



## TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018 - RESUMO

### “Formação e prática profissional de médicos e enfermeiros na APS”

Autores: Elaine Thumé (UFPEL), Sônia Acioli (Aben), Amanda Fehn, Magda Almeida (SBMFC), Elizabeth Fassa (UFPEL), Patrícia Chueiri (UFRGS)

#### **A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS – AVANÇOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS<sup>1</sup>**

As proposições de Alma-Ata tiveram profunda influência sobre o movimento da reforma sanitária brasileira, com implicações para formação dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) configuração das equipes de saúde e organização do processo de trabalho, adequando-o à complexidade inerente às novas propostas de organização do sistema de saúde, como a valorização do contexto sócio-econômico-cultural para o cuidado dos indivíduos, família, comunidade e, com olhar interdisciplinar e intersetorial (MORETI-PIRES, 2009).

A disponibilidade de RHS é considerada um componente crítico para a efetiva oferta de serviços com qualidade nos diferentes níveis de atenção, constituindo um importante determinante do estado de saúde de uma população. Déficits nacionais e globais da força de trabalho em saúde (FTS), assim como aspectos relativos à sua qualificação e distribuição, configuram-se como um dos mais importantes obstáculos para a melhoria do desempenho dos serviços e sistemas de saúde, sobretudo no que se refere ao acesso e a cobertura universal, particularmente nos países em desenvolvimento (WHO, 2006; BACON & NEWTON, 2014).

Um sistema eficaz de prestação de cuidados de saúde depende do número certo e da combinação adequada de profissionais de saúde com competências e habilidades para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), além de assegurar-lhes meios e motivação necessários para o desempenho de suas funções (ANAND & BÄRNIGHAUSEN 2012). Em muitos países de baixa e média renda, os esforços para expandir os serviços de saúde são confrontados com a aguda escassez e

distribuição desigual de trabalhadores de saúde qualificados (SCHEIL-ADLUNG, 2013; CAMPBELL et al., 2015).

O quadro situacional de distribuição de profissionais de saúde no mundo identifica que as localidades com a maior carga de doenças continuam a apresentar a menor FTS qualificada, estando em sua maioria concentrada em espaços urbanos. Tradicionalmente as abordagens que discutem estratégias que visam o enfrentamento do quadro de crise da FTS focam primariamente no planejamento da força de trabalho como, por exemplo, estimativas baseadas em indicadores epidemiológicos, demográficos e na ampliação e melhoria da educação, seja por meio de criação ou qualificações das universidades/faculdades e/ou pelos treinamentos ofertados. Tais alternativas objetivam reduzir a escassez de profissionais e otimizar os recursos existentes (McPAKE et al, 2013).

Dados da OMS preveem o surgimento de cerca de 40 milhões de novas ofertas de emprego para o setor saúde até 2030. Há mais de uma década a OMS (WHO, 2006) chamava atenção para um déficit global de mais de quatro milhões de trabalhadores de saúde, dos quais a estimativa de déficit para médicos e enfermeiras girava em torno de 2,3 milhões. Dados recentes estimam uma escassez global de 12,9 milhões de trabalhadores de saúde, com pelo menos 83 países enfrentando constrangimentos importantes de FTS (WHO & GHWA 2014; WHO, 2014). Projeções atualizadas estimam que o déficit possa ser ainda maior, principalmente devido o crescimento da economia global, os processos de reforma do sistema de saúde e o aumento das doenças crônico-degenerativas (WHO, 2015).

O fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde baseados na APS depende de radicais e importantes mudanças na formação dos profissionais de saúde, sobretudo na educação médica, tradicionalmente voltada para as especialidades. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) há 30 anos, a APS foi a estratégia adotada para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, um novo modelo assistencial com ênfase na implantação da Saúde da Família avançou e passou a valorizar o trabalho em equipe, multiprofissional, na busca da integralidade do cuidado, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Entre o início da estratégia Saúde da Família, na época (1994) ainda Programa de Saúde da Família (PSF) e 2002 foram implantadas 16.698 equipes de Saúde da Família, em 4.161 municípios, o que correspondia a uma cobertura de 32% da população. Em fevereiro de 2018, após 24 anos da implantação, a estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentava cobertura de aproximadamente 127 milhões de pessoas, o que corresponde a 66% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Configurando-se assim num expressivo e crescente mercado de trabalho.

A partir do entendimento da necessidade de qualificação e aprimoramento da FTS para que os serviços ofertados não se constituíssem um "SUS para pobres", desde 1996 a preocupação com a formação de RHS com perfil para atuação na APS e ESF ganhou maior destaque (SOUSA; HAMANN, 2009). De modo abrangente, as propostas envolveram diversas metodologias, dentre elas, cursos presenciais, educação à distância, interconsultas a especialistas, recursos audiovisuais e de educação a distância. O objetivo era desenvolver educação permanente para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de acompanhar e avaliar o trabalho das equipes nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

No final dos anos 90, estudo sobre o perfil dos médicos e dos enfermeiros atuantes no PSF, mostrava que aproximadamente 62% dos médicos não tinham residência e os enfermeiros não tinham outras especialidades de habilitação (MACHADO et al., 1999). Médicos e enfermeiros consideravam desgastante a atividade profissional e percebiam a necessidade de aprimoramento profissional.

Em 2000, a criação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) ampliou o número de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e foi a principal política indutora até 2012. Apesar dos incentivos políticos e financeiros 71% das vagas dos programas de MFC permaneceram ociosas.

A elaboração das DCN (BRASIL, 2001) para os cursos de enfermagem e medicina coincidiu com o período no qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) atuou como elemento disparador e orientador do debate acerca da formação dos profissionais de saúde no país (MACHADO; 2005). As alterações geradas no mercado de trabalho em função da expansão da ESF tornaram evidentes os problemas relacionados à formação dos profissionais de saúde, à disponibilidade da distribuição regional, além dos modelos de contratação e remuneração desses trabalhadores (DAL POZ, PIERANTONI, SABADO, 2013)

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi criada na estrutura do Ministério da Saúde apenas em 2003, e favoreceu o estreitamento das relações entre os Ministérios da Educação e da Saúde, possibilitando e ampliando o diálogo acerca da formação dos RHS (HADDAD, 2008). Várias iniciativas foram realizadas, com destaque para as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS), Aprender-SUS, Ensina-SUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a Política Nacional de Educação Permanente com o objetivo

de promover a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2004; CASTRO, 2016; NETTO, 2016; OLIVEIRA ET AL, 2017; VIEIRA, 2017; RIOS, 2017).

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) foram estratégias importantes na formação de trabalhadores em saúde. Inicialmente o Promed contemplava apenas o curso de Medicina e, em 2006, foi ampliado para a Enfermagem e Odontologia no Pró-Saúde I. Com o Pró-Saúde II, em 2007, houve a extensão do programa para todas as profissões da área da saúde, no mesmo movimento de criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF). Esta expansão agregou 359 cursos de graduação e começou a efetiva implementação das DCN e também a reorientação da formação, que até então não havia acontecido na prática (HADDAD et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2008).

Na pós-graduação, foram estimuladas as especializações em Saúde da Família, as residências multiprofissionais em Saúde e em Medicina de Família e Comunidade (MFC), além da criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com a proposta de especialização em larga escala dos profissionais que atuavam na Saúde da Família (BRASIL, 2010). O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB, instituído em 2011, ofereceu bolsas de estudo para atuação na Atenção Básica e pontuação para ingresso nos programas de residência médica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2011).

Em 2013, em decorrência do déficit de profissionais médicos para compor as equipes de saúde, foi elaborado o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a primeira proposta de provimento médico emergencial em curto prazo. Nesta ocasião foi criado o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) com o intuito de dimensionar a quantidade e formação de médicos especialistas necessários, auxiliando os gestores na tarefa de identificar esta necessidade por região de saúde e características da população, a exemplo do ocorrido em vários países, como Canadá e Inglaterra (BRASIL, 2013).

Em 2014, na distribuição de médicos por especialidades no Brasil, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) ocupava o vigésimo lugar com 4.022 títulos registrados (1,2%). Eram apenas 0,02 MFC por 100.000 habitantes. Para que toda a população brasileira fosse coberta pela ESF deveríamos ter 64.659 equipes atuantes no Brasil. Considerando ainda que todo médico de família atuasse no sistema público, temos atualmente um déficit de mais de 60 mil MFC.

As DCN instituídas em 2014 para os cursos de medicina e enfermagem reafirmaram o

compromisso com a formação voltada para o SUS e visão humanista, incorporaram conceitos novos relativos ao desenvolvimento de competência e estabeleceram diretrizes mais claras em termos de carga horária de prática em áreas estratégicas para o SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental (BRASIL, 2014).

As graduações da área da saúde acompanharam as tendências do ensino superior brasileiro em diversos aspectos: aumento do número de matrículas, cursos, instituições e aumento da participação das IES privadas. Em 1991 as IES privadas eram responsáveis por aproximadamente 55% das matrículas em cursos da saúde, em 2013 a participação dessas instituições alcançou 73% (INEP, 2013). A maioria delas caracteriza-se como sendo instituições com fins lucrativos, com ofertas de programas com alto potencial de rentabilidade para os investidores nacionais e internacionais.

A complexidade do ensino superior brasileiro aumentou com a diversificação das instituições de acordo com o seu modelo de organização jurídica, formato institucional, vocação acadêmica e demandas por profissionais com novas habilidades e competências (TANEGUTI, 2013).

## **AMEAÇAS**

Apesar do poder público ser o maior financiador na formação de recursos humanos especializados para a saúde, até 2007, não havia sequer política indutora para formação de especialistas voltadas às necessidades do SUS. Em 2013, apenas 10% dos médicos que atuavam na ESF tinham formação na área, mesmo sendo a APS uma estratégia prioritária no sistema de saúde brasileiro desde a sua criação. Mostrando um grande descompasso entre o discurso e a práxis (ALESSIO E SOUZA, 2016).

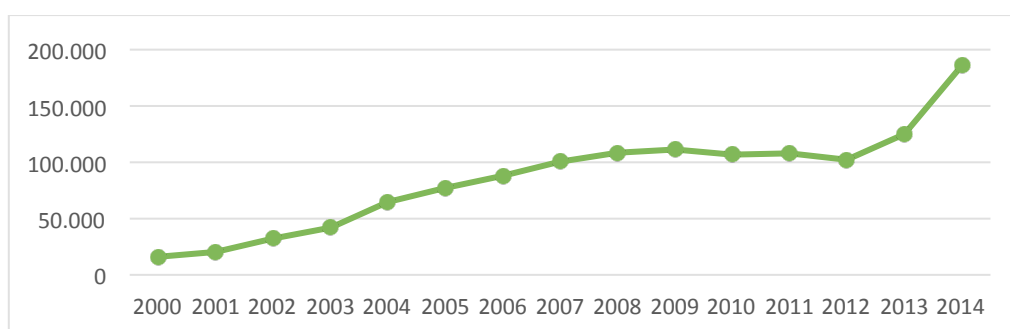
O ensino em saúde e a qualificação dos trabalhadores exigem articulação das relações técnicas e políticas nos serviços de saúde, além de um maior diálogo entre os setores da Educação e da Saúde; interações que nem sempre acontecem. (CARÁCIO, FCC et al, 2014). Uma instituição de saúde não pode mais ser considerada de forma isolada e individual, mas sim como parte de um conjunto inter-relacionado de organizações que implementam as diversas funções de um sistema educacional, reforçando a configuração dos serviços de saúde como integrante do processo formativo (FRENK et al, 2010).

No período de 2001 a 2011, foi observado um incremento de 393% do número de cursos de enfermagem nas instituições privadas em comparação ao incremento de 122% em relação ao

número de cursos públicos, no mesmo período. O número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil, em 2011, foi de 826, dos quais 160 em IES públicas e 666 em IES privadas. Em 2012 esse número foi de 838 cursos e, em 2013 atingiu 888. (TEIXEIRA et al, 2013). Estudo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 1994 já sinalizava a importância de se atentar a esse processo e destacou que desde 1940 o número de escolas privadas de enfermagem já superava o quantitativo de escolas públicas no Brasil (FERNANDES, 1994).

Em consequência do aumento do número de cursos, tem-se o aumento do número de vagas, as quais impactam pela dimensão, superando o total de 180.000 vagas em escolas privadas de enfermagem em 2014 (Gráfico 1). Destaca-se também que, ainda que o número de vagas para estudantes de graduação em enfermagem tenha ampliado consideravelmente, o número de egressos não seguiu de forma ajustada a mesma evolução. Em 2009 o aproveitamento das vagas de enfermagem representava 34% (MAGALHÃES et al, 2013).

**Gráfico 1** – Evolução do total de vagas ofertadas nos cursos privados de Enfermagem no Brasil, 2000 a 2014.



Fonte: Sigras- Observa RH, IMS, UERJ. 2017.

Dados do Conselho Federal de Enfermagem possibilitam verificar a expressividade da profissão da enfermagem, com 2.028.555 inscrições ativas em 2018, com 486.422 enfermeiros, 1.121.446 técnicos, 420.317 auxiliares e 370 obstetras. (<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>) Compreender a relação da formação destes profissionais, a direcionalidade do ensino à APS, com a dinâmica de mercado de trabalho, diante da dimensão das instituições privadas e do número de vagas ofertadas, torna-se imperativo. Além disso, considerando que quase 60% dos profissionais de enfermagem tem vínculo empregatício com o setor público de saúde, sugere-se o potencial das unidades de APS em receber estes profissionais. ([www.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem](http://www.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem))

Vários fatores foram favoráveis a ampliação substancial dos cursos e vagas de enfermagem no país, e em consequência, no número de egressos: i) documentos legais e normativos relacionados a alocação dos profissionais de enfermagem em serviços; ii) flexibilidade do mercado de trabalho; iii) políticas públicas que corroboraram na ampliação do mercado de trabalho no setor saúde; e iv) políticas educacionais que tornam mais permissíveis e autônomos as IES. (Filho; Vieira; Garcia, 2006)

Desde 2011 os Conselhos Regionais de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem manifestam-se de maneira contrária a existência de cursos para a formação de enfermeiros com atividades presenciais limitadas com importantes questionamentos acerca da qualidade do profissional formado. Destacam-se dois momentos que estimularam a abertura de cursos de enfermagem à distância: i) LDB de 1996, pela autonomia e fomento a cursos utilizando esta metodologia para a graduação, cursos de extensão, sequenciais, pós-graduação, educação de jovens e adultos, aperfeiçoamento de professores e educação continuada; ii) a partir de 1998 com o cadastramento pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) de IES interessadas em oferecer cursos à distância (RODRIGUES e PERES, 2008).

O setor privado também é responsável pela maioria das vagas nas escolas médicas. Ao todo existem 308 faculdades de medicina no Brasil. Dessas, 176 são privadas e 130 públicas (78 federais, 35 estaduais, 16 municipais e três públicas, sem especificação de qual esfera do governo). Elas oferecerem anualmente 30.451 vagas para ingresso no primeiro ano. (<http://www.escolasmedicas.com.br/estatisticas-nacionais.php>).

Serviços públicos não são gratuitos, são financiados por impostos de toda a sociedade. De quem usufrui do serviço e de quem não usufrui. O objetivo da universidade pública não é simplesmente conceder diplomas, para que as pessoas individualmente se beneficiem de salários melhores ou de posições sociais vantajosas, mas sim formar os profissionais necessários para o desenvolvimento econômico e social do país, no caso da saúde, oferecer profissionais que trabalhem em prol das necessidades de saúde do povo. É, portanto, um investimento direcionado para a resolução dos problemas da sociedade.

Isso implica em decisões sobre programas curriculares, desenvolvimento docente, integração ensino serviço, distribuição equânime de vagas, cotas, extensão universitária, pesquisa e etc. Essas decisões deveriam fazer parte de um grande projeto nacional de médio e longo prazo para saúde e educação. Não pode ficar nas mãos de grupos com interesses privados e corporativos.

O investimento maciço em IES privadas tem algumas consequências que precisam ser consideradas:

- A produção científica no país é dependente exclusivamente das universidades públicas, a iniciativa privada no Brasil não produz conhecimento, com exceção da indústria farmacêutica (DI CROSS; SIMON THOMSON; ALEXANDRA SINCLAIR, 2018);
- A maior parte das IES privadas não possui serviço próprio de saúde, utilizando-se na maioria da rede instalada do SUS, competindo com as IES públicas por campos de estágios, que apresentam enorme desvantagem na oferta de contrapartida financeira e estrutural para o serviço;
- Apesar da melhoria do desempenho das escolas privadas em concursos nacionais, as IES privadas ainda têm maior percentual de reprovação, do que os candidatos que fizeram o curso na rede pública;

No vestibular de 2016, 89 dos cursos de medicina utilizaram, para o processo seletivo, as notas do ENEM através do Sistema de Seleção Unificada (SiSU). De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, com base no resultado do exame prestado pelos 2.636 médicos recém-formados, verificou que 1.700 (64,6%) acertaram mais de 60% das 120 questões da prova, porcentagem considera mínima para aprovação. Os índices de participantes de instituições privadas aprovados passaram de 33,7%, em 2016, para 56,8% no ano passado. Já entre os cursos de medicina públicos, foi de 62,2% em 2016, para 79,7% em 2017. Houve melhora no desempenho das escolas privadas, mas elas ainda têm maior percentual de reprovação, do que os candidatos que fizeram o curso na rede pública.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) defende que a residência médica seja condição necessária ao exercício da profissão, e que um mínimo de 40% de todas as vagas de ingresso (R1) seja para Medicina de Família e Comunidade, a fim de garantir o provimento adequado de especialistas para atuação na APS com a qualidade necessária.

Os programas de especialização nos moldes da residência são considerados estratégias mais adequadas de treinamento em serviço, uma vez que potencializam habilidades e competências necessárias no campo de atuação. Contudo, sua importância não foi acompanhada dos investimentos necessários para a qualificação do trabalho. A criação de 12,4 mil novas vagas de residência em diversas especialidades, com prioridade para a MFC, até 2017 era uma das metas do



PMM, além da universalização do acesso à residência médica até o final de 2018, de modo que todo o médico possa ter acesso a um programa de residência e esteja preparado para atuar na APS.

Ainda que o número de vagas para especialização em MFC tenha praticamente dobrado no período de 2004 a 2014 com o Programa Nacional de Apoio à Formação Médica em Áreas Estratégicas (Pró-residência), conforme já citado, a taxa de ocupação das vagas foi inferior a 30%. Em 2015, por exemplo, do total de 1.520 vagas disponíveis para a residência em MFC apenas 400 foram ocupadas, representando uma taxa de 26,3% de ocupação, muito aquém da capacidade (SILVA JUNIOR, 2016).

A baixa ocupação de vagas nos programas de residência em MFC não pode ser explicada somente pela baixa exposição à atenção primária à saúde durante a graduação. É preciso também reconhecer a falta de valorização da especialidade e a falta de organização e governança do SUS, com destaque para a fragilidade na coordenação do cuidado, pois a lógica hegemônica é a do mercado, e não as necessidades de saúde da população (BERGER ET AL, 2017; IZECKSOHN ET AL., 2017). O papel do MFC como organizador e coordenador dos cuidados, fragiliza a busca direta por outras especialidades médicas, e põe em jogo os interesses corporativos sobre a lógica da formação médica, que na maioria das oportunidades, acaba preponderando.

Novas preocupações estão colocadas na agenda como, por exemplo, a participação expressiva do setor privado na formação (70 a 80% do sistema de ensino superior no país) e a adaptação da estrutura dos campos de prática para possibilitar a inclusão dos graduandos, o uso das novas tecnologias para o suporte ao cuidado clínico e investimentos na tutoria e preceptoria por profissionais com formação na área da saúde. No Rio de Janeiro, por exemplo, a cobertura da ESF passou de 3,5% em 2009 para 60% em 2016. Esta expansão gerou a necessidade de aumento no número de preceptores, que apesar de motivados não tinham formação na área-(IZECKSOHN et al., 2017).

A existência de preceptores experientes para a formação de especialistas em cuidados primários é pilar fundamental para a construção de uma APS de qualidade, pois permite o desenvolvimento de competências adequadas e promove a conexão entre teoria e prática (IZECKSOHN et al., 2017). O papel do supervisor é uma experiência interessante advinda do PMM, com a visita mensal nos serviços e responsabilidade de uma IES. Cada supervisor é responsável por um máximo de 10 médicos e atua como apoiador na organização do processo de trabalho na prática clínica. Ao avaliar as atividades de supervisão nos programas de provimento médico na Bahia, Vieira (2017) reforça a importância de “*pensar onde os pés pisam*” ao abordar a necessidade

de experiência do supervisor sobre o trabalho na APS e também destaca que experiência não tem relação direta com formação acadêmica e sim com a prática, no “*saber da pele*” conforme refere à autora.

O bom supervisor é aquele que não se limita ao registro em relatórios e tem o potencial de induzir processos de mudanças nos modelos de atenção locais, servindo como um mediador entre médico-gestor-usuário-equipe. É necessário ainda aprimorar o modelo de supervisão, pactuando uma padronização mínima para o conteúdo para o trabalho de supervisão, com mais visitas e menos relatórios, sem, contudo, limitar o processo criativo do supervisor (CASTRO, 2015).

Sobre o investimento em ofertas de educação continuada à distância para aproximar universidades e profissionais, é importante que os conteúdos clínicos sejam adequados de acordo com as características epidemiológicas e culturais da região onde para onde o curso está sendo ofertado (DAHMER et al, 2017).

## **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

Faz-se necessário a construção de estratégias de enfrentamento em rede, considerando os contextos de crise institucional, política e profissional se observarmos a falta de investimentos públicos no setor da saúde, educação, ciência e tecnologia, e desvalorização do trabalho dos profissionais.

Os elementos destacados consideraram os principais pontos descritos nos documentos e relatórios nacionais e internacionais que orientam estratégias na área dos RHS. A construção e o debate coletivo acerca do enfrentamento necessário a superação da “crise” da força de trabalho em saúde é imprescindível em sistemas nacionais que buscam a cobertura universal e vão ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Os itens são pontos de partida para o debate, não findam em si e nem neste documento. Em tempos de luta e reafirmação do Sistema Único de saúde, acessível e de qualidade.

## **ÂMBITO GERAL**

- Incluir, além das sociedades e associações profissionais, o CONASS e CONASEMS e os usuários no debate sobre necessidades formativas;

- Alinhar investimentos em RHS às necessidades e demandas da população e do SUS, levando em consideração aspectos da dinâmica do mercado de trabalho e as novas políticas educacionais;
- Desenvolver estratégias de pesquisa na área da Força de Trabalho em Saúde aplicadas à realidade e às necessidades nacionais, mas dialogando com as estratégias e direcionamentos internacionais na área de RHS e que possam colaborar com políticas alinhadas ao SUS;
- Investir em Sistemas de Informação e Plataformas com dados sobre a força de trabalho em saúde, como por exemplo, o Observatório de Recursos Humanos em Saúde, permitindo assim, acesso e tomada de decisões baseadas em evidências;
- Desenvolver políticas de regulação das instituições de ensino superior com padrões de qualidade em diferentes níveis, por exemplo, corpo docente, processo de admissão/ingresso de alunos, currículo baseado em competências, entre outros, para as instituições públicas e privadas de ensino superior;
- Desenvolver políticas de acreditação e legislação comprometidas com a excelência do ensino superior em saúde e orientado para o fortalecimento do SUS e cobertura universal da saúde;
- Analisar o escopo de prática dos profissionais, elaborar matriz de competências e habilidades para enfermagem na APS, a exemplo do documento elaborado pela SBMFC, com o intuito de reafirmar o papel das profissões na rede de serviços, e sobretudo na APS;
- Estimular o desenvolvimento do potencial de atuação e liderança dos profissionais de enfermagem, compreendendo esta profissão como elemento central para melhoria das condições de saúde das populações, promoção da equidade de gênero e apoio e fortalecimento do crescimento econômico, como sugere o Relatório “Triple Impact” ([file:///C:/Users/AGO/Downloads/DIGITAL%20APPG%20Triple%20Impact%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/AGO/Downloads/DIGITAL%20APPG%20Triple%20Impact%20(3).pdf));
- Ampliar o debate acerca da regulamentação das práticas avançadas em enfermagem proposta pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde e reafirmadas no Movimento “Nursing Now” (<http://www.nursingnow.org/>);
- Promover distribuição equitativa de profissionais de saúde reduzindo a concentração, sobretudo nos grandes centros urbanos, com medidas de fixação inspiradas em modelos e experiências de sucesso internacionais.

- Promover condições e contratos de trabalho decentes e compatíveis com a ética e o exercício profissional, garantindo equidade de gênero, etnia e cor;
- Desenvolver mecanismos de auscultação dos profissionais da saúde a fim de compreender seus níveis de satisfação e estabelecer estratégias que possam melhorar desempenho e motivação.

## **GRADUAÇÃO**

- Realizar atividades de monitoramento e avaliação das estratégias de implantação das novas DCN; avaliar a efetividade das estratégias adotadas e refletir sobre necessidade de reformulação dos processos de implantação;
- Priorizar as instituições públicas de ensino como parcerias para a formação técnica de RNS para o SUS
- Investir massivamente na qualidade da formação dos docentes nas IES privadas e públicas e no desenvolvimento de competências estratégicas e adequadas às mudanças pedagógicas propostas pela DCN e alinhadas às necessidades da comunidade.
- Garantir a existência de Departamentos de Atenção Primária em Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva nas IES públicas e privadas com cursos na área da saúde;
- Ampliar a presenças de profissionais com formação específica em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade, no corpo docente das universidades públicas e privadas.
- Colocar na pauta da IES a importância da formação multiprofissional durante a realização dos cursos de graduação e pós-graduação (modalidade residência em serviço);
- Manter o financiamento de estratégias como VERSUS e PET Saúde voltados para a APS;

## **PÓS GRADUAÇÃO**

- Fortalecer programas de especialização nos moldes da residência com projetos pedagógicos em consonância com as competências e habilidades requeridas para profissionais da APS;
- Trabalhar na perspectiva de residências multiprofissionais em uma lógica de trabalho em equipe e valorização de todos profissionais que atuam na APS
- Tornar a residência condição necessária ao exercício da profissão em longo prazo, construindo metas de curto, médio e prazo final (20 anos) para essa exigência;

- Ampliar oferta de cursos e vagas nas residências multiprofissionais voltadas para atenção primária e das residências de enfermagem em saúde coletiva/APS;
- Descentralizar e implantar residência médica em locais distantes de grandes centros urbanos, incentivando que os próprios municípios assumam programas prioritários para suas necessidades;
- Em relação a residência médica em medicina de família e comunidades, há necessidade de ampliação (estabelecendo um mínimo de 40% de todas as vagas de ingresso (R1) para Medicina de Família e Comunidade), assim como traçar estratégias para ocupação das vagas que hoje estão sendo ofertadas (complementação de bolsa, oferta de plano de cargo e carreiras).
- Estabelecer a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) como órgão responsável em determinar a distribuição de vagas de residência em todas as especialidades médicas.
- Incentivar a avaliação e monitoramento dos programas de especialização nos moldes da residência;
- Reconhecer a Medicina de Família e Comunidade como Área do Conhecimento na CAPES, para estimular as instituições de ensino a desenvolver inovação e produção científica no campo;
- Incentivar que as IES privadas construam ou ofereçam serviços de saúde vinculados ao SUS, para aumentar o aporte de serviços prestados e diminuir a competição desigual por campos de estágios;
- Criação de programas governamentais de incentivos financeiros para a reforma e construção de UBS adaptadas para o ensino;
- Estimular a formação de médicos e enfermeiros preceptores, através de cursos de formação e incentivo a essa carreira;
- Incluir os enfermeiros nos atuais cursos de formação de preceptores ofertados pelo Ministério da Saúde.

## REFERENCIAS

1. ALESSIO, M. M.; DE SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: Inter-relações com o programa Mais Médicos. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 633–667, 2016.

2. ANAND S, BÄRNIGHAUSEN T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. **Health Policy**; v.105, n.2. p. 185-191, 2012
3. APPG ON GLOBAL HEALTH. Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016
4. BACON, T.J.; NEWTON, W.P. Innovations in the education of health professionals. In: **North Carolina medical journal**. 1 ed., Vol. 75, pp. 22-27, 2014.
5. BERGER, C. B. et al. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil Medical residency training: contributions for qualification and provision of physicians in Brazil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017.
6. BRASIL, 2004;
7. BRASIL, 2010
8. BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001
9. BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 15 abr. 2004. Seção 1, p. 3–4. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm)>.
10. BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014
11. 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*, Brasília, DF, 23 out. 2013 b, Seção. 1, p. 1.
12. CAMPBELL, et al. Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. **BMJ**, 351 p. h4148. 2015
13. CARACIO, F.C.C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142. 2014.
14. CASTRO, 2016
15. CASTRO, T. F. DE; **Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e no Programa Mais Médicos**. [Campinas] Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2015.
16. DAHMER, A. et al. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 449–463, 2017.
17. DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C.R.; SÁBADO, G. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Ipea/ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. V. 3. P. 184-233
18. DI CROSS; SIMON THOMSON; ALEXANDRA SINCLAIR. **Research in Brazil: A report for CAPES** by Clarivate Analytics. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/diversos/17012018-CAPES-InCitesReport-Final.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2018.
19. FERNANDES, 1994

20. FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006
21. FRENK, J., et al. Education of Health Professionals for the 21st Century: a global independent commission. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Global Independent Commission. Lancet*. 2010
22. HADDAD, A. E. et al. Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Rev Bras Educ Med**, v. 36, n. 1, p. 3-4, 2012.
23. INEP. Relatório de área ENADE 2013: Medicina. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em : <http://portal.inep.gov.br/enade/relatorio-sintese-2013>. Acesso em : 15 de junho de 2016. (informações Técnicas equipe INEP)
24. INEP/MEC, SIGRAS/OBSERVARH - IMS/UERJ. *Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde*. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/>>. Acesso em: 7 mar. 2016. 107
25. IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737–746, 2017.
26. MACHADO, Cristiani Vieira. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. 2005. 391 f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005.
27. MACHADO, M. H. et al. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil Fundação Oswaldo Cruz. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil\\_medico.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf)>.
28. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Is primary care effective? Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the united states. **International Journal of Health Services**, v. 37, n. 1, p. 111-126, 2007.
29. MAGALHÃES, S. DA S. et al. Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 3/4, p. 167–170, 2013.
30. McPAKE, B., et al. "Why do health labour market forces matter?". *Bulletin of the World Health Organization* n.91.v 11. 2013. p. 841-846.
31. **MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018**

32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial, nº 2.087, de 1o de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 jan. 2011 b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html)>. Acesso em: 28 jan. 2016.
33. MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
34. NETTO, 2016;
35. OLIVEIRA ET AL, 2017;
36. OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med*, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.
37. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health, 2015.
38. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007.
39. RIOS, 2017
40. RODRIGUES e PERES, 2008
41. RODRIGUES, E. T. et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo Profile and Professional Career of Graduates Medicine Residency Programs. v. 41, n. 4, p. 604-614, 2017.
42. SAÚDE, M. DA. Histórico Cobertura Saúde da Família. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 8 mar. 2018.
43. SCHEIL-ADLUNG, X. AND BONAN, J. Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe. *Int Soc Secur Rev*, 66: 25-48.2013.
44. SILVA JUNIOR, 2016
45. SOUSA, M. F. DE; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1325-1335, 2009.
46. TANEGUTI, Luiza Yoko. Relatório técnico contendo estudo sobre a atual relação oferta/demanda de cursos de graduação no Brasil, como subsídio ao Conselho Nacional de Educação para a formulação de políticas públicas que possibilitem a melhor distribuição da oferta de vagas no ensino superior de graduação. [S.l.]: Conselho Nacional de Educação - Ministério da Educação. 7 abr. 2013
47. TEIXEIRA, Elizabeth et al . Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 66, n. spe, p. 102-110, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700014&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>.
48. VIEIRA, M. C. **Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia.** [Campinas] Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2017.
49. WHO & GHWA. A Universal Truth. *No Health Without a Workforce*. 2014. Disponível em: [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1):
50. WHO, 2014