

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM
SAÚDE EDUCASAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

ISABEL EMILIA PRADO DA SILVA

**“TEM HORA QUE A GENTE SE PERGUNTA POR QUE É QUE NÃO SE
JUNTA TUDO NUMA COISA SÓ?”: PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O
BRASIL: CAMINHOS DA INTERSETORIALIDADE**

**BRASÍLIA
2014**

ISABEL EMILIA PRADO DA SILVA

“TEM HORA QUE A GENTE SE PERGUNTA POR QUE É QUE NÃO SE JUNTA TUDO NUMA COISA SÓ?”: PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: CAMINHOS DA INTERSETORIALIDADE

Trabalho de conclusão de especialização apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Jeane Félix

BRASÍLIA
2014

RESUMO

Nesse trabalho de conclusão de curso me proponho a narrar experiências vividas ao longo da minha trajetória profissional, particularmente como especializanda do curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde, cujas atividades de imersão aconteceram no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e atualmente como Apoiadora Institucional, do Projeto Mais Médicos para o Brasil, no Ministério da Educação. Além do desejo de “juntar tudo numa coisa só” tenho, neste TCC, como objetivo descrever como a intersetorialidade está sendo operacionalizada entre os campos da saúde e educação para o aprimoramento do Programa Mais Médicos. Para isso utilizo dois caminhos metodológicos, quais sejam: pesquisa documental e autonarrativa. O principal documento analisado foi a Lei Nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, cujas análises levaram ao encontro de caminhos que favorecem ações intersetoriais, evidenciando assim um fazer intersetorial que otimiza ações, saberes e recursos para um bem comum.

Palavras-chave: Saúde; Educação; Intersetorialidade; Projeto Mais Médicos para o Brasil

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGGAB - Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica

CGAA - Coordenação Geral de Avaliação e Acompanhamento

COSEMS - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DDES - Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde

DEPREPS - Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

DOU- Diário Oficial da União

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IES - Instituições de Ensino Superior

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil

PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE - Programa Saúde na Escola

SUS - Sistema Único de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SESu - Secretária de Ensino Superior

UNA SUS - Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUZINDO	
1.1 “Percorri milhas e milhas”.....	02
1.2 “Conhecer Brasília”.....	03
1.3 “Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só”.....	08
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	10
3. PORQUE O BRASIL PRACISA DE MAIS MÉDICOS?.....	13
4. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.....	16
5. OS MINISTÉRIOS E O PROGRAMA.....	18
6. REFLETINDO A CERCA DA INTERSETORIALIDADE	22
7. O QUE UMA INICIANTE SE ATREVE A DIZER.....	26
8. REFERÊNCIAS.....	30
9. ANEXO	

1. INTRODUZINDO

A missão de encontrar uma metodologia de apoio para realizar este trabalho veio na troca de experiências, pensando junto, abrindo conexões na conversa livre que destrava e traz ideias. Produzir um texto nem sempre é tarefa fácil, desta forma decidi me inspirar no trabalho de conclusão de curso de Danielle Rockenbach (2010), também aluna do EducaSaúde para produzir a escrita neste trabalho de conclusão de curso. Essa inspiração me ajudou a trazer para a escrita algumas das minhas reflexões sobre o Programa Mais Médicos, onde atuo profissionalmente nesse momento, e sobre o quanto sou provocada por ele a refletir acerca da minha atuação profissional. A seguir, apresento um pouco de minha trajetória profissional para dialogar com as reflexões aqui propostas.

1.1. “Percorri milhas e milhas”

“Você não sabe o quanto caminhei
pra chegar até aqui
percorri milhas e milhas antes de dormir,
eu nem cochilei...”
A estrada - Cidade Negra

O excerto da música “A estrada”, da banda Cidade Negra é utilizado para iniciar esta parte do texto que me remete ao fato de que tenho um caminho profissional percorrido e a percorrer. Nesse caminho, que passa pela graduação em enfermagem, pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde com inserção no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) e, nesse momento, no Ministério da Educação (MEC) como apoiadora do Programa Mais Médicos. É no bojo de minha atual atuação profissional que os incômodos que deram origem a este TCC foram sendo produzidas, conforme passo indicar a seguir.

Antes de concluir a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Recife, no estado de Pernambuco, fui convidada pela gestão municipal

para trabalhar no Programa Saúde na Escola (PSE). Esse programa, a meu ver, tem como grande desafio desenvolver um trabalho intersetorial entre as áreas da saúde e educação, assim como se propõem em seus documentos oficiais. Assim, estive na coordenação municipal do PSE em Recife por um ano, local onde fazia várias críticas a gestão federal, sobretudo, em relação ao modo como eram induzidas as políticas, de como a comunicação era ruim, de como as portarias de orientação não se faziam entendidas pelos gestores e pelos técnicos que precisavam de orientação para colocá-las em prática. Lembro-me de quantas vezes liguei para o Ministério da Saúde para tirar dúvidas e que ficava ainda mais confusa por causa de informações desconstruídas e de pessoas que não conseguiam dialogar com as singularidades de cada município, entre outros aspectos. Hoje, tendo vivenciado o dia a dia no Departamento de Atenção Básica percebo essas dificuldades na prática, e talvez, pela pouca experiência, também tenha deixado algumas das pessoas que atendi durante a imersão no DAB tão confusas como eu ficava nos tempos do PSE em Recife.

Ainda em Recife, tive acesso ao edital de seleção para o curso de especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço. E para mim, a grande motivação em fazer essa seleção foi a possibilidade de trabalhar no Ministério da Saúde. No meu imaginário, iria encontrar os melhores profissionais do Brasil, os mais qualificados, os mais experientes por ser este um local de forte expressão e poder, para formular e disseminar políticas e estratégias que se pretende atender a toda população brasileira.

Mas, na prática, não foi bem assim. São trabalhadores com formação semelhante à minha, oriundos das mesmas universidades que não ensinam a como ser um bom gestor, a como construir portarias, que não nos mostram, dentre tantas outras coisas, que para trabalhar no âmbito da gestão é necessário entender de política de uma forma mais ampla, bem como, dos tempos que as coisas levam para acontecer. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) diz que para se produzir e modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é preciso privilegiar o conhecimento

prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática (BRASIL, 2007). Mas isso seria assunto para outro trabalho de conclusão de curso.

Sair de Recife, minha cidade, para fazer a especialização em Brasília mudou minha vida em todos os sentidos. Uma das minhas principais aprendizagens foi a de experimentar a esfera federal de gestão, onde o poder e produção das políticas nascem, traz uma maturidade na percepção e uma compreensão maior de todo fluxo necessário para que os programas que saem do esfera central cheguem aos municípios. Respeitando assim uma das diretrizes do SUS que é a descentralização.

1.2. “Conhecer Brasília”

“Sei que preciso aprender
Quero viver pra saber
E conhecer Brasília”
Brasília - Sérgio Sampaio

A especialização foi estruturada e organizada entre momentos de concentração, dispersão e de imersão prática no Departamento de Atenção Básica. O pré-requisito para fazer a seleção era ser egresso de outro programa de residência ou de cursos de graduação em saúde coletiva. Dentro do DAB foram também selecionados 20 trabalhadores para conosco compor a turma no que diz respeito aos momentos de concentração (composto pelas aulas). Os momentos de imersão prática sempre me deixam em crise de identidade: sou residente? Sou especializanda? O nosso diretor do DAB, à época, diminuiu um pouco essa crise nos intitulando de “trabalhadores em formação”. Mas, por que apenas nós recebemos o título de trabalhadores em formação? Os que já eram trabalhadores do DAB também não o seriam? Não estaríamos, todos nós, em formação constante? A educação permanente em saúde, estratégia pedagógica e política pública de formação dos trabalhadores da saúde indica que o próprio processo de trabalho pode ser um espaço de formação para os trabalhadores. Segundo Ceccim (2005):

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva,

compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005, p.976)

A forma como as palavras e os títulos foram colocados (trabalhadores em formação e cursistas, expressão utilizada para se referir aos trabalhadores do DAB que participaram do curso) influenciaram e nos diferenciaram, em certa medida, no trabalho e isso nem sempre foi positivo, gerando, por vezes, algumas tensões. De meu ponto de vista, nossos colegas, os chamados cursistas bem como os demais trabalhadores do DAB, assim como nós, bolsistas (os que passaram por um processo seletivo, por meio do edital já mencionado) deveriam também ser chamados de “trabalhadores em formação”, pois estamos, todos nós, no cotidiano de trabalho, ampliando nossa formação, aprendendo e desaprendendo práticas e teorias. Considero que, assim, seria possível, como traz Ceccim(2005), construirmos um Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede-escola.

No DAB, fizemos um rodízio entre as coordenações, que foi dividido em três momentos para os dez meses de imersão. A Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica – CGGAB e a Coordenação Geral de Avaliação e Acompanhamento – CGAA foram destacados como campos indispensáveis para nosso momento de imersão. Assim, cada um de nós bolsistas ficaria imerso por cinco meses em uma dessas coordenações e, por dois meses e meio, nas demais coordenações (Saúde Bucal, Alimentação e nutrição, Atenção Domiciliar, Gestão de Projetos e a Coordenação Geral de Áreas Técnicas) do Departamento. E em qualquer coordenação nossa principal atividade seria apoiar os estados e municípios para implantação e implementação das políticas, programas e projetos formulados na esfera central.

Palavras e conceitos novos, na medida em que o tempo passava, foram se agregando na nossa memória e na nossa prática de trabalho. Para mim,

sem dúvida, a palavra que ecoou com mais força durante esse tempo foi: “Apoio institucional”, impossível entrar na CGGAB e não escutar: apoio, “apôio”, “apóio” e as várias flexões formais e não formais que esse termo pode ter.

Por algum motivo que ainda não sabia, essa palavra e sua representação me geravam desconforto. A subjetividade, filosofia e complexidade que giravam em torno dela, me traziam inquietações, então me refugiei na CGAA. Não adiantou, a palavra apoio é algo que circula quase que naturalmente em todo DAB e que traz muito a marca desse governo, sobretudo na saúde. Apenas procurei naquele espaço-lugar me apoiar fora do apoio. Segundo Campos (2001), o apoio parte da premissa de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com variados graus de saber e poder.

E nessa caminhada “sem cochilos”, como disse o excerto de uma das músicas que já utilizei aqui, na reta final da especialização, me candidatei à vaga de apoiadora institucional para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), agora, no Ministério da Educação. No dia da entrevista, saí caminhando do MS para o MEC e o fato de não ter nenhum transeunte nesse trajeto me encheu de surpresa. As pessoas que por ali passavam estavam, todas, dentro de carros ou em coletivos. Senti um vazio de movimentação humana na Esplanada dos Ministérios. Foi um trajeto de 1,2 km de caminhada solitária. E, assim, como diz a música Brasília, de Sérgio Sampaio: “sei que preciso aprender, quero viver pra saber e conhecer Brasília”.

Hoje, atuando há um mês como apoiadora no MEC, sinto ainda essa mesma solidão institucional, que diminui na perspectiva das relações interpessoais, que precisam de tempo para se desenvolver, do que por algo instituído no âmbito do PMMB. Meu espaço físico de atuação é todo território de Brasília, e tenho como objetivo de trabalho instituir espaços de diálogo entre MS e o MEC, incluindo outros atores, tais como: os Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições de Ensino (IS) para que juntos possamos construir uma rede de apoio para implementação do PMMB.

Dessa forma, a integração entre os setores me parece importante para concretização do Programa que, pelo pouco tempo de estruturação, ainda demanda uma atenção especial quanto a questão de definição de papéis entre os dois setores. Os problemas sociais que se apresentam pela falta de médicos no Brasil embora, a princípio, possa parecer que é um problema apenas do setor saúde, envolve fortemente o setor educação por ser a área responsável pela formação desses profissionais, tanto no sentido quantitativo quanto qualitativo.

Junqueira (1997) aborda que, mesmo que esses problemas sociais se apresentem setorialmente, sua solução depende da ação de mais de uma política, pois tais problemas se configuram como parte de um todo mais complexo e demandam uma maneira integrada para resolvê-los. Encarando como um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que resulta também na gestão integrada das políticas sociais, para responder com eficácia os problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 1997).

Por se tratarem de setores diferentes, saúde e educação, apresentam também formas de atuação política e organizacional diferentes, e na prática é possível perceber divergências e tensionamentos dentro de uma proposta de trabalho intersetorial. Contudo, a Lei e as portarias interministeriais que instituem o Programa ratificam a intenção dos dois setores em trabalhar de forma conjunta, entendendo que é necessário um saber e um fazer integrados, e isso exige que os diversos atores que fazem parte dessa rede se interpenetrem formando um novo tecido, um tecido intersetorial que se propõe a potencializar cada saber para, no caso do Programa Mais Médicos, o cumprimento de um objetivo único: ofertar mais médicos para o Brasil. Junqueira (1997, p38.) segue afirmando que, “sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersetorialidade”.

Dessa forma, saio de um saber-fazer da saúde, para um saber-fazer da educação em um programa que já nasce “no berço” da intersetorialidade. A

“confecção” e “importação” de mais médicos para o Brasil, como costuma referenciar a crítica e a mídia, de forma pejorativa, mobilizam hoje, minha força acadêmica e profissional.

Essa recente migração intersetorial é permeada por uma sensação de crise, no sentido positivo da palavra. Certa vez, li um texto que trazia como exemplo para crise um ideograma chinês, representado por duas figuras: uma significando “perigo” e outra “oportunidade”. Em outras palavras, superar esse estado de crise, para mim, significa ultrapassar esse primeiro momento do “perigo” do desbravamento de um novo universo de saber e definições de papéis, que ainda me parecem confusos e desconectados.

Nesse sentido algumas questões para essa produção me vêm à mente, uma delas está num trecho da música do Teatro Mágico, que utilizo na próxima seção deste texto.

1.3. “Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só”

“Tem hora que a gente se pergunta
Por que é que não se junta tudo
numa coisa só?
A gente fica meio... meio desconstruído do
que a gente é... né?
... se abusá não dá nem tempo
de aprendê as coisa...”
Tudo é uma coisa só – O Teatro Mágico

Assim, mobilizada por algumas das questões e sensações que observo e experimento na prática do meu novo trabalho e na tentativa de “juntar tudo numa coisa só”, como diz a música que utilizei para abrir esta seção, procuro, neste trabalho de conclusão de curso, fazer algumas reflexões entre questionamentos e inquietações, buscando descrever como a intersetorialidade está sendo operacionalizada entre os campos da saúde e educação para o aprimoramento do Programa Mais Médicos. Desse modo, minha reflexão indica algumas das potencialidades e fragilidade de operar de modo intersetorial no referido programa. Ao final, me arrisco a fazer algumas proposições, a partir da

minha experimentação neste processo do fazer intersetorial no Programa Mais Médicos, bem como de outras experiências como trabalhadora do setor saúde, sobretudo no que diz respeito ao papel que hoje ocupo, de apoiadora institucional. Para que ao final “dê tempo de aprendê as coisa”, como diz o trecho da música utilizado para abrir esta seção do texto.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para produzir este trabalho de conclusão de curso, empreendi dois movimentos metodológicos, quais sejam: de um lado, utilizarei a estratégia da pesquisa documental; por outro, me apoiarei no uso da autonarrativa.

A pesquisa documental é uma estratégia metodológica que se desprende de um método convencional de pesquisa e ousa ao produzir novos conhecimentos, criando formas de compreender os fenômenos e como esses foram desenvolvidos (FLICK, 2009). No caso deste estudo, parto de um documento que ainda não foi analisado e que receberá o meu olhar de agente implicada no processo. Desse modo, o documento analisado foi a Lei que institui o Programa Mais Médicos, a Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Esse documento é de domínio público, disponível no Diário Oficial da União (DOU) e na internet. Esse documento específico foi escolhido por ser o principal norteador do programa e, também, por ter sido formulado interministerialmente.

O caminho que me levou à pesquisa documental também foi escolhido, porque a partir do documento citado o Programa é direcionado, desde a esfera federal até a esfera municipal, o que reflete, na prática, o processo de trabalho dos atores que o compõem. Nesse sentido, o documento em questão será objeto de investigação e fonte de informações para meu tema de pesquisa: a intersetorialidade.

Para Flick (2009), a pesquisa documental precisa levar em consideração alguns aspectos importantes que são: autenticidade; credibilidade; representatividade e significação. Entendendo que “os documentos são os meios para a construção específica de um evento ou processo e, normalmente, também tem uma perspectiva mais ampla, para decifrar um caso específico de uma história de vida” (FLICK, 2009, p.233). Tais aspectos são representados no documento analisado, por ser ele o responsável pela implementação do Programa, na busca da capilarização da informação e modos de operá-lo em

todo país, apresentando autenticidade, credibilidade, representatividade e significação, conforme propõe o autor.

Sá-Silva e colaboradores (2009), por sua vez, orienta a como preparar os documentos para uma análise, avaliando seu contexto histórico, o universo sócio-político em que ele foi produzido, assim como, a conjuntura socioeconômica e cultural. Os autores orientam, ainda, que “o investigador dever interpretar os documentos, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer inferência” (SÁ-SILVA e cols., 2009, p. 10). O PMM é instituído em um momento da história do país onde há uma grande expressão do povo brasileiro em busca de seus direitos, e o direito a saúde é uma queixa que tem sido alvo de muitas críticas e insatisfações por parte da população. Hoje, fazendo parte do conjunto de trabalhadores que atuam diretamente no Programa, me coloco no intuito de refletir sobre esse “fazer acontecer”, numa perspectiva interministerial.

Nessa direção, a portaria de institui o Programa Mais Médicos foi analisada quanto a uma categoria específica: a intersetorialidade. Especificamente, analisamos a forma em que a intersetorialidade aparece no documento e quais as implicações e “costuras” políticas realizada no âmbito dos dois setores em questão.

Compondo com a análise documental, neste trabalho, a autonarrativa foi utilizada como inspiração metodológica, pois, como descreve Frison (2011), trata-se de uma abordagem que possibilita aprofundar a compreensão dos processos de formação, sendo um instrumento de investigação, mas também e, sobretudo, um instrumento de formação. Acredito que ao narrar essa história a partir do meu olhar, um consolidado de saberes, vindo a partir da auto-escuta, da pesquisa e do exercício da escrita, acrescentaram na minha formação, me ajudando a construir argumentos para uma discussão mais qualificada dentro do meu atual universo de trabalho.

Frison (2011) indica que a narrativa é considerada uma fonte que ajuda a qualificar as ações voltadas ao desenvolvimento pessoal e profissional. Nesse sentido, a construção desse trabalho oportunizou o entrelaçamento das

reflexões com as experiências vividas. Também me permitiu, organizar, analisar e explicitar meu processo de aprendizagem, dialogando com os conceitos aprendidos. Acredito que minha passagem pelo DAB, e agora no MEC, agregou e agrega um universo de saberes que até então ainda não tinha tido acesso e que certamente levarei para outros espaços de atuação profissional. Dessa forma, sigo narrando uma das muitas verdades contatadas por aí acerca do Programa Mais médicos e seus processos, sobretudo no que diz respeito a intersectorialidade.

3. POR QUE O BRASIL PRECISA DE MAIS MÉDICOS?

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), lançada em 1994, com composição mínima de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde, tal estratégia tem como objetivo a reestruturação do sistema de saúde a partir da atenção básica, utilizando um modelo de atenção baseado, sobretudo na promoção e prevenção da saúde, tendo como elementos centrais a descrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para ESF, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e atuação de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2011).

No Brasil, a atenção básica em saúde não é composta apenas pela ESF, há também outros modelos, mas sua principal característica é estar perto das pessoas, de forma capilarizada e descentralizada. Por sua extensão e pelas várias realidades políticas, econômicas, sociais e culturais existente em todo território nacional, essa diversidade se reflete nos serviços de saúde. Considerando a composição mínima para a estruturação de uma ESF, a dificuldade em encontrar um profissional médico para compor essa equipe, quanti e qualitativamente, pode limitar a efetividade desta estratégia.

Hoje, uma das principais dificuldades que o SUS apresenta está relacionada à falta de médicos. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, aponta que uma das grandes queixas da população é falta desse profissional (BRASIL, 2011). Segundo dados do Ministério da Saúde, o país conta, atualmente, com 1,8 médicos para cada mil habitantes, esta relação médico/habitante está bem aquém de países como Argentina, que possui 3,2 médicos/mil habitantes (BRASIL, 2014).

Além da falta de médicos, o Brasil ainda enfrenta outro problema que é a distribuição geográfica desses profissionais. Um estudo realizado em 2006, ou seja, anterior ao Programa, já apontava que a regulação da oferta do ensino médico poderia gerar ganhos em termos bem estar social para a população (PÓVOA, 2006). Nesse estudo, Póvoa investigou o que determina a distribuição geográfica dos médicos. Suas análises, realizadas a partir de um

levantamento da literatura internacional, apontaram dois aspectos: i) os médicos consideram as oportunidades de trabalho dos seus cônjuges; e ii) consideram, o local onde receberam formação (graduação, residência) associado ao local onde existem as faculdades de medicina e programas de residência médica. O autor usa uma comparação com a realidade brasileira, para ele, no Brasil, existem três determinantes para essa distribuição geográfica: i) uma relação positiva entre o número de médicos por mil habitantes e o PIB per capita dos estados, tomando como exemplo o Maranhão que teve a menor densidade de médicos por habitante e o menor PIB per capita no ano de 2000; ii) Forças competitivas relacionadas a densidade de médicos, onde os menos qualificados se deslocam para áreas distantes dos grande centros urbanos; iii) os médicos tendem a permanecer no local onde concluíram sua formação, por formarem neste lugar uma rede de laços sociais e profissionais (PÓVOA, 2006, p. 1556).

O estudo de Póvoa segue justificando a desigualdade quanto a distribuição de médicos no Brasil, atrelando à oferta de programas de residência médica, já que este é um modelo de pós-graduação escolhido por 75% dos médicos. O sudeste, com o melhor cenário, concentra 42% da população brasileira e 60% dos médicos, já o nordeste com 28% da população possuía 16,2% dos médicos. O Sul e Sudeste juntos somavam 80% das vagas de residência médica no país no ano de 2000, havendo, portanto uma migração dos profissionais para estas regiões. Nesse sentido, quanto mais afastado dos grandes centros, menor a concentração e oferta do profissional médico (PÓVOA, 2006).

Além dos aspectos trazidos nesse estudo, quando há a oferta de residência em saúde da família e comunidade, essas em geral não são completamente preenchidas. Campos (2005) levanta a hipótese de uma dificuldade, por parte dos estudantes de medicina, em discriminar e valorar os atuais desafios e necessidades do SUS diante da pressão e do fascínio que o complexo médico-industrial, cada vez mais diverso e tecnologicamente sofisticado, exerce sobre o imaginário dos profissionais de saúde. Outra causa que foi trazida pelo autor, pode estar relacionada ao pouco conhecimento

dessa especialidade médica (CAMPOS, 2005), em comparação com outras áreas de atuação desses profissionais.

Neste cenário, o MS e MEC ousam com a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, em setembro de 2011, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. Essa iniciativa gerou uma grande polêmica, sobretudo com os egressos do curso de medicina que se sentiram “coagidos” a participar do programa para alcançar uma maior nota e só então fazer a especialidade que realmente desejam. A Portaria Nº 2.087/MS/MEC, de 21 de setembro de 2011, que instituiu o PROVAB indica que o profissional que aderir ao PROVAB fará jus a um bônus em sua pontuação no referido certame em qualquer Programa de Residência Médica (BRASIL,2011). Algumas vagas de residência em especialidades mais concorridas como: pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, clínica médica, são disputadas em centésimos, dessa forma, quem participasse do PROVAB sairia na frente nessa disputa. O que seria uma motivação equivocada por parte dos médicos, mas mesmo assim, de meu ponto de vista, acertada por parte do Governo Federal, na busca/tentativa de garantir acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Em 2013, foi instituído o Programa Mais Médicos que, assim como já acontece em países como Inglaterra e Estados Unidos, propõe-se a regular a oferta de médicos, com a abertura de novas escolas de medicina de forma a contemplar as várias regiões do país, assim como fomentar os programas de residências médicas (BRASIL, 2013).

De acordo com os dados que acabo de apresentar, fica claro que o Brasil precisa sim de mais médicos, não apenas no quesito quantitativo, mas também de médicos que possam atender às necessidades da população. Dessa forma, não basta garantir um número maior de médicos e, sim, profissionais que acreditem em um modelo de atenção a saúde que esteja em harmonia com os princípios do SUS, de universalidade, integralidade e equidade

4. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Para melhor compreender a dimensão desta estratégia é necessário entender a diferença entre Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil. De acordo com Cohen e Franco, citados por Cotta (1998, p. 104), programa e projetos são modalidades de intervenção sociais diferentes em espaço e duração. O projeto apresenta-se como uma unidade menor de destinação de recurso que pretende transformar uma parcela da realidade, suprimindo uma carência ou alterando uma situação-problema. Enquanto que o programa é um conjunto de projetos que visam o mesmo objetivo e estabelece prioridades na intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados (COHEN e FRANCO apud COTTA, 1998).

Desta forma, o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei Nº12.871, de 22 de outubro de 2013, trouxe em seu bojo discussões importantes no que diz respeito a escassez do profissional médico no Brasil, sobretudo para o SUS. A estratégia se propõe a reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões específicas, estabelecendo novos parâmetros para formação médica no país e aperfeiçoamento de médicos para atenção básica em saúde, mediante integração ensino e serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013).

Essa ação pretende ser feita com perspectivas de curto, médio e longo prazos e tem como objetivo elevar o cenário estatístico no que diz respeito a quantidade de médicos, que como já foi dito, está bem aquém das necessidades do SUS (BRASIL, 2014). A referida Lei se propõe a aumentar a autorização para funcionamento de cursos de medicina, reformular as diretrizes curriculares para formação médica e instituir o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), através da Portaria Normativa Nº13 de 09 de julho de 2013. Este último é o responsável pela grande repercussão na mídia, sobretudo com a chegada dos médicos cubanos em território nacional. Alguns dos objetivos do

projeto são: aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do médico no SUS; fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e proporcionar a troca de conhecimento entre brasileiros e estrangeiros (BRASIL, 2013).

Assim o PMM faz parte de uma estratégia maior, que se destina a reformular a formação e distribuição de médicos em todo território nacional com perspectiva de alcançar o objetivo desejado em 2025, aumentando a relação médicos por mil habitantes que é de 1,8 para 2,7 médicos, objetivo que só seria alcançado em 2035 se não houvesse o programa (BRASIL, 2014).

Enquanto que o PMMB é uma estratégia emergencial, que pretende transformar uma parcela da realidade, suprimindo uma carência ou alterando uma situação-problema como trouxeram Cohen e Franco (1998). O PMMB beneficia, hoje, cerca de 49 milhões de brasileiros, que antes não tinham acesso ao atendimento com o profissional médico (BRASIL, 2014).

Carvalho (2014) indica que a criação do Programa foi impulsionada pelas manifestações populares de julho de 2013, evidenciando o quanto o SUS ainda está à margem de cumprir os princípios que lhe foram garantidos na Constituição Federal de 1988, que se preocupou com o bem-estar social, prevendo inúmeros direitos sociais básicos. Em seu Art. 6º, a Constituição Federal menciona que "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a complexidade do Programa, bem como sua base legal para sustentação transcende o setor saúde, que para se fazer efetiva, deve assumir uma dimensão intersetorial. Assim, me propus a analisar o que a Lei que institui o PMM traz a cerca da interseitorialidade, bem como o modo que essa vem sendo operacionalizada no âmbito do Programa.

5. OS MINISTÉRIOS E O PROGRAMA

O PMMB é executado por órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta da união, estados e municípios; Instituições de Ensino Superior; programas de residência médica; escolas de saúde pública; instituições de educação superior estrangeira; e organismos internacionais (BRASIL, 2013). Desse modo, sua gestão é composta por uma coordenação formada por três representantes do Ministério da Saúde (onde pelo menos um deve fazer parte da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, e esse deverá ser o presidente) e três representantes do Ministério da Educação (onde pelo menos um deve fazer parte da Secretaria de Educação Superior).

Como já foi dito, embora o programa tenha um escopo bem maior de ações, hoje, quem movimenta os dois Ministérios, tanto politicamente, quanto de expressão na mídia e força de trabalho dos técnicos, é o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Nesse capítulo me proponho a descrever como o Projeto está situado nos Ministérios, em suas respectivas Secretarias e Departamentos.

No Ministério da Saúde, toda execução e formulação do Projeto estão situadas no Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), que integra a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Os técnicos que executam o Projeto, além dos membros da coordenação, atuam como os apoiadores institucionais do MS, que têm referências centralizadas (na esfera federal) e descentralizadas (mais próximas aos territórios). Esse Departamento, além de garantir o funcionamento no que diz respeito a atender as demandas por assistência médica nos municípios, ainda articula na perspectiva de ofertas pedagógicas que fundamentem teoricamente a atuação desse profissional no dia a dia do seu processo de trabalho.

Em consonância com essa oferta pedagógica, a Universidade Aberta do SUS (UNA SUS), instituída no âmbito do MS/SGTES, pelo Decreto 7.385 de 08

de dezembro de 2010, tem como estratégia trabalhar de forma conjunta com as instituições acadêmicas e com os serviços de saúde, para responder às necessidades de formação dos profissionais do SUS, por meio de Educação Permanente em Rede. Nessa perspectiva, construir uma rede colaborativa de instituições educacionais e serviços de saúde, que compartilhe recursos e informações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde.

Hoje, a UNASUS conta com a parceria de várias universidades no Brasil, ofertando cursos de especialização e acompanhando os médicos através da supervisão acadêmica. A atuação desses profissionais no projeto prevê uma carga horária de 40 horas semanais, destas, 8 horas devem ser dedicadas a processos de formação, como o Curso de Especialização em Atenção Básica, atividades de pesquisa, ensino e extensão a fim de aperfeiçoar o componente assistencial na modalidade de integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde.

Essa configuração do Projeto em ofertar e garantir espaços de formação se contrapõe às críticas feitas pela mídia e, também, por outros profissionais médicos em que se afirma que o governo está trazendo para o Brasil profissionais despreparados para atuar dentro da nossa realidade. Acredito que essa articulação entre ensino e serviço, que acontece por meio da figura do supervisor do Projeto (profissional que tem como foco realizar visitas periódicas de acompanhamento e avaliação das atividades realizadas no território, dando suporte acadêmico e clínico), deve servir de exemplo para rede de saúde como um todo. Esse processo permite, ainda, que outros profissionais de saúde, não apenas aos médicos, tenham momentos dedicados ao aperfeiçoamento de sua formação e efetivando o que está preconizado na PNEPS.

A atuação desses profissionais na Atenção Básica envolve também outro espaço dentro do organograma do MS que é o Departamento de Atenção Básica. O DAB realizou todo mapeamento para alocação dos médicos, utilizando critérios estabelecidos pelo Programa de Melhoria de Acesso e

Qualidade(PMAQ), que definiu quais unidades de saúde tinham condições de receber esses profissionais, buscando otimizar os recursos já disponíveis nos serviços. Além dessa atribuição o DAB é responsável por todo financiamento dentro do escopo de responsabilidades do setor saúde, como a bolsa paga aos médicos, bem como dos recursos que são repassados aos municípios.

No Ministério da Educação, a gestão do Projeto está na Secretária de Ensino Superior(SESu) através da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES). Essa Diretoria é responsável pela articulação do Projeto com as instituições de ensino (aquelas que ofertam os cursos de especialização) e instituições supervisoras (aquelas responsáveis pela tutoria e supervisão). Outros atores que compõem esse espaço são os tutores, profissionais médicos vinculados a uma instituição de ensino e que têm como atribuição coordenar as atividades acadêmicas de integração ensino-serviço. Os supervisores estão diretamente ligados ao médico participante do Projeto, que é também um profissional médico e, tem a responsabilidade de acompanhá-lo através de visitas periódicas, avaliando a execução das atividades, tanto no que diz respeito à assistência quanto no do seu desenvolvimento pedagógico (BRASIL, 2014). Por fim, há, também, os apoiadores institucionais do MEC, grupo do qual faço parte.

A atribuição do apoiador institucional do MEC é, de forma descentralizada, fortalecer os processos de supervisão acadêmica do PMMB junto aos tutores no planejamento, avaliação e supervisão nos estados; na articulação com os gestores; nos processos de educação permanente dos supervisores e ofertas pedagógicas aos médicos. Colocando-se como representante do MEC nas instâncias necessárias, tornando-se um elo na busca por espaços de diálogo que proporcionem a condução do Projeto, entendendo os fluxos organizacionais e administrativos para resolução de problemas e mediação de conflitos. Apreendendo e discutindo aspectos objetivos e subjetivos do processo.

O encontro institucional entre esses dois setores acontece nos estados por meio da Comissão Estadual, que se apresenta como um espaço para orientação e execução das atividades necessárias ao Projeto. O objetivo é

estabelecer uma relação de troca, encaminhamentos e resolução de problemas numa perspectiva intersetorial. A Comissão é composta por: representantes do MS; da Secretaria Estadual de Saúde; do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e das IES (BRASIL, 2013). Embora haja, por parte do MEC, uma movimentação grande para inserção formal de um representante na Comissão, esse assento ainda não foi garantido por meio de portaria, implicando em participação informal dos seus representantes. Esse fato foi também algo que me instigou a escrever sobre intersetorialidade e os caminhos percorridos para fazer esse conceito operar na prática. Como indica Westphal (2000), a “intersetorialidade é um processo complexo e, como tal, envolve enfrentamento das contradições, restrições e resistências” (p. 55).

O projeto mobiliza intensamente os setores saúde e educação, o que inevitavelmente gera dúvidas quanto a definição de papéis dos atores de cada área. As portarias e informes técnicos ainda estão se ajustando as demandas que os territórios trazem. Na minha percepção, o fazer intersetorial se configura como um desafio, pois para mudança no cenário atual que o Brasil hoje apresenta com relação à falta de médicos é necessário que hajam intervenções de naturezas distintas. Para esse passo intersetorial é preciso harmonizar os dois setores que apresentam em sua matriz administrativa, cenários políticos distintos, recursos próprios, sistemas de informação setorializados, entre outros aspectos.

Assim, a finalidade da intersetorialidade é a busca de soluções conjuntas para a “complexidade da realidade social”, (JUNQUEIRA, 2004 p.27), uma vez que considera interesses distintos dos atores envolvidos na superação de problemas sociais. Nessa lógica, a intersetorialidade se configura por ações e decisões compartilhadas, tanto em pesquisas para identificação das necessidades sociais, quanto no planejamento e na avaliação das políticas públicas (ibidem).

6. REFLETINDO A CERCA DA INTERSETORIALIDADE

No intuito de problematizar a intersectorialidade na operacionalização do Programa Mais Médicos, me propus, neste TCC, a percorrer de modo analítico o texto da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, buscando refletir acerca da gestão intersectorial, que são apresentadas a seguir.

A Lei que institui o programa está dividida em cinco capítulos, a saber: i) Disposições Gerais ii) Autorização para o funcionamento de cursos de medicina iii) Formação médica no Brasil iv) Projeto Mais Médicos para o Brasil v) Disposições finais.

Percorrendo a Lei busquei pensar sobre a atuação dos dois setores, onde eles se encontram para desenvolver um trabalho conjunto, bem como quais os caminhos que ela aponta para favorecer ações intersectoriais e onde ela centraliza a responsabilidade em apenas um dos setores.

Como já disse, a falta de médicos é um problema crítico no Brasil, que se evidencia ainda mais em algumas regiões do país onde os profissionais não querem atuar, seja pelas condições de trabalho e crescimento profissional, seja pelos laços sociais e profissionais firmados ao longo de sua formação (PÓVOA, 2006). Na busca por minimizar essa problemática, a Lei dispõe sobre a autorização para o funcionamento de novos cursos de medicina, delegando ao MEC essa responsabilidade. No direcionamento de como fazer, a Lei aponta para uma ação intersectorial orientando que só é possível através da escuta dos gestores locais do SUS, considerando a existência das redes de atenção a saúde, bem como a disponibilidade do município em conceder espaços para um trabalho que fortaleça a proposta de uma metodologia que contemple uma rede de ensino-serviço.

Há, também, uma grande lacuna referente à formação médica e quais interesses estão sendo atendidos. Campos (2005) aborda a dificuldade que os estudantes de medicina têm em discernir quais as reais necessidades que o SUS apresenta, traçando caminhos profissionais e acadêmicos que atendam

as suas próprias necessidades, sejam elas de ordem financeira, status profissional, ou ainda aos vínculos afetivos formados em um determinado local. Dessa forma, hoje, o Brasil apresenta uma carência de profissionais médicos que possam garantir acesso aos serviços de saúde para os usuários do SUS. É preciso considerar, pois, que o profissional médico compõe uma parte importante de uma equipe e que o escopo de suas atribuições são indispensáveis legalmente para composição da rede de atenção a saúde.

Assim, a Política Nacional de Atenção Básica orienta que a atenção básica deve ser a ordenadora do cuidado, mas para que isso aconteça é necessário ter profissionais habilitados para fazer essa diretriz acontecer e apresentar o impacto esperado. Para isso, os setores saúde e educação precisam executar, cada um, parte desse Projeto conforme uma formulação intersetorial.

Nessa direção, a atenção básica, entre outras especialidades a partir do Programa Mais Médicos, ganha espaço nas diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação juntamente com regulamentação de tais mudanças. A oferta de mais vagas nos programas de residência médica será realizada por meio do MEC, que ouvirá o conselho nacional de residência médica e o MS. Entendendo que a compreensão das necessidades de saúde, evidenciadas pelo perfil epidemiológico que o Brasil apresenta, se faz pela dimensão e expertise do setor saúde, identificando quais as especialidades médicas, além da quantidade de profissionais que são necessários para atender a rede de atenção à saúde com vistas a dar conta da universalidade, equidade, integralidade, entre outros princípios garantidos na Constituição Federal de 1988. Configurando, assim, uma ação conjunta na esfera de tomada de decisão.

O MEC, representado pelas Instituições de Ensino Superior, que são responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e dos programas de residência médica, pode firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os secretários municipais e estaduais de saúde, na perspectiva de construir agenda estratégica para cada região de saúde. Nesse cenário, o município ou estado se compromete a garantir acesso a todos os

estabelecimentos assistenciais como campo de práticas para a formação, envolvendo fortemente os dois setores para o êxito dessa ação, o que aponta também para uma ação interligada entre os setores.

No capítulo que trata sobre Projeto Mais Médicos para o Brasil, diferente dos capítulos anteriores que trazem um protagonismo maior do Ministério da Educação com a formação dos médicos brasileiros, a Lei é mais específica ao designar ações intersetoriais. Quando se refere ao Programa, o texto da Lei aborda a intersetorialidade de forma bem mais sutil usando termos como “ouvir”, “podendo realizar”, não apontando caminhos específicos, ou divisão de papéis e responsabilidades. Já quando se trata do Projeto, no § 3º do Art. 13, podemos ver um texto mais claro e explícito na direção de ações intersetoriais:

a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto (BRASIL, 2013).

Além disso, todas as ações propostas na Lei com relação ao Projeto fazem referência a atos conjuntos entre MS e MEC. O que nem sempre se manifesta na prática. No meu cotidiano de trabalho, percebo ainda uma dicotomia muito grande no que diz respeito às ações próprias da saúde e da educação, a construção de saberes e troca de informações ainda está muito centralizada na esfera federal.

Saúde e Educação são tradicionalmente as áreas mais consolidadas e institucionalizadas das políticas sociais. São políticas abrangentes em termos de cobertura, com vocação universal, com agendas e *constituencies* próprias, instancias de decisão específica (como Conselho de Saúde, por exemplo) e se enquadram em marcos legais nacionais... Ou seja, há razões pelas quais pode-se esperar dificuldades na incorporação dessas áreas aos objetivos e estratégias dos programas: por um lado, seu engajamento envolve um custo alto de mudanças em agendas, critérios, organizações e processos de trabalho consolidados; por outro lado, não são áreas que necessitariam de uma ação intersetorial para consolidar ou melhorar sua posição relativa ou os recursos disponíveis (COSTA, 2012 p.71)

Mesmo assim, o Projeto e o Programa apresentam uma proposta de trabalho intersetorial. Perto de completar um ano de implantação, o Projeto ainda está em construção, ele se faz no dia a dia, com as respostas, demandas e conflitos que os territórios apresentam. Passamos, recentemente, pela primeira etapa, que foi a recepção e alocação dos médicos nos seus respectivos municípios e unidades de saúde. Agora, precisamos partir para a fase mais importante, a de qualificação e legitimação. E é nesse espaço que me coloco como agente ativa do processo de construção, buscando praticar a teoria que utilizei para narrar este texto: intersetorialidade.

7. O QUE UMA INICIANTE SE ATREVE A DIZER¹?

Trabalhar, hoje, no MEC, aguça minha visão para outras formas de perceber e apreender meu objeto de trabalho. Saí da minha zona de conforto, de uma dinâmica que já conheço, com processos já vivenciados, para um espaço que apresenta processos de trabalho diferentes, mas não menos potentes em suas ações, é sem dúvida um desafio próprio de um processo de transição. O MEC dá passos importantes quando se dispõe a trabalhar na lógica do apoio institucional, buscando se aproximar do território na perspectiva de matriciamento.

O tema da intersetorialidade me instigou, porque hoje sinto falta da rede que o setor saúde proporciona, dos fluxos que já conhecia e como agora só tenho acesso pelas relações pessoais que antes havia estabelecido e não por algo instituído. E não era incomum encontrar os colegas da saúde e meio que na brincadeira escutar a seguinte frase: “virou a casaca foi?”.

Enquanto estava a pensar na intersetorialidade como tema deste TCC, sempre me vinha à cabeça o trecho da música “O tudo é uma coisa só”, do Teatro Mágico, que já utilizei aqui: “por que não se junta tudo numa coisa só?”. A intersetorialidade se configura como um amplo mecanismo para efetivação do Programa sendo concebida como uma articulação de saberes e experiências que visam alcançar uma harmonia operacional entre os setores. Nessa direção, a intersetorialidade atua na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades e na organização de atribuições necessárias à gestão do Projeto

Portanto, espera-se dos dois setores que haja esforço no sentido de investir em elementos necessários para o alcance da construção contínua das ações intersetoriais, em conexão com todos os equipamentos e atores disponíveis na esfera tanto da saúde como da educação.

¹ Título inspirado no trabalho de Danielle Rockenbach (2010).

Conforme nos lembra Bidarra (2009, p.485), a “decisão pela ação intersetorial traduz a intenção política de investir num processo socialmente construído”, o qual demandará o esforço de conhecimento e compreensão da cultura e das práticas políticas dos atores que partilham desse empreendimento e inclusive a compreensão crítica de si próprio (ibidem). E essa compreensão tem contribuído com meu processo de formação.

Analisando o fazer intersetorial proposto pelo Programa consigo indicar que ele traz potencialidades, tais como: mudança na estrutura curricular do curso de formação médica, quando aponta para atenção básica como ordenadora do cuidado; maior oferta de vagas para o curso de medicina, capilarizando as universidades em todo território brasileiro; maior oferta de vagas nos programas de residência médica; ofertas educacionais para o aprimoramento da formação médica, dentre tantas outras destaco duas que considero as mais importantes: maior acesso da população brasileira ao profissional médico e, conseqüentemente, aos serviços de saúde e a troca de experiência com os médicos estrangeiros. A primeira, por ser uma resposta ao pedido e luta do povo brasileiro na busca por ter seus direitos constitucionais garantidos, e o segundo por nos mostrar nessa troca cultural, que a formação e atuação do médico brasileiro, sobretudo na atenção básica, ainda está muito aquém daquilo que precisamos para responder as reais necessidades da população, que são profissionais de saúde verdadeiramente comprometidos com os princípios do SUS.

Todavia, o Programa ainda está no início, mesmo sendo alvo de muitas críticas, ele segue se estruturando. Além disso, ele apresenta algumas fragilidades assim como outras políticas, programas e projetos em fase inicial. Entre elas, destaco: a pouca discussão em torno dos outros profissionais de saúde e de suas condições de trabalho. Como por exemplo, no curso de enfermagem acontece o inverso, não há, por parte do Estado, nenhuma regulação quanto a abertura de faculdades de enfermagem, que formam milhares de profissionais anualmente, acarretando em uma reserva de mercado importante, com profissionais pouco qualificados e conseqüentemente com baixos salários.

Outra fragilidade que observo está na imaturidade dos sistemas² de informação para acompanhamento e monitoramento que ainda são pouco funcionais e fragmentados, assim, as informações contidas neles não são de acesso fácil a nenhum dos dois setores. Nesse sentido, não há um fluxo institucional para a troca dessas informações inclusive no nível operacional de quem está no dia-dia da execução das atividades, dificultando o planejamento das ações.

As demandas trazidas do território e o desejo dos profissionais envolvidos em fazer o Projeto acontecer vem modulando as diretrizes e definindo os papéis de cada ator. Ser apoiador institucional do MS envolve um conjunto de atribuições completamente diferentes do conjunto de atribuições do apoiador institucional vinculados ao Ministério da Educação. Tudo isso, em um mesmo Projeto. O que não é necessariamente algo ruim. Podemos dizer, inclusive, que é importante que assim o seja, pois cada setor dispõe de um conjunto de atribuições e expertises particulares e com contribuições diferentes. Isso não impede que esse caminho seja traçado de forma paralela e conjunta, utilizando a intersectorialidade como uma ferramenta que pode propiciar o diálogo e a construção coletiva no âmbito do Projeto.

Ter a oportunidade de refletir e escrever sobre a intersectorialidade para um trabalho de conclusão de curso, sem dúvidas, agregou conhecimentos que antes pareciam dispersos na minha construção acadêmica. Sintetizar, ler textos e, sobretudo, “colocar no papel”, contribuiu no meu processo de formação e contribuirá no meu trabalho. Posso dizer que, ter esses conceitos e processos mais sedimentados e sistematizados, me munem hoje de argumentos para disseminar a importância do fazer intersectorial que otimiza ações, saberes e recursos para um bem comum.

² Sistema de Gerenciamento de Programas(SGP) e e-SUS AB para Mais Médicos que são da Saúde; e o Web Portfólio(WP) e SIMEC gerenciado pela educação. Que não conversam entre si, com exceção do SGP e WP num certo grau.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Zelimar Soares. **Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos.** *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 99, jul/set 2009, p.483-497.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1,369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, no. 219, Seção 3, p. 204 nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 48, out. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed.Brasília, DF: Senado, 1988.

CAMPOS, G. W. S. . **Paidéia e o modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde.** In: V Congresso Nacional da Rede Unida, 2003, Londrina, PR. Olho Mágico - Revista da área de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, 2003. v. 10. p. 7-14.

CAMPOS, Carlos E. A. **Os Princípios da medicina de família e comunidade.** Revista APS, v.8, n.2, p. 181-190, jul./dez. 2005

CARVALHO, Fernanda Cavassana. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Palhoça - SC – 8 a 10/05/2014

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986. ISSN 1413-8123.

COSTA, B. L. D. ; BRONZO, C. . **Intersectorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão.** In: Carlos Aurélio Pimenta de Faria. (Org.). Implementação de políticas públicas: teoria e prática. 1ed.Belo Horizonte: Editora Pucminas, 2012, v. , p. 1-1.

COTTA, Tereza Cristina. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto.** Revista do Serviço Público Ano 49 Número 2 Abr-Jun 1998

FLICK,Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução: Joice Elias Costa. 3ed. Porto Alegre: Artmed,2009.pp.230-237

FRISON, Lourdes Maria Bragagnolo and SIMÃO, Ana Margarida da Veiga. **Abordagem (auto) biográfica – narrativas de formação e de autorregulação da aprendizagem reveladas em portfólios reflexivos.** Educação, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 198-206, maio/ago. 2011

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Saúde e Sociedade v.13, n.1, jan/abr 2004, p.25-36.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade.** Saúde e Sociedade 6(2):31-46,1997

PORTAL DA SAÚDE. **Mais Médicos.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 25 mai.2014

POVOA, Luciano and ANDRADE, Mônica Viegas. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.8, pp. 1555-1564. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.

ROCKENBACH, Danielle. **Sala de aula: narrativas de educação e Saúde Mental.**[Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde Mental. Porto Alegre: UFRGS, 2010]

SÁ-SILVA, J. R; ALMEIDA, C.D. e GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Ano I - Número I - Julho de 2009 www.rbhcs.com ISSN: 2175-3423

WESTPHAL, Marcia Faria. **Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade.** Rio de Janeiro 34(6):47-61, Nov./Dez. 2000

ANEXO

LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.

Conversão da Medida Provisória nº 621, 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.

Mensagem de veto

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

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

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

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - 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.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do

participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no [art. 56](#) e no [inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a [Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981](#), ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

- I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e
- II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:
 - a) Genética Médica;
 - b) Medicina do Tráfego;
 - c) Medicina do Trabalho;
 - d) Medicina Esportiva;
 - e) Medicina Física e Reabilitação;
 - f) Medicina Legal;
 - g) Medicina Nuclear;
 - h) Patologia; e
 - i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

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.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do [§ 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. \(Vide Decreto nº 8.126, de 2013\)](#)

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o [art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.](#)

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos,

prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os [arts. 30, 31 e 33 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

- I - bolsa-formação;
- II - bolsa-supervisão; e
- III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#).

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

- I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou
- II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

- I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o [art. 2º da Lei no 6.932, de 1981](#).

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs), criadas pelo [art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001](#), do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a [Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011](#).

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o [§ 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012](#), a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos [arts. 20, 33 e 131 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), e no [Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985](#).

Art. 29. Para os efeitos do [art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995](#), os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na [Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005](#), não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do [art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995](#), na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4º

.....

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas “h” e “i” do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

.....” (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

“Art. 1º

.....

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.” (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de outubro de 2013; 192^o da Independência e 125^o da República.

DILMA ROUSSEFF

Aloizio Mercadante

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.10.2013