasil" AND (year_cluster: [2013 TO 2023]))	185
Lilacs	("Programa Mais Médicos" OR "Programa Médicos pelo Brasil" AND (year_cluster: [2013 TO 2023])).	37
<b>Total geral</b>		<b>4.029</b>

Fonte: elaborado pelos autores.

Os 3.635 artigos foram inicialmente triados a partir da leitura dos títulos e resumos, com o auxílio da ferramenta Rayyan Shanaa (2021). Essa etapa foi conduzida por um revisor, e as dúvidas foram discutidas com um segundo revisor, sendo possível excluir 1.637 duplicatas.

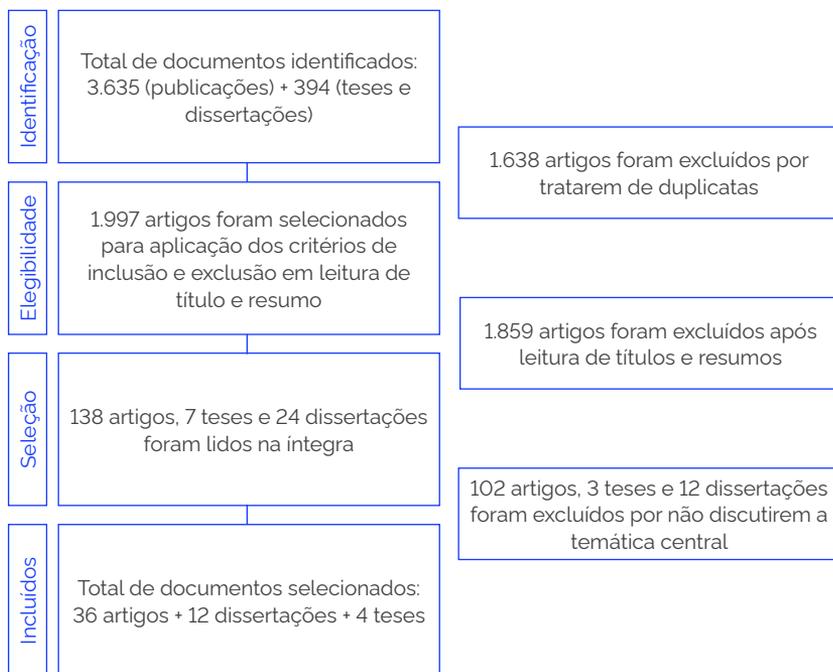
Seguiu-se para leitura de títulos e resumos e 1.859 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Os 138 artigos seguiram para leitura na íntegra e 102 foram excluídos por não discutirem a temática central – textos que discutiam a implantação e a avaliação do programa, a questão do provimento e da fixação dos médicos na APS, as questões políticas relacionadas à relação entre governo, mídia, sociedade e entidades, as questões relacionadas à formação e à expansão das vagas em cursos de graduação em Medicina, e a avaliação do impacto do programa nos indicadores de saúde –, restando 36 artigos para compor o *corpus* de análise desta revisão (Figura 1).

Nas buscas das teses e dissertações, foram identificados 394 documentos que tinham o PMM ou o PMMB ou o PMpB. Após exclusão das duplicatas, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos documentos, sendo inclusas quatro teses de doutorado e 12 dissertações.

Os artigos, as teses e as dissertações foram sistematizados em um banco de dados utilizando o Microsoft Excel®, considerando as seguintes variáveis: autor; ano da publicação; local do estudo; desenho do estudo; natureza da intervenção (cursos de especialização, de aperfeiçoamento, de curta duração); temáticas abordadas; e aspectos facilitadores e desafios da intervenção educacional.

**FIGURA 1** Fluxograma da seleção dos artigos, das dissertações e das teses para revisão integrativa de literatura



Fonte: elaborada pelos os autores a partir dos resultados do estudo.

Os artigos foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica, sendo, para os estudos observacionais em epidemiologia, utilizados os 22 critérios propostos pela iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe); e, para os estudos qualitativos, utilizados os 32 critérios descritos no instrumento Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (CoReQ). Nenhuma dessas avaliações teve a finalidade de exclusão dos artigos selecionados; serviram, essencialmente, para avaliar a qualidade e a robustez metodológica de cada publicação (Tabela 1).

**TABELA 1** Pontuação e percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do Strobe e do CoReQ

Autor/ano	Nº de itens	%
<b>CoReQ</b>		
SOARES <i>et al.</i> , 2022; PAIM; COUTINHO; OLIVATTO, 2022; NASCIMENTO; FILHO, 2018; ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019; CORTEZ <i>et al.</i> , 2019; QUINTANA <i>et al.</i> , 2020; FREITAS; CHIAVON; MIRANDA, 2023; CAVALCANTI A; SANTANA, 2022; CARVALHO; MENDES, 2021; SHIMIZU <i>et al.</i> , 2020; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2019; PENHA <i>et al.</i> , 2019; LUNA <i>et al.</i> , 2019; GUSSO, 2017; VIEIRA; BUENO; AQUINO, 2022; ENGSTROM <i>et al.</i> , 2016	7	22%
CEZAR <i>et al.</i> , 2019; SOARES <i>et al.</i> , 2022; SOUZA <i>et al.</i> , 2021; FREIRE FILHO <i>et al.</i> , 2018; PEREIRA; SOARES, 2022; CARDOSO JUNIOR; SOUSA, 2020; MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019; CABALLERO GONZALEZ; IVANEZ GONZALEZ, 2015	3	9%
AGUIAR; MACEDO, 2019; FARIA; PAULA; ROCHA, 2016; SOUZA, 2022; THUMÉ <i>et al.</i> , 2016; LIMA <i>et al.</i> , 2016; BONFIM; PEREIRA, 2022; SHIMOCOMAGUI <i>et al.</i> , 2021; BRASIL <i>et al.</i> , 2021; ALMEIDA <i>et al.</i> , 2017; SOUZA, 2015; WARMLING <i>et al.</i> , 2018	4	12%
<b>Strobe</b>		
SARTI <i>et al.</i> , 2022	10	45%
SANTOS; GONDIM; PRAXEDES, 2019	9	40%

Fonte: elaborada pelos autores.

Para este estudo, todos os artigos selecionados foram submetidos à avaliação dos itens Strobe (quantitativos) e CoeQ (qualitativos). O Strobe compreende 22 critérios, cada um equivalendo a um ponto (pontuação máxima = 22). O CoReQ compreende 32 critérios (pontuação máxima = 32). Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade. O percentual de qualidade reflete o número de itens atendidos em relação ao total de itens em cada diretriz. Todos os artigos foram mantidos, independentemente da pontuação/porcentagem alcançada.

### *Caracterização geral dos documentos selecionados*

Foram selecionados 52 documentos, sendo 36 artigos científicos, 12 dissertações e quatro teses (Quadro 2). Quanto aos artigos selecionados, há uma variação ano a ano, com momentos de maior número de publicações, sendo que a maioria dos artigos foi publicada nos anos de 2019 e 2022, enquanto outros períodos não apresentaram registro de publicações.

**QUADRO 2** Artigos, dissertações e teses selecionados para revisão integrativa de literatura

Tipo de documento	Autor/ano
Artigos	SOARES <i>et al.</i> , 2022; PAIM; COUTINHO; OLIVATTO, 2022; NASCIMENTO; FILHO, 2018; CEZAR <i>et al.</i> , 2010; ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019; CORTEZ <i>et al.</i> , 2019; QUINTANA <i>et al.</i> , 2020; FREITAS; CHIAVON; MIRANDA, 2023; CAVALCANTTI A; SANTANA, 2022; CARVALHO; MENDES, 2021; SHIMIZU <i>et al.</i> , 2020; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2019; PENHA <i>et al.</i> , 2019; LUNA <i>et al.</i> , 2019; GUSSO, 2017; VIEIRA; BUENO; AQUINO, 2022; ENGSTROM <i>et al.</i> , 2016; SANTOS; GONDIM; PRAXEDES, 2019; SOUZA <i>et al.</i> , 2021; SARTI <i>et al.</i> , 2016; FREIRE FILHO <i>et al.</i> , 2018; PEREIRA; SOARES, 2022; CARDOSO JUNIOR; SOUSA, 2020; MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019; AGUIAR; MACEDO, 2019; FARIA; PAULA; ROCHA, 2016; SOUZA, 2022; THUMÉ <i>et al.</i> , 2016; LIMA <i>et al.</i> , 2016; BONFIM; PEREIRA, 2022; SHIMOCOMAQUI <i>et al.</i> , 2021; BRASIL <i>et al.</i> , 2021; ALMEIDA <i>et al.</i> , 2017; SOUZA, 2015; WARMILING <i>et al.</i> , 2018; CABALLERO GONZALEZ; IVANEZ GONZALEZ, 2015
Dissertações	ALENCAR, 2018; ALVES, 2018; BAIÃO, 2016; BRASIL, 2018; CAMPOS, 2021; CARVALHO, 2021; FERRACUTI, 2019; FERREIRA, 2017; PAES, 2019; PEREIRA, 2021; SILVA, 2018; VIEIRA, 2017
Teses	DANTAS, 2018; FREITAS, 2022; GRANVILLE, 2023; SANTOS, 2017

Fonte: elaborado pelos autores

Todos os artigos foram veiculados em periódicos da área da saúde e educação médica. As revistas da área de saúde coletiva mostraram-se como o lócus privilegiado de publicação, seguidas pelas revistas de educação médica e Medicina de Família e Comunidade (MFC). Destacam-se a *Revista Baiana de Saúde Pública* e a *Interface*, com maior número de publicações, fato que pode relacionar-se aos números especiais sobre formação médica no PMM, em ambos periódicos. Nestes, observou-se predomínio de artigos com descrição de relatos de experiências. Nas demais publicações selecionadas, quanto à abordagem metodológica, os estudos qualitativos foram os mais frequentes.

Quanto à análise das teses e dissertações, a maioria foi produto de estudos vinculados a mestrado profissional, publicadas em 2018, em instituições formadoras localizadas na região Sudeste e sem financiamento de instituições de pesquisa (Tabela 2).

Os dados bibliométricos referentes aos estudos selecionados nesta revisão convergem com o encontrado na literatura nacional (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017) quanto à menor participação do eixo “formação para o SUS” no conjunto das publicações científicas. Avançar nos processos formativos, para que sejam críticos e proposi-tivamente comprometidos com a defesa e o aprimoramento do SUS e pelo programa em voga, tem sido o objetivo dos esforços de qualificação da formação em saúde para o SUS. Isso indica que, além de ter médicos distribuídos em todo território nacional e na proporção adequada, é

necessário também formá-los em função da atenção às necessidades de saúde das pessoas de cada região de saúde.

Quanto à análise da qualidade e da robustez metodológica dos artigos selecionados, observa-se que a totalidade dos artigos possui baixas pontuações de acordo com os critérios analisados. As publicações priorizaram a abordagem qualitativa mediante a descrição de experiências ou percepção dos participantes sobre sua formação em cursos de pós-graduação *lato sensu* vinculados ao PMMB. Isso pode indicar que as produções científicas sobre as estratégias de formação nos programas de provimento médico ainda estão marcadas pela rarefação teórica e conceitual, cujo reflexo se dá pelo incipiente aprofundamento de uma análise crítica acerca do conhecimento construído sobre a temática (Tabela 1).

Embora todos os documentos analisados reforcem a importância da formação em serviço para os médicos participantes, entre os 52 estudos selecionados apenas uma tese (Granville, 2023) e uma dissertação (Brasil, 2018) apresentaram um alinhamento explícito ao que se entende como EPS no contexto do SUS.

O *corpus* dos documentos analisados nesta revisão aponta que ainda são poucos os estudos sobre as experiências formativas nos programas de provimento. E estes tratam da visão dos médicos supervisores (Engstrom; Carvalho; Castro, 2016; Paim; Coutinho; Olivatto, 2022; Soares *et al.*, 2018) ou dos médicos participantes (Nascimento Filho; Rocha, 2018), entretanto tais estudos não problematizam aspectos de cunho pedagógico e da educação pelo trabalho, aspectos estruturantes das ações formativas em programas de provimento.

**TABELA 2** Caracterização geral dos artigos, das dissertações e das teses selecionados

Artigos científicos		
2015	2	5,5
2016	4	10,9
2017	2	5,5
2018	3	8,1
2019	9	24,3
2020	3	8,1
2021	3	8,1
2022	8	22,2
2023	2	5,5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Periódico	Nº	%
<i>Interface</i>	9	24,3
<i>Revista Baiana de Saúde Pública</i>	8	22,2
<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>	3	8,1
<i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i>	3	8,1
<i>Revista Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>	2	5,5
<i>Revista de APS</i>	2	5,5
<i>Saúde em Debate</i>	2	5,5
<i>Tempus - Actas de Saúde Coletiva</i>	2	5,5
<i>Revista de Salud Pública</i>	1	2,72
<i>Edumecentro</i>	1	2,72
<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>	1	2,72
<i>Saúde em Redes</i>	1	2,72
<i>Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales</i>	1	2,72
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Abordagem metodológica	Nº	%
Estudo qualitativo	34	94,5
Estudo quantitativo	2	5,5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Dissertações e teses		
Tipo de documento	Nº	%
Tese	4	25
Dissertações de mestrado profissional	8	50
Dissertações de mestrado acadêmico	4	25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
Ano de publicação	Nº	%
2016	1	6,25
2017	3	18,75
2018	5	31,25
2019	2	12,5
2021	3	18,75
2022	1	6,25
2023	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
Instituição formadora	Nº	%
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)	2	12,5
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	2	15,5
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	1	6,25
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	1	6,25
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	1	6,25
Universidade Estadual do Ceará (UECE)	1	6,25
Universidade Federal do Ceará (UFC)	1	6,25
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	1	6,25
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	1	6,25
Universidade Federal Fluminense (UFF)	1	6,25
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	1	6,25
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1	6,25
Universidade de Fortaleza (Unifor)	1	6,25

Fonte: elaborada pelos autores.

### Ofertas educacionais, concepção pedagógica e temáticas priorizadas no eixo formativo

A literatura científica analisada (Quadro 2) aponta que a execução das ações formativas para os médicos participantes dos programas de provimento médico no Brasil entre os anos de 2013 e 2023 ocorreu a partir de um conjunto de ofertas educacionais que abarcou cursos

de especialização (Cezar *et al.*, 2019; Paim; Coutinho; Olivatto, 2022; Soares *et al.*, 2022), cursos de capacitação em temáticas específicas (Souza *et al.*, 2021) e atividades vinculadas ao Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) (Faria; Paula; Rocha, 2016), ofertado aos médicos intercambistas – estrangeiros e brasileiros formados em instituições no exterior.

Desse ponto de vista, as modalidades de ofertas educacionais encontradas na literatura convergem com a proposta normativa apresentada pelo PMMB, visto que a estrutura pedagógica das ações educacionais do PMM organiza-se a partir de dois ciclos: o primeiro, composto por cursos de especialização em áreas estratégicas para o SUS – Saúde da Família; Saúde Indígena, MFC –, associado a atividades de preceptoria e supervisão; e um segundo ciclo, que buscava o aprimoramento do conhecimento médico a partir de temáticas relacionadas à APS, por meio de atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão (Brasil, 2015, 2023).

Destaca-se que a “formação *no e para o SUS*” deve ser tema prioritário para constituição de uma agenda de pesquisa nos programas de provimento, sobretudo pela potencialidade de modificar o processo de trabalho em saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Reconhecendo isso, os programas de provimento médico incluíram a PNEPS como proposta ao desenvolvimento de iniciativas qualificadas de EPS, com vistas à problematização acerca dos processos de trabalho em saúde, saberes e necessidades da população (Brasil, 2013). Nesse sentido, a incorporação da EPS como uma política estratégica para concepção do eixo formativo foi um marco importante na trajetória dos programas de provimento, pois direcionavam, do ponto de vista normativo, uma opção político-pedagógica que, enquanto estratégia do SUS, buscava a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (Santana, 2008).

No entanto, quanto à concepção pedagógica, notou-se que a literatura analisada utiliza de forma intercambiável as noções de EPS e de educação médica continuada, na medida em que vinculam o aprofundamento do conhecimento em temas relevantes para atuação médica na atenção básica ao objetivo do eixo formativo. Historicamente, a literatura utiliza uma diversidade de noções e termos para tratar sobre a formação de trabalhadores em saúde: treinamento em serviço, capacitação, educação no trabalho, educação em serviço, educação continuada, educação permanente (Santos *et al.*, 2022).

Outro aspecto identificado foi que poucos artigos (Cortez *et al.*, 2019; Freire Filho *et al.*, 2018) discutem a perspectiva da uniprofissionalidade nos processos de formação dos programas de provimento como aspecto restritivo. Sobre isso, Freire Filho e demais autores (2018), ao analisarem os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados pelo PMMB, como possibilidade para adoção dos elementos teóricos e metodológicos da educação interprofissional, observaram que os pressupostos da interprofissionalidade não aparecem de forma explícita, embora as abordagens metodológicas, a estrutura curricular e os métodos de ensino-aprendizagem se mostrassem coerentes com o desenvolvimento de competências colaborativas.

Pinto e Teixeira (2022), ao identificarem áreas-problema no processo de execução da PNEPS nos estados brasileiros, apontaram que os modelos de formação e EPS implementados centram-se em um modelo de capacitação tradicional, que ocorre a partir da reprodução de cursos e atividades voltadas a categorias profissionais isoladas, em detrimento da implantação de um modelo inovador, interprofissional e que leve em conta o trabalho em equipe e os pressupostos da EPS. Tais achados reforçam que ainda persiste um distanciamento entre o que está previsto normativamente e o que é de fato operacionalizado.

As temáticas evidenciadas pelo conteúdo das atividades formativas dos programas de provimento médico, segundo os artigos selecionados (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022; Soares *et al.*, 2022), versaram sobre modelos de gestão e de atenção à saúde, processo de trabalho na unidade de saúde, doenças e agravos mais prevalentes na população em geral. Alguns estudos (Almeida *et al.*, 2017; Brasil *et al.*, 2023; Macedo; Almeida; Silva, 2019) identificaram, ainda, temáticas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, às doenças tropicais negligenciadas, à apresentação do PMMB, à saúde mental e ao processo de trabalho na atenção básica.

Aponta-se certa insuficiência na abordagem sobre a saúde de grupos historicamente marginalizados dos serviços de atenção básica, como os homens, os adolescentes, os indígenas, a população negra, as pessoas LGBTQIAPN<sup>1</sup> e os trabalhadores. Há uma centralidade de organização dos assuntos no modelo de ciclos de vida, com certa manutenção da

---

<sup>1</sup> Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgênero, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticas, Não Binárias e mais.

priorização às temáticas referentes a uma determinada população ou grupo etário, como mulheres, crianças e idosos (Almeida *et al.*, 2017).

Por outro lado, alguns artigos analisados (Brasil *et al.*, 2023; Freire Filho *et al.*, 2018; Shimocomaqui *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2022) indicam que existe uma formação direcionada ao escopo de práticas conforme as necessidades do território, a exemplo de formação direcionada para médicos que atuem em comunidades específicas, como ribeirinhas, de sistema prisional e quilombolas. Sobre esse aspecto, Cezar e demais autores (2010) pontuam que, durante o processo formativo de um curso de especialização analisado, há discussão de casos clínicos direcionados, conforme as especificidades regionais e locais, considerando os agravos de saúde mais prevalentes em determinada região de atuação do profissional da área da saúde, bem como as características socio-culturais da população atendida.

Essa formação direcionada ao escopo das práticas, ainda que menos frequente, converge com os pressupostos da EPS, reforçando um dos princípios estruturantes da EPS, que é a centralidade do trabalho *in loco*, no desenvolvimento das ações educativas (Santos *et al.*, 2022). Tal elemento merece destaque, pois a proposta normativa dos programas de provimento médico não é ofertar uma cartela de cursos preexistentes e distanciados do processo de trabalho do território. O intuito explicitado na base legal é ofertar ações educativas integradas às necessidades dos territórios, e não apenas cursos desenhados a partir da mera padronização de conteúdos, metodologias e processo de aprendizado, fazendo crer que o mundo do trabalho se expressa de forma equivalente em todos os serviços (Andrade; Almeida; Santos, 2022).

### **Elementos facilitadores para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico**

As evidências apontaram um conjunto de elementos que facilitam a operacionalização das estratégias de formação nos programas de provimento médico, que foram sistematizados em três dimensões: governança e organização; infraestrutura e logística; supervisão e tutoria (Quadro 3).

Na dimensão “governança e organização”, percebe-se que a atuação interinstitucional (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022) e a parceria com a gestão municipal de saúde (Nascimento Filho; Rocha, 2018) são compreendidas como elementos importantes para viabilizar o

acompanhamento, o monitoramento e a formulação de estratégias político-pedagógicas de formação dos profissionais nos cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu* e ações de aperfeiçoamento nos cursos de curta duração na modalidade à distância.

Considerando a dimensão de infraestrutura e logística, a literatura aponta que o uso da modalidade à distância no processo formativo (Cezar *et al.*, 2019) é um dos elementos facilitadores, já que permite de forma democratizante o acesso à qualificação do profissional e da sua atuação nos serviços de saúde.

No contexto de supervisão e tutoria, destaca-se o espaço de formação comum para tutores, docentes e equipe pedagógica (Soares *et al.*, 2022), permitindo alinhamento entre as propostas pedagógicas e as atividades de tutoria e supervisão. O alinhamento da supervisão como um processo de formação em serviço (Shimizu *et al.*, 2020) e adaptação do processo de formação de acordo com as emergências e demandas do território (Souza *et al.*, 2021) pode contribuir com a oferta do cuidado em saúde nas comunidades. A construção de estruturas curriculares com metodologias de problematização concentradas em questões locais de saúde e com ênfase na abordagem clínica da APS e da MFC é um elemento que fundamenta a proposta do PMMB.

Destaca-se ainda que a periodicidade das supervisões, de modo longitudinal mensal, apoiadas pela tutoria acadêmica (Warmling *et al.*, 2018), como propõe a Portaria n° 585, de 15 de junho de 2015 (Brasil, 2015), é um dos elementos que facilitam a execução do processo formativo dos médicos vinculados ao programa.

### QUADRO 3 Síntese de evidências dos elementos facilitadores para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico

Facilitadores para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico
<b>Organização e governança</b>
Atuação interinstitucional como elemento importante para acompanhamento, monitoramento e formulação de estratégias político-pedagógicas de formação de profissionais nos cursos de especialização do PMM (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022.); Adaptação do processo de formação de acordo com as emergências e/ou as demandas do território (Souza <i>et al.</i> , 2021); Supervisão no contexto do programa como um processo de formação em serviço e um apoio institucional relevante na saúde do município (Shimizu, 2020); Parceria com a gestão municipal de saúde como agente fortalecedor da atuação e da formação do médico no contexto do programa de provimento (Nascimento Filho; Rocha, 2018)
<b>Infraestrutura e logística</b>
O uso da modalidade à distância no processo formativo como ferramenta potente e democratizante do acesso à qualificação do profissional e da sua atuação nos serviços de saúde (Cezar <i>et al.</i> , 2019)
<b>Supervisão e tutoria</b>
Espaço de formação comum para tutores(as), docentes e equipe pedagógica (Soares <i>et al.</i> , 2022); Encontros de supervisão longitudinal mensais, apoiados pela tutoria acadêmica, encontros entre tutores e supervisores acadêmicos e reuniões de tutores com supervisores e apoiadores do Ministério da Educação (MEC), e com presença eventual do apoiador descentralizado do Ministério da Saúde (Warmling <i>et al.</i> , 2018); Adoção de diversificados métodos pedagógicos, uso de metodologias ativas, nomeadamente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), discussão de casos clínicos complexos, e práticas interprofissionais para a resolução de problemas por meio do trabalho colaborativo (Freire Filho <i>et al.</i> , 2019); Formação adequada dos docentes que iriam atuar no módulo (Faria; Paula; Rocha, 2016)

Fonte: elaborado pelos autores.

### Desafios para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico

Os principais desafios identificados para operacionalização das estratégias de formação profissional no contexto dos programas de provimento foram estruturais, e outros do ponto de vista individual também foram relatados na literatura (Quadro 4).

Inicialmente, cabe reiterar os desafios relacionados diretamente à organização e governança: os supervisores apontaram falta de envolvimento do gestor da unidade (Shimizu *et al.*, 2020); forte pressão assistencial (Franco; Almeida; Giovanella, 2019); precariedade do vínculo contratual e falta de uma carreira de cargos e salários para os médicos (Shimizu *et al.*, 2020); incompreensão dos gerentes das unidades de APS sobre a atuação da supervisão (Shimizu *et al.*, 2020); alta rotatividade

profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente ocasionada pelos vínculos empregatícios precários e instáveis (Carvalho; Mendes, 2021; Freitas; Chiavon; Miranda, 2021; Gusso, 2017; Luna *et al.*, 2019; Shimizu *et al.*, 2020); baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e das equipes sobre o sistema de saúde (Carvalho; Mendes, 2021; Cavalcanti; Santana, 2022; Freitas; Chiavon; Miranda, 2021); dificuldade de participação de gestores e profissionais da unidade no processo de supervisão (Freitas; Chiavon; Miranda, 2021); insegurança pela ausência de uma perspectiva de carreira na APS e as condições de trabalho; e a infraestrutura inadequada dos serviços e que se relacionam diretamente com as gestões locais e a fraca resposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) à continuidade do cuidado a partir da APS (Cortez *et al.*, 2019).

Alguns dos desafios e obstáculos também coadunam com o processo de implementação da PNEPS nos estados e municípios, tais como dificuldades relativas à articulação entre gestores e trabalhadores, à pouca compreensão dos gestores municipais sobre a concepção de EPS, à indefinição de parâmetros para elaboração de projetos de formação e à ausência de processos avaliativos acerca dos projetos desenvolvidos e seus desdobramentos na mudança das práticas de formação, gestão e atenção na saúde (Pinto; Teixeira, 2022).

Os desafios relacionados à infraestrutura e logística centraram-se, principalmente, na insuficiência estrutural dos serviços de APS e nos limites da internet, relacionados à indisponibilidade de internet estável nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de atuação dos médicos participantes, principalmente em área rural (Brasil, 2018; Cavalcanti; Santana, 2022; Luna *et al.*, 2019). Na execução das ações de EPS, foram sinalizados pelos estudos que obstáculos dessa natureza têm sido comuns para implementação das ofertas educativas relacionadas à inadequação de espaço físico, ao apoio logístico e à insuficiência de recursos – transporte, diárias etc. – para a realização das ações de EPS (Carvalho, 2021; Pinto; Teixeira, 2022).

Por fim, os desafios relacionados à supervisão e tutoria acadêmicas foram múltiplos e envolveram a fragilidade no sistema de supervisão e tutorial. O conjunto de evidências apontou, por exemplo, dificuldade de realizar supervisão *in loco* (Luna *et al.*, 2019); períodos de paralisação da supervisão acadêmica, que deixaram parte do PMM na ilegalidade devido ao não cumprimento do que está previsto em lei, que seria manter a supervisão regular e periódica de todos os médicos

participantes (Almeida; Macedo; Silva, 2019); movimento de rotatividade dos tutores e supervisores (Silva, 2018; Soares *et al.*, 2022); dificuldades de cumprimento dos pressupostos do programa no que diz respeito à regularidade e à longitudinalidade da supervisão e tutoria acadêmicas (Alencar, 2018; Almeida; Macedo; Silva, 2019; Baião, 2016).

Esses aspectos restritivos reforçam que o processo de gestão acadêmica de tutoria e supervisão são heterogêneos e definidos por cada Instituição Supervisora (IS) (Penha *et al.*, 2019). Cabe destacar que alguns desses desafios se distanciam, inclusive, da proposta da supervisão no contexto do PMMB, conforme determinado pela Portaria n° 585, de 15 de junho de 2015 (Brasil, 2015), que estabelecia que a realização das atividades de supervisão acadêmica se caracterizaria enquanto espaços de EPS, sendo desenvolvidas por encontro de EPS para qualificação da supervisão acadêmica, encontro de supervisão local regional e supervisão periódica, isto é, caracterizada pela visita de supervisão *in loco* e acompanhamento longitudinal (Brasil, 2015).

Esses obstáculos e desafios colocados no contexto da supervisão dos programas de provimento médico comprometem a supervisão acadêmica enquanto um dos eixos educacionais com potencial de fortalecimento da política de EPS, por meio de encontros entre supervisor e médicos com potencial pedagógico para formação médica que valorize a integração ensino-serviço.

A questão da supervisão acadêmica envolvendo a disponibilidade do supervisor e do tutor no processo de aprendizagem e outras questões relativas à agenda e à quantidade insuficiente de supervisores e tutores podem ser vistas como desafios e nós críticos que, se superados, podem fortalecer a EPS no contexto dos programas. Reconhece-se que, frente a um cenário de grande extensão territorial, a presença mensal dos supervisores profissionais em determinadas áreas fica comprometida. Algumas experiências foram desenvolvidas, como é o caso da criação do Grupo Especial de Supervisão (GES) do PMM, criado em 2014, para atuar na região Norte do Brasil, enquanto uma estratégia de gestão para melhorar o processo de supervisão acadêmica naquela região do país (Carvalho, 2021; Luna *et al.*, 2019; Freitas, 2022). Com a perspectiva de ilustrar a interpretação acerca das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico no Brasil, delineou-se um diagrama (Figura 2) que busca elucidar, com base nas análises e nas premissas normativas dos programas de provimento, os elementos facilitadores e os obstáculos e desafios na operacionalização

das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico.

Conforme ilustrado na Figura 2, as premissas normativas que orientam o PMMB ancoraram-se nas diretrizes pedagógicas da EPS e nos princípios da APS. Os elementos facilitadores e os desafios já foram discutidos anteriormente. Um elemento a ser debatido a partir da Figura 2 é o cenário em que se ancora a execução dessas estratégias de formação profissional nesses programas, uma vez que sua execução ocorre em um determinado contexto e a partir da relação entre atores e sujeitos.

A execução do eixo formativo do PMMB ocorreu em um contexto de fragilidades já vivenciadas pela EPS no conjunto das políticas instituídas nas várias regiões do país (Pinto; Esperidião, 2022). Somam-se a esse contexto o caráter provisório do PMMB e a indefinição da carreira profissional, que também são elementos que constituem o cenário de implantação do programa no país, os quais traduzem em maior ou menor medida a série de desafios elencados pela literatura sobre a execução do programa (Separavich; Couto, 2021).

#### QUADRO 4 Desafios para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico

##### Desafios para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico

###### Organização e governança

Forte pressão assistencial (Franco; Almeida; Giovanella, 2019);  
Baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e das equipes sobre o sistema de saúde. Infraestrutura ainda é insuficiente e muito dependente da capacidade de gestão dos municípios (Freitas; Chiavon; Miranda, 2021; Cavalcanti A; Santana, 2022; Carvalho; Mendes, 2021);  
Efeitos da desarticulação e da pouca articulação entre as direções das secretarias de saúde, as gerências e as equipes das unidades de saúde (Souza *et al.*, 2022);  
Insegurança pela ausência de uma perspectiva de carreira na APS e precariedade do vínculo contratual, falta de uma carreira de cargos e salários para os médicos (Shimizu, 2020), e alta rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente ocasionada pelos vínculos empregatícios precários e instáveis (Freitas; Chiavon; Miranda, 2021; Carvalho; Mendes, 2021; Shimizu, 2020; Luna *et al.*, 2019; Gusso, 2017);  
A incompreensão dos gestores sobre a função da supervisão acadêmica (Freitas; Chiavon; Miranda, 2021);  
Supervisão restrita ao profissional médico, ao invés de abarcar todos os profissionais de saúde da unidade básica (Souza *et al.*, 2022), ausência de retorno quanto a encaminhamentos/notificações dos supervisores para as coordenações estadual e federal (PEREIRA; SOARES, 2022) e baixa carga horária semanal, exclusiva para a realização das atividades de formação (Cezar *et al.*, 2019)

## Desafios para operacionalização das estratégias de formação profissional nos programas de provimento médico

### Infraestrutura e logística

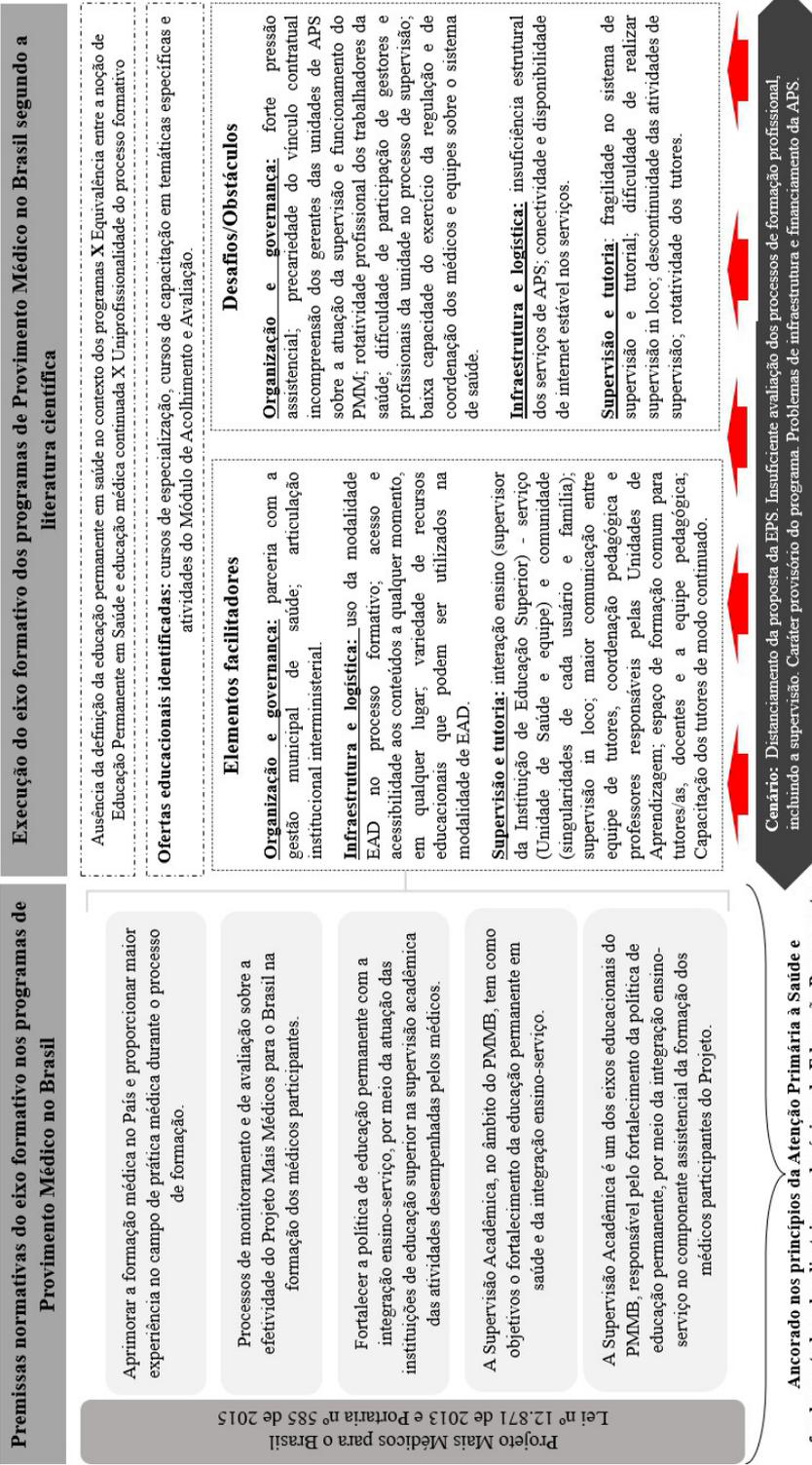
- Infraestrutura inadequada dos serviços e que se relacionam diretamente com as gestões locais e a fraca resposta das RAS à continuidade do cuidado a partir da APS (Cortez *et al.*, 2019; Campos, 2021);
- Dificuldades de acesso à área e de supervisão *in loco*, adversidades estruturais do contexto da saúde indígena – como condições de trabalho e relacionadas à RAS precárias –, e dificuldade no diálogo intercultural e na forma de abordagem (Luna *et al.*, 2019; Campos, 2021; Pereira, 2022);
- Dificuldade dos alunos ao utilizarem o ambiente virtual de aprendizagem, melhoria da plataforma para evitar prejuízo no desenvolvimento do curso, dificuldades de acesso de materiais, como vídeos, *e-book* e *link* de acesso das informações, e curto tempo para a realização das atividades (Brasil, 2018; Brasil *et al.*, 2022);
- Dependência de uma boa conexão com a internet, especialmente em áreas mais distantes do centro das cidades, em zonas rurais (Cezar *et al.*, 2019), e falha no apoio tecnológico e no sinal de internet para o cumprimento de atividades acadêmicas (Freitas; Chiavon; Miranda, 2021)

### Supervisão, tutoria e ofertas educacionais

Dificuldades de cumprimento dos pressupostos do programa no que diz respeito à regularidade e à longitudinalidade da supervisão e tutoria acadêmicas (Baião, 2016; Alencar, 2018; Almeida; Macedo; Silva, 2019);  
Frequente rotatividade dos supervisores (Silva, 2018);  
Supervisão priorizava aspectos biomédicos relacionados à atuação clínica do médico (Silva, 2018; Pereira, 2022);  
Dificuldade de comunicação tutor-aluno (Cezar *et al.*, 2019);  
Sistema de preceptoría frágil e pouco sistematizado, inclusive com períodos de paralisação (Almeida; Macedo; Silva, 2019);  
Dificuldade de confluência de agenda entre os supervisores e os supervisionados (Pereira; Soares, 2022; Pereira, 2022);  
Passividade dos médicos durante a supervisão (modalidade longitudinal) (Alencar, 2018; Pereira; Soares, 2022);  
Necessidade de lidar com demandas administrativas e político-institucionais durante as visitas, as multifunções e a subutilização dos relatórios de supervisão (Alves, 2018);  
Ausência de discussão com a equipe sobre o processo de trabalho no território (na modalidade longitudinal) (Pereira; Soares, 2022);  
Falta de formação intercultural por parte dos supervisores, pouca experiência de trabalho na atenção básica e em contextos interculturais ou rurais por parte dos supervisores, e impossibilidade de realizar visita a todos os supervisionados *in loco*, por uma questão de tempo, distância e escassez de supervisores (Souza, 2015);  
Cisão do processo pedagógico, quem elabora(ou) e organiza(ou) os conteúdos não é quem assume a sala de aula (Macedo; Almeida; Silva, 2015);  
Rotatividade dos tutores (Soares *et al.*, 2022)  
Aulas a serem ministradas sem discussão acerca da metodologia ou da clareza sobre a intencionalidade pedagógica que a situação exige e, principalmente, porque não havia preparação ou capacitação docente (Macedo; Almeida; Silva, 2019)

Fonte: elaborado pelos autores.

**FIGURA 2** Formação profissional nos programas de provimento médico



## Considerações finais

Esta revisão destaca aspectos a serem aprofundados pela produção científica brasileira, principalmente no que diz respeito à efetividade das estratégias educacionais, como as propostas pelos programas de provimento médico. Cabe que esta revista centra sua discussão no PMMB, dada a inexistência de estudos sobre o PMpB do governo anterior.

Duas importantes considerações são trazidas por esta pesquisa e estão intrinsecamente relacionadas: a necessidade de se pensar as propostas pedagógicas e formativas dos programas de provimento médico no Brasil, buscando sedimentar fundamentos teórico-conceituais e metodológicos que se almejam nas ofertas educacionais, e a sistematização de mecanismos de avaliação e monitoramento do eixo formativo. Considera-se, ainda, que, com os obstáculos e desafios identificados, os programas de provimento médico ofertados pelo país no período se mostram como potentes estratégias de formação e sedimentação da EPS no contexto da formação em saúde.

As evidências da literatura permitem apontar algumas pistas sobre a direcionalidade do programa, fragilidades e nós críticos, bem como algumas necessidades que se impõem para uma agenda governamental e a agenda em pesquisa. Do ponto de vista de agenda governamental, aperfeiçoar as normativas e diretrizes que orientam o eixo formativo dos programas de provimento seria uma possibilidade de regular, avaliar e monitorar as ofertas educacionais e os efeitos desejados, especialmente a partir dos pressupostos da EPS. Na perspectiva da agenda em pesquisa, há uma necessidade de maior uniformidade conceitual entre os estudos, a fim de garantir evidências científicas mais sólidas sobre o tema. Destaca-se também a importância da realização de pesquisas que contemplem o eixo formativo, em que permanece a escassez de literatura sobre o tema.

## Referências

- AGUIAR, R. A. T.; MACEDO, H. M. O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 23, n. 1, p. 1-12, 2019.
- ALENCAR, M. A. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas*. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação Médica e Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- ALMEIDA, E. R. de; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. da. Federal management of the More Doctors Program: the role of the Ministry of Education. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 21, p. 1291-1300, 2017.
- ALVES, D. C. M. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.
- ALVES, S. M. C. *et al.* Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2223-2235, 2017.
- ASARIA, M. *et al.* Unequal socioeconomic distribution of the primary care workforce: whole-population small area longitudinal study. *BMJ Publishing Group*, London, v. 6, n. 1, 2016. Não paginado.
- BAIAO, D. C. *O Programa Mais Médicos a partir das atitudes dos médicos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.
- BONFIM, J. M.; PEREIRA, E. B. A atuação da supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos no contexto da pandemia de Covid-19 na Bahia: um relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 283-293, 2022. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3582>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 2015.

BRASIL. 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: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Manual técnico 2018 – Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 93, 17 maio 2023b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm). Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL, G. V. da S. *Análise de um curso de especialização em atenção básica através de narrativas de estudantes do Programa Mais Médicos*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/2144>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL, G. V. da S. *et al.* Análise de um curso de especialização em atenção básica condicionado ao programa mais médicos: percepção dos alunos. *Contribuciones a las ciencias sociales*, Mar del Plata, v. 16, n. 6, p. 4360-4376, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/950>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Portaria MEC nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jun. 2015. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4416/portaria-mec-n-585>. Acesso em: 5 nov 2025.

CABALLERO GONZALEZ, J. E.; IVANEZ GONZALEZ, O. La educación a distancia como modalidad de estudio en el Proyecto “Mais Médicos para Brasil”. *Revista EDUMECENTRO*, Santa Clara, v. 7, n. 2, p. 191-198, 2015. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742015000200015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200015&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 14 ago. 2024.

CAMPOS, F. V. *Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

CARDOSO JUNIOR, R.; SOUSA, E. S. S. Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-18, 2020.

CARVALHO, M. S. de; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CARVALHO, N. C. *Uma análise do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal*. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

CARVALHO N. C.; MENDES R. Supervisão Acadêmica e apoio pedagógico do Programa Mais Médicos em áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal: vivências, desafios e perspectivas. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 132-156, 2021.

CARVALHO, N. de C. *Uma análise do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

CAVALCANTI A. O.; SANTANA D. D. Potencialidades e fragilidades da supervisão acadêmica no cenário da pandemia de covid-19: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 294-303, 2022.

CEZAR, D. M. *et al.* Doctors’ perceptions on distance education and contribution of Family Health specialization. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-15, 2019.

CORTEZ, L. R. *et al.* A Percepção do Supervisor do ProVab sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

DANTAS, D. S. *O Programa Mais Médicos: análise do processo de implementação, desdobramentos e perspectivas em Mato Grosso do Sul*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2018.

ENGSTROM, E. M. *et al.* O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 241-252, 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1863>. Acesso em: 4 abr. 2025.

FARIA, M. A.; PAULA, D. M. P.; ROCHA, C. M. F. Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 332-336, 2016.

FERRACUTI, R. *Programa Mais Médicos para o Brasil: uma análise sobre experiências de supervisão acadêmica*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

FERREIRA, N. M. *O desafio da mudança: analisando a intervenção realizado na Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU*. 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina de Família e Comunidade) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 15-29, 2019.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 1613-1624, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3586>. Acesso em: 4 abr. 2025.

FREITAS, F. P. de P.; CHIAVON, A. C. D.; MIRANDA, C. Z. de. Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, p. 1-15, 2023.

FREITAS, F. P. de P. *Grupo Especial de Supervisão: uma cartografia da supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas de difícil acesso de Roraima*. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2022.

GONZALEZ, J. E. C.; GONZALEZ, O. I. La educación a distancia como modalidad de estudio en el Proyecto “Mais Médicos para Brasil”. *Revista EDUMECENTRO*, Santa Clara, v. 7, n. 2, p. 191-198, 2015. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742015000200015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200015&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 4 abr. 2025.

GRANVILLE, M. L. *Promoção da educação permanente em saúde no Brasil: reflexões e impactos das políticas públicas PROVAB e mais médicos na formação de profissionais da saúde*. 2023. Tese (Doutorado em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde) – Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2023.

GUSSO, G. D. F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2024.

LIMA, R. C. G. S. *et al.* Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2797-2805, 2016.

LUNA, W. F. *et al.* Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2019.

MACEDO, H. M.; ALMEIDA, É. R.; SILVA, J. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil: análise crítica do planejamento e gestão do Módulo de Acolhimento e Avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 205-217, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S517>. Acesso em: 4 abr. 2025.

NASCIMENTO FILHO J. M.; ROCHA N. S. P. D. Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-9, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1595](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1595). Acesso em: 4 abr. 2025.

OLIVEIRA, F. P. de *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica*. Brasília, DF: OPAS, 2017.

PAES, M. F. *‘Mais Médicos’ e as residências municipais de medicina de família e comunidade: fortalecendo a formação para o SUS ou alguns tropeços no caminho?*. 2019. Dissertação (Mestrado em Medicina de Família e Comunidade) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

PAIM, M. C.; COUTINHO, M. L.; OLIVATTO, B. L. C. S. A Escola Estadual de Saúde Pública no contexto do Programa Mais Médicos pelo Brasil: base pedagógica institucional do SUS-BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 258-270, 2022

PENHA, R. C. *et al.* The management of academic supervision in the More Doctors for Brazil Project by higher education institutions. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.

PEREIRA, E. B. *A supervisão acadêmica do projeto mais médicos no estado da Bahia: estratégia de fortalecimento da integração ensino-serviço?*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

PEREIRA, E. B.; SOARES, C. L. M. A supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil na Bahia: facilidades, desafios e estratégias de intervenção pedagógica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 83-97, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3586>. Acesso em: 4 abr. 2025.

PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Apresentação. In: PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. (org.). *Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação* Salvador: Edufba, 2022.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Contexto de surgimento do projeto de elaboração da proposta teórico-metodológica para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. (org.). *Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação* Salvador: Edufba, 2022.

QUINTANA, P. B. *et al.* Análisis de la producción de conocimiento de los egresados de la especialización en salud de la familia del Programa Mais Médicos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D. C., v. 44, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.37>. Acesso em: 4 abr. 2025.

RIOS, D. R. da S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018.

SANTANA, C. M. B. da S. *Estudo dos princípios da educação permanente e do projeto da reforma sanitária na formulação da educação permanente em saúde*. Recife: [s. n.], 2008.

SANTOS, A. B. S.; MORENO NETO, J. L. A supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos pelo Brasil antes e durante a pandemia: o que aprendemos?. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 171-183, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3588>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SANTOS, B. O. A.; GONDIM, A. P. S.; PRAXEDES, A. C. S. Formação, provimento e fixação na Estratégia Saúde da Família de um município do Nordeste brasileiro. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 119-136, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16558>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SANTOS, L. *et al.* Avaliação e Educação Permanente em Saúde: bases teórico-conceituais e aproximações entre as áreas. In: PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. (org.). *Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação* Salvador: Edufba, 2022. p. 55-84.

- SANTOS, M. A. P. *A influência do PROVAB e do Programa Mais Médicos na definição de política de formação médica em um contexto paulista*. 2017. Tese (Doutorado em Educação Médica) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2017.
- SARTI, T. D. *et al.* Uso de tecnologias de telessaúde por médicos do Programa Mais Médicos e fatores associados — Espírito Santo, 2016. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3234>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3435-3446, 2021.
- SILVA, A. P. O. *Percepção dos médicos do Programa “Mais Médicos para o trabalho em saúde no Brasil”*: supervisão acadêmica e formação médica em Cajazeiras/Paraíba/BR. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.
- SILVA, Q. T. A. da; CECÍLIO, L. C. de O. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 559-575, 2019.
- SHIMIZU, H. E. *et al.* Perceptions about the “Mais Médicos” Program and the Academic Supervision Process. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 1-8, 2020.
- SHIMOCOMAQUI, G. B. *et al.* Educação à Distância e o “Programa Mais Médicos”: aprimoramento das práticas em saúde na Atenção Básica em um município do Amazonas. *Saúde em Redes*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 221-230, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3342>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- SOARES, C. L. M. *et al.* Curso de especialização em saúde coletiva com foco na atenção básica para o programa mais médicos: análise comparativa da experiência desenvolvida pelo ISC/UFBA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 119-140, 2022.
- SOUZA, J. P. *et al.* Contribuições do programa mais médicos no enfrentamento da pandemia de covid-19 na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, V. 45, n. 2, p. 108-119, 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3393/2833>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- SOUZA, L. E. P. F. Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos: reflexão sobre uma experiência na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 54-66, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3577/2980>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SOUZA, M. L. P. de. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 191-197, 2015. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1719>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

THUMÉ, E. *et al.* Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2807-2814, 2016.

VIEIRA, M. C. *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

VIEIRA, M. C.; BUENO, E.; AQUINO, T. R. Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 184-202, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3578/2988>. Acesso em: 4 abr. 2025.

WARMLING, D. *et al.* Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 20, n. 1, p. 132-137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64480>. Acesso em: 4 abr. 2025.

# REFLEXÕES FINAIS: AVANÇOS, DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

Níli Maria de Brito Lima Prado  
Silvana Lima Vieira

As experiências relatadas neste livro abordam os avanços e desafios do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), destacando-o como uma resposta significativa aos desafios históricos da atenção à saúde, especialmente em regiões de alta vulnerabilidade social. Desde sua implementação, o programa tem se configurado como um marco na política de saúde pública brasileira, visando não apenas suprir a escassez de médicos em áreas desassistidas, mas também promover a formação de profissionais qualificados para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS).

Este capítulo tem o objetivo de sintetizar os principais pontos discutidos ao longo dos outros capítulos e suscitar uma reflexão crítica sobre os avanços e desafios enfrentados, além de propor recomendações que podem contribuir para o aprimoramento dessa iniciativa vital para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PMMB foi concebido como uma estratégia abrangente para enfrentar a escassez de médicos qualificados e promover a universalização da APS no SUS. Ao longo de sua trajetória, o programa apresentou avanços notáveis, sendo a ampliação da cobertura da APS um dos mais significativos. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde indicou que, em seus primeiros anos, o PMMB conseguiu levar serviços médicos a mais de 4 mil municípios, impactando diretamente a vida de milhões de brasileiros. A presença de médicos formados em instituições estrangeiras, especialmente cubanos, trouxe um diferencial qualitativo à assistência, caracterizando um modelo de cuidado mais humanizado e integral (Almeida; Macedo; Silva, 2019).

Os avanços na formação e na prática médicas no PMMB são evidentes, mas a continuidade e a efetividade dessas iniciativas dependem de um comprometimento renovado com a formação de profissionais qualificados e preparados para atuar nas complexidades da saúde. A implementação de estratégias que integrem a formação teórica e prática, a

valorização da Educação Permanente em Saúde (EPS) e a construção de um sistema robusto de monitoramento e avaliação são fundamentais para garantir que os médicos formados pelo PMMB possam contribuir de maneira eficaz para a universalização da saúde no Brasil (Carvalho; Sousa, 2021). A superação dos desafios identificados e a promoção de uma formação inclusiva e contextualizada são essenciais para o fortalecimento da APS e a melhoria da saúde da população.

O PMMB representa um esforço significativo para melhorar o acesso e a qualidade da saúde no Brasil, mas sua continuidade e efetividade requerem um comprometimento renovado com a formação de profissionais.

Quanto aos aspectos organizacionais, a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) tem desempenhado um papel central ao oferecer cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC), visando à aprendizagem autônoma e ao desenvolvimento de habilidades práticas, com foco na saúde familiar e comunitária. A modalidade de Educação a Distância (EaD) tem sido fundamental para alcançar profissionais em diversas localidades, superando barreiras geográficas e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Cavalcanti; Santana, 2022).

A formação de médicos no âmbito do PMMB foi impulsionada por diversas iniciativas educacionais que têm como foco a prática na APS. A proposta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) emergiu como uma estratégia inovadora, permitindo que os mestrandos articulem conhecimento teórico e prático, promovendo uma reflexão crítica sobre a atuação na saúde. O ProfSaúde direciona suas pesquisas e ações para problemas reais da APS, contribuindo para a formação de profissionais mais capacitados e comprometidos com as necessidades da população (Ferracuti, 2019).

A racionalidade desvelada no modelo lógico do PMMB, proposto e descrito nesta coletânea, indica que a gestão federal compreende aspectos estratégicos para a implementação de uma intervenção complexa, de natureza intersetorial, a fim de enfrentar a escassez de médicos qualificados, assegurando uma APS robusta, de base territorial, orientação comunitária e com resolutividade clínica no Brasil, priorizando territórios e populações de maior vulnerabilidade social (Nascimento Filho; Rocha, 2018).

Ademais, na essencialidade deste livro, tem-se a experiência de validação do modelo de formação no PMMB, com especialistas, que

favoreceu um diálogo com os gestores nacionais sobre o arcabouço teórico-metodológico do programa, o que permite estruturar e clarificar as ações e os objetivos do programa, contribuindo para uma gestão mais eficiente e eficaz. O modelo lógico permite visualizar a cadeia de resultados esperados, desde a entrada de recursos até o impacto na saúde da população, auxiliando no monitoramento, na avaliação e na tomada de decisões.

O modelo lógico centrado na teoria do programa é “uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção” (Cassiolato; Guerese, 2010, p. 4). Assim, o modelo validado com gestores do PMMB em oficinas, conforme recomenda a literatura, pode viabilizar e orientar a avaliação contínua, considerando, em essência, a idealização do seu funcionamento e sugerindo um caminho a seguir, mas deixando amplo espaço para modificação contínua, criatividade e inovação ao ser aplicado em contextos específicos e examinado a partir de potenciais fatores intervenientes (Alencar, 2018).

Pode, ainda, contribuir para tornar o processo de execução mais eficaz. Portanto, cabe esclarecer que o modelo lógico validado não é estático. Sendo assim, torna-se fundamental sua revisão periódica, pois ele possui um caráter dinâmico, havendo a possibilidade de incluir ou retirar informações do modelo.

O PMMB representa uma oportunidade significativa para a formação e o aperfeiçoamento de médicos na APS, buscando atender às necessidades da população e promovendo uma formação que enfatize a integração entre ensino e serviço.

A implementação do modelo lógico, alinhada aos princípios da APS e da EPS, é fundamental para garantir que os médicos formados estejam capacitados para atuar de forma eficaz e sensível nas realidades de saúde do Brasil, contribuindo para um sistema de saúde mais justo e equitativo.

O programa completou uma década em 2024, apresentando conquistas notáveis na redução das desigualdades em saúde; todavia, persistem fragilidades no monitoramento das ofertas educacionais dos ciclos formativos e na supervisão acadêmica, o que compromete a ampliação ainda mais abrangente dos resultados alcançados.

O PMMB, como parte do Programa Mais Médicos (PMM), revela um panorama complexo em que os avanços obtidos são desafiados por

obstáculos que exigem uma abordagem integrada e colaborativa. Essa coletânea relata em suas páginas reflexões teóricas e experiências de pesquisa aplicada, que buscaram problematizar a formação profissional dos médicos inseridos no programa e os desafios significativos, especialmente no que diz respeito à educação continuada e à pós-graduação *lato sensu*. Para mais, lança luz sobre as fragilidades de um eixo, o de formação pós-graduada no PMMB, que pode ter limitado o desenvolvimento de competências específicas necessárias para a atuação em contextos de vulnerabilidade social (Campos *et al.*, 2018).

A ausência de diretrizes claras em relação à formação continuada pode ter comprometido a capacitação dos médicos para lidar com a complexidade das demandas de saúde da população atendida. Na retomada do PMMB, a formação de especialistas prevê que os médicos atuando nos territórios participem obrigatoriamente de um dos cursos de pós-graduação *lato sensu* – especialização em MFC ou em Saúde Indígena – ou *stricto sensu* – mestrado ou doutorado em Saúde da Família – e de cursos de curta duração em temáticas inerentes à prática na APS, durante o tempo de permanência no PMMB (Brasil, 2023).

A construção de um sistema de saúde mais equitativo e acessível depende não apenas da presença de médicos, mas também da qualidade da formação e do cuidado prestado. Assim, é essencial que as estratégias adotadas pelos gestores do PMMB sejam constantemente revisadas e adaptadas às necessidades das comunidades atendidas, garantindo que todos tenham direito a um atendimento digno e de qualidade (Aguiar; Macedo, 2019).

Os desafios para a formação profissional no PMM são diversos e complexos, especialmente no que se refere à atuação na APS. Não há dúvidas de que, na retomada do PMMB, muitos aspectos ainda precisam ser discutidos em profundidade. Um dos principais desafios reside na necessidade de transformação da estrutura formativa dos médicos participantes e dos supervisores.

O PMMB enfrenta uma série de desafios persistentes que compromete a sua efetividade e a qualidade da formação dos profissionais de saúde. Esses desafios são multifacetados, abrangendo aspectos estruturais, pedagógicos, culturais e políticos que necessitam de atenção imediata e ações coordenadas para serem superados.

A formação atual não tem conseguido integrar adequadamente as diferentes abordagens pedagógicas essenciais para a atuação na APS (Carvalho, 2021). Isso porque as principais modalidades de formação

são cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu*, híbridos, com utilização de plataformas de ensino e momento com interação síncrona com os participantes, em especial nas especializações e no mestrado profissional.

Entende-se que, historicamente, nos serviços de saúde, a área de formação ou capacitação dos profissionais de saúde foi, e ainda é, fortemente marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas em capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Por isso, a adoção de plataformas digitais para ensino à distância surgiu como alternativa para viabilizar a formação continuada.

No PMMB, os cursos de aperfeiçoamento, ou cursos de curta duração, são majoritariamente oferecidos na modalidade autoinstrucional, sem a intervenção de professores ou tutores. Contudo, o acesso limitado à conectividade digital em municípios mais afastados ainda representa um entrave.

Os Massive Open Online Courses (MOOCs) têm ganhado destaque na educação médica, oferecendo acesso aos conteúdos variados e flexíveis. No entanto, sua eficácia, especialmente quando se trata de médicos, pode ser questionada, principalmente em relação à aplicação prática das habilidades adquiridas. Além disso, muitos cursos não conseguem conectar a teoria à prática clínica. Os médicos precisam não apenas de conhecimento teórico, mas também de habilidades práticas que sejam diretamente aplicáveis em seu dia a dia. A natureza autoinstrucional dos MOOCs pode levar a uma experiência de aprendizado impessoal, em que a interação com instrutores e colegas é limitada.

Ofertas formativas com baixa carga horária dificultam a implementação de processos pedagógicos efetivos e a mudança nas práticas profissionais. Isso pode resultar em uma compreensão superficial dos tópicos, sem a possibilidade de discussões profundas ou esclarecimentos. A eficácia dos MOOCs depende fortemente da automotivação dos participantes. Médicos com agendas lotadas podem achar difícil manter o ritmo e se comprometer com o curso, o que pode prejudicar a retenção do conhecimento. Muitas vezes, os cursos curtos não incluem avaliações que testem a aplicação prática do conhecimento, o que é crucial para a formação médica. A formação clínica requer não apenas conhecimento, mas também a capacidade de aplicar esse conhecimento nos serviços de saúde.

Pode-se acrescentar ainda, em decorrência das análises empreendidas pela pesquisa principal conduzida, que, embora os MOOCs sejam acessíveis a muitos, nem todos os médicos têm igual acesso a dispositivos, à internet de qualidade ou ao tempo necessário para participar ativamente. Isso pode criar uma disparidade na educação médica. Cursos que não são frequentemente atualizados podem fornecer informações desatualizadas, o que é particularmente preocupante em um campo que evolui rapidamente como a medicina. Muitos MOOCs podem se concentrar em tópicos muito específicos, deixando lacunas em áreas essenciais da prática médica.

A análise dos cursos de curta duração disponíveis para os médicos do PMMB também aponta para a necessidade de revisão das temáticas e dos conteúdos abordados, garantindo que estejam alinhados às demandas da APS e às necessidades da população. A pulverização de temas em cursos de curta duração, muitas vezes com carga horária reduzida, pode comprometer a qualidade da formação e o desenvolvimento de competências essenciais (Paim *et al.*, 2022). Isso pode limitar a formação abrangente que os médicos precisam para atender a uma variedade de situações clínicas.

Nessa perspectiva, cabe problematizar que a formação deve ir além do conhecimento técnico, incorporando uma perspectiva crítica que considere as variáveis sociais e culturais que influenciam a saúde (Campos, 2021). Apesar do potencial do ensino remoto para democratizar a formação, sua efetividade depende de investimentos que garantam conectividade estável e suporte digital adequado, e de coerência com uma formação que inclua os princípios do SUS e da EPS.

A superação de lógicas formativas totalizantes, que desconsideram a pluralidade e as dimensões éticas e políticas, é essencial para a melhoria da organização do trabalho na APS (Pereira, 2021). Dessa forma, retomar o debate acerca do fortalecimento da EPS é crucial para ampliar a qualificação dos profissionais no trabalho e pelo trabalho.

Outro debate em voga condiz com a necessidade de especialização em MFC. O Mais Médicos Formação, após a retomada em 2023, é focado na formação de especialistas em MFC e é composto por médicos(as) vinculados(as) como bolsistas ao Ministério da Saúde por ciclos de quatro anos, prorrogáveis por mais quatro anos. Prioriza áreas de alta e muito alta vulnerabilidade, periferias e populações específicas. O foco desta coletânea foi o Mais Médicos Formação dentro da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde. A nova legislação também

trouxe à tona um terceiro problema: a “insuficiência de especialistas para atuação nos territórios de APS”, alinhando-se à defesa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre a importância de equipes de APS compostas por médicos titulados.

A MFC no Brasil é uma especialidade essencial para a APS, promovendo um cuidado integral e contínuo dos pacientes e das comunidades. A prática da MFC se baseia em princípios de cuidado centrado na pessoa, continuidade, integralidade e coordenação do cuidado, destacando-se na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A formação no PMMB ainda enfrenta desafios consideráveis, como a necessidade de mudanças na estrutura formativa e a superação de lógicas pedagógicas que não consideram as especificidades do contexto brasileiro. Desafios significativos que precisam ser abordados para garantir que eles sejam eficazes na formação de médicos, especialmente em relação à aplicação prática em serviços de saúde, em especial quanto a um planejamento de percurso formativo, conforme o perfil de formação prévia dos médicos e as necessidades dos territórios de APS em que atuam.

Nessa perspectiva, a EPS é um componente essencial para a formação contínua dos profissionais de saúde, promovendo uma abordagem que valoriza a aprendizagem significativa e a problematização. Isso implica a compreensão aprofundada do contexto social e sanitário em que os profissionais estão inseridos, permitindo a construção de práticas de cuidado mais adaptadas às necessidades locais, haja vista que o cuidado integral pressupõe uma atenção que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e das comunidades, a fim de garantir um atendimento amplo e humanizado.

Outro aspecto importante a ser considerado refere-se às fragilidades para a integração entre a formação teórica e a prática assistencial. A experiência prática proporcionada pelo PMMB é valiosa, mas a falta de acompanhamento e supervisão adequada dificulta a reflexão crítica sobre a prática clínica contextualizada. A formação teórica, muitas vezes desconectada da realidade do atendimento, não prepara adequadamente os médicos para os desafios enfrentados, resultando em uma lacuna entre a teoria e a prática. Essa desconexão evidencia a necessidade de uma abordagem mais robusta para a formação dos médicos que inclua a consideração de aspectos relacionados à saúde coletiva e à atuação em equipes multiprofissionais (Souza, 2022).

A proposta da EPS está alinhada com a concepção pedagógica transformadora de Paulo Freire, enfatizando a importância de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que promovam práticas integradoras e democráticas (Freire Filho *et al.*, 2018). No entanto, enfrenta fragilidades em sua institucionalização. Os espaços coletivos para análise das práticas e da formação ainda são incipientes, com pouca participação dos trabalhadores e usuários nas discussões sobre as estratégias de formação. Isso limita a efetividade da EPS e impede que a formação reflita as necessidades reais das comunidades atendidas (Silva, 2018).

Além disso, a EPS tem sido muitas vezes interpretada como uma estrutura burocrática, focada na transferência de recursos financeiros, em vez de ser um espaço de transformação e aprendizado. A falta de clareza nos objetivos da EPS entre os diversos atores envolvidos prejudica sua implementação e sustentabilidade. Observa-se que a EPS ainda enfrenta desafios significativos em sua implementação, como a fragilidade de sua institucionalização e a falta de espaços coletivos que permitam a análise crítica das práticas (Paes, 2019).

A análise do perfil dos médicos que atuam no PMMB revela a predominância de profissionais jovens e brancos, apontando para a necessidade de estratégias que promovam a diversidade e a equidade na formação. É importante demarcar essa ponderação para reforçar a importância do PMMB no cenário atual brasileiro, que compartilha das mesmas dificuldades que o restante do mundo: hiato entre o perfil de formação e necessidades de saúde; limitada capacidade de análise do contexto; dificuldade para o trabalho em equipe; e distribuição desigual dos profissionais de saúde nas diferentes regiões dos países (Shimocomaqui *et al.*, 2021).

É crucial que a formação dos médicos seja adaptada às realidades locais, respeitando a pluralidade e promovendo uma formação que abranja as dimensões éticas e políticas da atuação em saúde (Souza, 2018). A formação deve abordar não apenas aspectos técnicos, mas também a complexidade das variáveis sociais e culturais que impactam a saúde, preparando os profissionais para lidar com a diversidade das realidades encontradas na APS (Alves, 2017).

A proposta de tipologias temáticas nos percursos na formação pode auxiliar na busca pelo conhecimento dos profissionais de saúde, oportunizando o amadurecimento das aprendizagens colaborativas e mediações de educação presencial/virtual. Nesse sentido, a partir do modelo de formação, os autores propõem implementar o modelo de percurso

de aprendizagem, que pode constituir uma alternativa para atender ao objetivo de possuir um programa de formação continuada baseado nas competências mapeadas e nas competências organizacionais.

Essas tipologias temáticas podem ser utilizadas para estruturar ações educativas, mais adequadas às necessidades, seja em contextos formais – como universidades e a própria Rede UNA-SUS – ou as propostas de cursos de qualificação ou cursos de curta duração de livre escolha do percurso pelos partícipes do programa.

A proposta de classificação de eixos temáticos e tipologias temáticas, adaptada à formação no PMMB, deve considerar as especificidades e os objetivos desse programa, que visa à formação de médicos capacitados para atender às demandas do SUS e às necessidades de saúde da população brasileira. A proposta deve priorizar áreas relacionadas à formação médica, à saúde pública, à medicina comunitária e à APS.

A finalidade da classificação temática no contexto do PMMB é sistematizar as ações de formação, favorecendo a elaboração de propostas educacionais que evidenciem a produção acadêmica e a prática dos partícipes do programa. Essa sistematização não apenas organiza o conhecimento, mas também facilita a articulação de grupos e indivíduos que atuam em áreas temáticas semelhantes, promovendo a troca de experiências e o fortalecimento das redes de colaboração.

A adequação da proposta de tipologias temáticas para subsidiar a formação no PMMB requer uma atenção especial às áreas que impactam diretamente a prática médica e a saúde da população. A classificação por áreas temáticas não só organiza as ações formativas, mas também potencializa a formação de profissionais mais preparados e comprometidos com a realidade social e sanitária do Brasil. É crucial que a proposta de classificação seja flexível e sujeita a revisões periódicas.

À medida que novas demandas de saúde emergem e as práticas médicas evoluem, as áreas temáticas devem ser atualizadas para refletir essas mudanças. Essa adaptabilidade garantirá que a formação no PMMB continue relevante e alinhada às necessidades da população e do SUS. Nesse ínterim, a formação médica no PMMB deve incorporar, no cenário atual de transformação digital na saúde, o uso de tecnologias digitais, metodologias ativas e estratégias inovadoras, garantindo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, acessível e contextualizado às necessidades dos profissionais e das populações atendidas (Paim; Coutinho; Olivatto, 2022). Para tanto, apontam como

fundamental aprimorar a gestão e o planejamento das ações educativas, promovendo uma formação que considere a complexidade do trabalho em saúde, as práticas interprofissionais e a interdisciplinaridade.

Os currículos devem ser desenhados de maneira simples e direta, considerando as habilidades e os conhecimentos de cada profissional, evitando uma homogeneização que não respeite as particularidades de formação. O desenho das tipologias formativas busca ponderar se a modalidade prioritária para educação dos profissionais, na modalidade à distância, constitui a escolha mais acertada, visto que é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico.

A organização das ofertas deve focar na utilização de tecnologias de aprendizagem que possibilitem um processo formativo mais autônomo e singularizado, superando a predominância de cursos massivos e abordagens tradicionais. Nesse sentido, a proposta de tipologias temáticas foi discutida, nas linhas desta coletânea, como uma de outras formas de organização de planos e para monitoramento do processo de ensino e aprendizagem, classificadas de acordo com seus objetivos, métodos, durações e contextos de aplicação.

Para fortalecer a retenção de médicos em regiões prioritárias para o SUS, é fundamental que programas de formação e provimento considerem as necessidades locais, promovam a interprofissionalidade e ofereçam suporte contínuo. A interprofissionalidade e a adaptação das formações às demandas locais também devem ser priorizadas para enriquecer o processo educativo e melhorar a qualidade do atendimento à saúde nas comunidades atendidas. Além disso, iniciativas que ampliem o acesso à formação médica em áreas rurais e que garantam um ambiente de trabalho adequado são cruciais para o sucesso das estratégias de provimento e fortalecimento da atenção à saúde nessas localidades.

A ausência de um foco interprofissional nos programas de qualificação pode resultar em uma fragmentação do cuidado, em que as equipes de saúde não conseguem colaborar efetivamente, comprometendo, assim, a integralidade do atendimento. Além disso, a formação uniprofissional pode perpetuar uma cultura de silo, na qual os profissionais atuam isoladamente, sem considerar a importância do trabalho em equipe. Essa abordagem não apenas reduz a eficácia do cuidado, mas

também limita as oportunidades de aprendizado colaborativo, que são essenciais para a formação de competências necessárias na APS.

A interprofissionalidade é fundamental para a melhoria dos resultados em saúde, pois fomenta um ambiente de aprendizado conjunto e de respeito mútuo entre os profissionais. Portanto, é imperativo que os programas de qualificação sejam reformulados para enfatizar a colaboração interprofissional, promovendo uma formação que prepare os profissionais para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública (Reeves *et al.*, 2016).

Cabe acrescentar, ainda, a urgência de incluir a qualificação dos supervisores em processos formativos que os capacitem a questionar e subsidiar mudanças permanentes. Nesse sentido, a qualificação dos supervisores não se limita a uma simples atualização de conteúdos, mas envolve uma reconfiguração de suas abordagens e metodologias, permitindo que se tornem agentes de mudança dentro das instituições. Isso implica que os supervisores deverão ser preparados para fomentar um ambiente de reflexão crítica e colaboração entre os educadores, promovendo uma cultura de aprendizagem contínua.

A necessidade de um processo formativo robusto também é corroborada por Tardif (2012, p. 656), que afirma que “formar para a mudança requer um olhar atento às dinâmicas institucionais e às especificidades do contexto educacional”, o que reforça a importância de uma formação que não apenas informe, mas que também transforme a prática supervisionada. Portanto, investir na qualificação dos supervisores é fundamental para garantir que eles possam efetivamente questionar, subsidiar e implementar mudanças permanentes que beneficiem o processo educativo como um todo.

É fundamental ressaltar que, para além da ampliação de vagas ou do investimento em tecnologia, é necessário enfrentar os problemas estruturais do SUS que afetam a supervisão (Almeida *et al.*, 2017).

A nova Lei Federal nº 14.621 de 2023, que institui mecanismos de monitoramento e avaliação do PMMB, representa um desafio significativo, especialmente em um cenário em que a cultura de uso de informações técnico-científicas para decisões ainda está em desenvolvimento. Diante dessa perspectiva, cabe reiterar a falta de mecanismos de avaliação e monitoramento efetivos das ações educativas e da formação dos profissionais. A implementação de um sistema de monitoramento que avalie a efetividade dos cursos e a satisfação dos usuários e profissionais é imprescindível.

A ausência de dados concretos sobre o impacto das ações formativas impede ajustes necessários e a melhoria contínua das estratégias educacionais (Penha *et al.*, 2019). A coordenação do programa deve acompanhar sistematicamente o alcance dos objetivos estabelecidos, garantindo que sejam coletados dados e informações relevantes sobre as ações e os resultados do projeto. As instituições de educação superior também desempenham um papel crucial, monitorando o desempenho dos médicos participantes e assegurando que as condições de permanência no projeto sejam atendidas. Cabe instituir processos de diagnóstico das necessidades de formação, garantindo um processo significativo e dialógico.

A superação dos desafios enfrentados demanda um diálogo constante entre todos os atores envolvidos, assegurando que a formação médica não apenas atenda às necessidades do SUS, mas também promova a equidade e a justiça social. Frente ao exposto, é imperativo que os gestores do PMMB adotem um conjunto de recomendações para fortalecer a política de saúde pública e garantir a continuidade dos avanços alcançados:

1. *Fortalecimento da governança*: é crucial que haja uma maior participação das entidades representativas das secretarias estaduais e municipais de saúde na coordenação do PMMB. A criação de canais de comunicação eficazes pode facilitar a escuta das demandas locais e a articulação entre os diferentes níveis de governo (Brasil, 2018);
2. *Incentivos à formação e à retenção*: a implementação de políticas que incentivem a fixação de médicos nas regiões prioritárias é fundamental. Isso pode incluir a oferta de bônus, condições de trabalho adequadas e programas de capacitação contínua que valorizem a atuação dos profissionais (Thumé *et al.*, 2016);
3. *Integração da supervisão acadêmica*: a supervisão acadêmica deve ser reforçada como um espaço de aprendizado contínuo, promovendo a integração entre teoria e prática. Para tanto, decisões interministeriais são imprescindíveis para que tornem o processo de supervisão crucial para o direcionamento da formação e das práticas dos médicos nos serviços. Logo, deve-se investir também na formação dos supervisores com aspectos interculturais e comunitários, visando a uma atenção mais integral às necessidades da população (Freitas *et al.*, 2023);

4. *Monitoramento e avaliação contínua*: a instituição de um sistema de monitoramento e avaliação que considere indicadores qualitativos e quantitativos permite não apenas a mensuração dos resultados, mas também a identificação de lacunas e oportunidades de melhoria (Alencar, 2018);
5. *Promoção da pesquisa aplicada*: investir em pesquisas que avaliem o impacto do PMMB na saúde da população e na formação dos médicos é essencial para a construção de evidências que sustentem futuras políticas de saúde (Cavalcanti; Santana, 2022);
6. *Integração das ações educativas*: criar um Sistema Nacional de Supervisão (SNS/PMMB), que promova a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, com supervisores concursados e um banco de dados unificado (Cavalcanti; Santana, 2022);
7. *Capacitação contínua e contextualizada*: desenvolver programas de formação específica para supervisores, com foco em temas como saúde intercultural, telessaúde e metodologias ativas, garantindo que as capacitações sejam pertinentes às realidades locais (Silva, 2019);
8. *Aprimoramento das ofertas formativas*: revisar urgentemente as ofertas educativas, para que estejam alinhadas às necessidades da APS, incorporando conteúdos que abordem os determinantes sociais da saúde e a complexidade do cuidado (Brasil, 2018);
9. *Valorização da supervisão acadêmica*: instituir mecanismos de monitoramento e avaliação da efetividade do PMMB, assegurando a participação de representantes das secretarias estaduais e municipais na coordenação do programa (Freitas *et al.*, 2023);
10. *Fortalecimento da gestão e estrutura*: promover a supervisão híbrida, com visitas regulares às áreas de difícil acesso, e implementar indicadores de qualidade no repasse de recursos, priorizando a redução de encaminhamentos desnecessários (Campos, 2021).

Os desafios enfrentados pelo PMMB são complexos e requerem um esforço conjunto entre governo, instituições de ensino, serviços de saúde e comunidades. A superação dessas barreiras é fundamental para garantir que os profissionais de saúde possam atuar de forma eficiente e humanizada, contribuindo para a universalização da saúde no Brasil. A implementação das recomendações apresentadas pode reduzir as desigualdades no acesso à saúde e melhorar a qualidade do

cuidado nas regiões mais vulneráveis, assegurando que a APS cumpra seu papel central na promoção da saúde e no fortalecimento do SUS.

Por fim, o fortalecimento de um modelo de formação que valorize a formação contínua, a integração entre teoria e prática e a construção de uma cultura de avaliação e reflexão crítica são essenciais para ampliar os resultados exitosos do PMMB, que tanto contribui para a melhoria da atenção à saúde no país!

## Referências

AGUIAR, R. A. T.; MACEDO, H. M. O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-12, 2019.

ALENCAR, M. A. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, p. 1291-1300, 2017.

ALMEIDA, E. R. de; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. da. Federal management of the More Doctors Program: the role of the Ministry of Education. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-11, 2019.

ALVES, D. C. M. *Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil*. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual de Feira De Santana, Feira de Santana, 2017.

BONFIM, J. M.; PEREIRA, E. B. A atuação da supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos no contexto da pandemia de Covid-19 na Bahia: um relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 283-293, 2022.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jul. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14621.htm). Acesso em: 6 nov. 2025.

BRASIL, G. V. da S. *et al.* Análise de um curso de especialização em atenção básica condicionado ao programa mais médicos: percepção dos alunos. *Contribuciones a las ciencias sociales*, Madrid, v. 16, n. 6, p. 4360-4376, 2023.

BRASIL, G. V. S. *Análise de um curso de especialização em atenção básica através de narrativas de estudantes do Programa Mais Médicos*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

CAMPOS, F. V. *Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi*. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

- CAVALCANTI, A. O.; SANTANA, D. D. Potencialidades e fragilidades da supervisão acadêmica no cenário da pandemia de covid-19: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 294-303, 2022.
- FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, p. 1613-1624, 2018.
- FREITAS, F. P. de P. *et al.* Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, p. 1-15, 2023.
- LIBÂNEO, J. C. *Didática*. 5. ed. Campinas: Papirus, 2006.
- NASCIMENTO FILHO, J. M.; ROCHA, N. S. P. D. Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-9, 2018.
- PAES, M. F. *‘Mais Médicos’ e as residências municipais de medicina de família e comunidade: fortalecendo a formação para o SUS ou alguns tropeços no caminho?*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.
- PENHA, R. C. *et al.* The management of academic supervision in the More Doctors for Brazil Project by higher education institutions. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-11, 2019.
- PEREIRA, E. B. *A supervisão acadêmica do projeto mais médicos no estado da Bahia: estratégia de fortalecimento da integração ensino-serviço?*. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.
- PERRENOUD, P. *Construir competências, uma nova abordagem à formação de professores*. Porto Alegre: PUC-RS, 1999.
- REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27146438/>. Acesso em: 6 nov. 2025.
- SHIMOCOMAQUI, G. B. *et al.* Educação à Distância e o “Programa Mais Médicos”: aprimoramento das práticas em saúde na Atenção Básica em um município do Amazonas. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 221-230, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3342>. Acesso em: 4 abr. 2024.
- SILVA, A. P. O. *Percepção dos médicos do Programa “Mais Médicos para o trabalho em saúde no Brasil”*: supervisão acadêmica e formação médica em Cajazeiras/Paraíba/BR. 2018. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.
- SOUZA, L. E. P. F. Supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos: reflexão sobre uma experiência na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 54-66, 2022.

SOUZA, J. P. *et al.* Contribuições do programa mais médicos no enfrentamento da pandemia de covid-19 na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 45, n. 2, p. 108-119, 2021.

TARDIF, M. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis: Vozes, 2012.

THUMÉ, E. *et al.* Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2807-2814, 2016.



# **SOBRE OS AUTORES**

## **ALYSSON FELICIANO LEMOS**

Graduado em Engenharia Agrícola e Ambiental e mestre em Engenharia Agrícola pela Universidade Federal de Viçosa. Foi consultor na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), na área de vigilância em saúde e educação em saúde de 2009 a 2012. Atualmente, é coordenador de avaliação e monitoramento de programas e projetos, na Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desde 2012.

## **ANA EDITH MARQUES LEITÃO GOUVEIA**

Graduada em Fisioterapia, com especialização em Educação Permanente. Possui experiência profissional há mais de 20 anos, com atuação em gestão de políticas públicas de saúde junto ao Ministério da Saúde. Atualmente, desenvolve atividades relacionadas à formação profissional no âmbito da Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

## **ANA LUIZA QUEIROZ VILASBÔAS**

Graduada em Medicina, com mestrado em Saúde Comunitária e doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora associada II (aposentada) ISC. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do ISC, na UFBA, coordenadora adjunta do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação em Atenção Básica (ISC/UFBA), membro do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

#### **ANDHERSON STHÉPHESON BARBERINO DAMASCENO**

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA. Membro do Coletivo NegreX: de negras e negros da Medicina, coordenador nacional de Saúde dos Povos Negros e Originários da Frente Nacional de Negros e Negras, membro fundador e conselheiro do Centro Internacional de Estudo e Pesquisa em Saúde da População Negra e Indígena.

#### **CAMILA DE JESUS FRANÇA**

Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui graduação em Nutrição pelo IMS, da UFBA. Especialista residente em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Pesquisadora do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras).

#### **CARLA PACHECO TEIXEIRA**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Vice-presidente de Educação e Informação pela Fiocruz, na assessoria da Coordenação Geral de Educação. Coordenadora Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Fiocruz.

#### **DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp), doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva (USP), especialista em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior dos Profissionais de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde. Coordenadora da área de Educação da Fiocruz do Mato Grosso do Sul (MS), coordenadora local da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), MS.

Assessora técnica da Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

#### **DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS**

Médico, psiquiatra, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com período sanduíche na Université de Montréal (UnM). Docente adjunto do departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pró-reitor da Rede Nacional de Mestrados Profissionais em Saúde da Família (ProfSaúde) e conselheiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

#### **DIANA PAOLA GUTIERREZ DIAZ DE AZEVEDO**

Enfermeira e educadora. Doutora em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), mestre em Educação pela Universidade Militar de Nova Granada (UMNG), Bogotá, Colômbia. Docente permanente e coordenadora institucional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro. Assessora da Coordenação Acadêmica Nacional e integrante do grupo Trabalho de Conclusão do Mestrado e Produção Técnica-Tecnológica do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde).

#### **ELVIRA CAIRES DE LIMA**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente adjunta da UFBA, do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), no *campus* Anísio Teixeira da UFBA. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde). Pesquisadora do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras).

#### **ELZO PEREIRA PINTO JUNIOR**

Pesquisador associado ao Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na Bahia. Possui pós-doutorado na área de Epidemiologia. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Coletiva

pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pesquisador da Global Health Research Unit on Social and Environmental Determinants of Health Inequalities (SEDHI). Coordena o Projeto *Real-World Evidence From Brazil to Manage covid-19 in the Global South*, da Universidade de Oxford.

#### **ESTEVÃO TOFFOLI RODRIGUES**

Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Diretor vice-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com gestão de 2024-2026.

#### **FERNANDA BEATRIZ MELO MACIEL**

Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), *campus* Anísio Teixeira. Bacharela em Saúde pela UFBA. Pesquisadora do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras).

#### **GABRIELA GARCIA DE CARVALHO LAGUNA**

Acadêmica do curso de Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora científica e de políticas de saúde da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Pesquisadora do Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras), do Centro Baiano de Pesquisas em Antropologia Médica (CBPAM) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS), da Universidade Federal do Sudoeste Baiano (UFSB).

#### **HEBERT LUAN PERERIRA CAMPOS DOS SANTOS**

Médico e bacharel em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pós-graduado em Saúde Coletiva, com área de concentração em Avaliação de Impacto de Políticas e Programas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da UFBA. Membro do grupo de pesquisa Programa Integrado em Epidemiologia e Avaliação de Impactos na Saúde das Populações do ISC e do Observatório

Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras), do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), da UFBA.

#### **ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO**

Professora associada do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Administração Pública pela UFBA. Atuou como Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Ministério da Saúde. Membro do Conselho Nacional de Saúde. Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do ISC. Pesquisadora e coordenadora da linha de pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC. Coordenadora Geral do Observatório de Análise Política em Saúde, onde lidera também os seguintes eixos de pesquisa: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS, Trabalho e Educação na Saúde, Educação Permanente em Saúde, com experiência em gestão do trabalho e da educação na saúde, e recursos humanos em saúde.

#### **KAROLAINE DA COSTA EVANGELISTA**

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), no *campus* Anísio Teixeira. Membro de liga acadêmica, monitorias e projetos de pesquisa na UFBA. Pesquisadora do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

#### **LAERGE THADEU CERQUEIRA DA SILVA**

Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Serviço Social, com área de concentração em Política Social, na linha de pesquisa Estado, Direitos Sociais e Políticas Sociais, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Graduado em Serviço Social (UFPB). Especialista em Educação Permanente em Saúde (EducaSaúde), pelo Ministério da Saúde. Analista de Educação em Saúde da Coordenação de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

#### **MARIA CRISTINA RODRIGUES GUILAM**

Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional

de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva e doutora em Saúde Coletiva pela UERJ. Tecnologista da Fiocruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde).

#### **MARIA FABIANA DAMÁSIO PASSOS**

Diretora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Brasília, e secretária executiva do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Graduada e mestra em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) e do Mestrado em Políticas Públicas em Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Coordenadora do grupo de pesquisa População em Situação de Rua: Políticas, Dispositivos e Ações.

#### **MARIA SILVIA FRUET DE FREITAS**

Graduada em Ciências Biológicas e mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Tem experiência na área de Saúde, Gestão e Educação, com ênfase em Educação na Saúde; apoio técnico a acompanhamento/monitoramento, implantação e gestão de programas e projetos em nível nacional de propostas de formação voltadas ao ensino na saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

#### **MARINA LUNA PAMPONET**

Doutora em Saúde Pública com área de concentração em Epidemiologia e especialista em Medicina Social sob forma de residência pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e graduada em Odontologia (UFBA). Pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica do ISC.

#### **MÔNICA DINIZ DURAES**

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, do Instituto Cultural Newton Paiva Ferreira em Belo Horizonte, Minas Gerais, com doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Mestre em Saúde Coletiva e especialista em

Saúde Coletiva – Educação em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Administração de Recursos Humanos pela Faculdade e Ciências Gerenciais da Universidade Aberta, Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em Preceptoría de Programas de Residência em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, e Liderança para a Gestão de Políticas, Regulamentação e Planejamento de Recursos Humanos em Saúde pelo Campus Virtual de Salud Pública, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Atuou como consultora nacional da OPS na Unidade Técnica Capacidades Humanas para a Saúde (2013/2023).

#### **NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO**

Docente associada da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da UFBA, com estágio doutoral no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa (UNL). Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Vice coordenadora e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – mestrado e doutorado – do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) e do ISC, na UFBA. Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), da UFBA. Vice-líder do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras), pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho, Gestão e Educação em Saúde, da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária (Rede APS), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

#### **PAÏLLA LAYANNA FERNANDES RODRIGUES**

Graduada em Farmácia pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre e doutoranda em Saúde Coletiva, na área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde pelo IMS, no *campus* Anísio Teixeira da UFBA. Membro do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras) e do Laboratório de Pesquisa sobre o Trabalho, Gestão, Formação e Avaliação em Saúde (Labor), da Universidade de Brasília (UnB).

#### RHAINE BORGES SANTOS PEDREIRA

Doutora e mestre em Ciências da Saúde, com área de concentração em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), e fisioterapeuta também pela UESB. Pesquisadora responsável pela análise e construção de indicadores epidemiológicos utilizando dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Edital PMA 2023, do Programa Inova Fiocruz). Pesquisadora do Programa Integrado de Avaliação e Formação em Atenção Básica (GRAB), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da UFBA.

#### ROSANA AQUINO

Médica, mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica epidemiologista do quadro permanente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da UFBA, e membro da coordenação do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica desta instituição. Foi editora associada do *Journal of Epidemiology and Community Health* de março de 2008 a junho de 2011. Participa do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), desde junho de 2010.

#### SILVANA LIMA VIEIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), com mestrado e doutorado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), além de pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da UFBA. Atualmente, é professora titular e orientadora no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) UNEB. Pesquisadora da linha Trabalho, Educação e Gestão na Saúde, e de Educação Permanente em Saúde do ISC, na UFBA. Tem experiência em gestão do trabalho e da educação na saúde, e recursos humanos em saúde.

#### VIGNA MARIA DE ARAÚJO

Bacharela em Saúde Médica pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA). Bolsista do Netherlands Hanseniasis Relief Brasil (NHR Brasil). Diretora científica da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Cirurgia no capítulo

estadual da Bahia (2020-2021). Pós-graduanda em Gestão Pública pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, 2023-atual) e em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB, 2023-atual). Mestranda em Saúde Coletiva (UFBA), área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

#### **ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO**

Mestre, doutora e professora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atuou como Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Ministério da Saúde (2023/2024), além de liderar pesquisas em políticas sociais e gestão do trabalho e educação na saúde. Membro ativo do colegiado de coordenação do grupo Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Conselho Nacional de Saúde.

#### **FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA**

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), é atualmente Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, e professor adjunto na Universidade Federal da Paraíba (UFPR), vinculado aos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Com graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e experiência em gestão, foi Secretário de Atenção Primária à Saúde e diretor geral da Escola de Saúde Pública da Paraíba, além de coordenador nacional do Projeto Mais Médicos.



**Nília Maria de Brito Lima Prado** é docente associada na Universidade Federal da Bahia, doutora em Saúde Pública com pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Atua em programas de pós-graduação, é vice-líder do Grupo de Pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde, pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho, Gestão e Educação em Saúde da UNB, e membro do comitê gestor da rede de pesquisa em APS da Abrasco. Sua experiência abrange Atenção Primária à Saúde, gestão e planejamento em saúde, gestão do trabalho e educação em saúde e saúde digital.



**Silvana Lima Vieira** é graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com mestrado e doutorado pela Universidade Federal da Bahia, além de pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Atualmente, é professora titular na Universidade do Estado da Bahia e orienta no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNEB. Suas áreas de atuação incluem gestão de serviços de saúde, educação na saúde e formação técnica em enfermagem.

O eBook "Avanços e desafios das ações educacionais no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)" é uma obra coletiva que investiga a formação médica no contexto do PMMB, um programa essencial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Destinado a profissionais da saúde, educadores e gestores, o livro se destaca por sua análise crítica das bases legais e das ações educacionais entre 2013 e 2022, além da retomada do programa em 2023. Diferente de outras publicações, ele não apenas apresenta dados, mas também propõe um modelo formativo que integra a Atenção Primária à Saúde (APS) com a educação permanente, considerando as especificidades culturais e sociais dos territórios atendidos. Com contribuições de especialistas em cada capítulo, a obra visa promover a equidade e a qualidade no atendimento, incentivando práticas educativas que atendam às necessidades da população e fortaleçam o SUS.