

### Implantación y desarrollo del Curso de Medicina Parnaíba - estado de Piauí, Brasil, a partir del Programa Más Médicos para Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>(a)</sup>

<cursodemedicinaufpi@gmail.com> 

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

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

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

## Introducción

En 2011, se homologó el Decreto nº 7.508<sup>1</sup>, que reglamenta la Ley de creación del Sistema Único de Salud (SUS), proporcionando conceptos organizacionales tales como regiones y territorios de salud, así como la normalización de las relaciones entre gestores para promoción del acceso universal a los servicios de salud de sistema.

En ese proceso se identificaron vacíos asistenciales en diversas regiones del país, entre estados y entre municipios, agravando la vulnerabilidad social de las personas residentes, dejando en evidencia que la ausencia más visible era la del profesional médico. Realidad corroborada por el estudio Demografía Médica<sup>2</sup>, que señala diferencias en la relación médicos por habitantes en regiones y municipios y la concentración de esos profesionales en las capitales y municipios de mayor porte.

Tal situación justifica la implantación, realizada en 2013, del Programa Más Médicos para Brasil (PMMB), instituido por la Ley nº 12.871, del 22 de octubre de 2013<sup>3</sup>. Esa ley, en su Art. 2º, explicita que, para conseguir sus objetivos, se adoptarán, entre otras, la reordenación de la oferta de cursos de Medicina y de plazas para residencia médica, priorizando regiones de salud con menor relación de plazas y médicos por habitante, el establecimiento de nuevos parámetros para la formación médica en el país y el perfeccionamiento de médicos en el área de atención básica en salud, mediante integración enseñanza-servicio, incluso por medio de intercambio internacional en esas regiones.

Para tanto, el PMMB preveía la creación de 11.447 nuevas plazas en cursos de medicina hasta 2017, siendo que 6.887 deberían abrirse hasta finales de 2014<sup>4</sup>. Desde la perspectiva de aumentar la proporción médico por 1.000 habitantes, las regiones norte y nordeste, por presentar las proporciones más bajas del país, pasaron a ser prioritarias para la implantación de nuevos cursos y la apertura de plazas en los existentes.

Para Oliveira et al<sup>5</sup> frente a las recomendaciones del PMMB,

los cursos de medicina existentes, así como aquellos originados en el contexto de la expansión e interiorización de nuevas plazas, se vieron ante la necesidad de revisar sus currículos, estrategias pedagógicas y escenarios de práctica. El desafío se planteó en diversas instancias que involucraron la integración entre disciplinas y áreas de los cursos, la incorporación de métodos de enseñanza-aprendizaje centrados en los estudiantes y la búsqueda de una mayor integración con equipos sociales, servicios de salud y comunidad en general. (p. 1355)

En ese sentido, la implantación de un Curso de Medicina en una ciudad del Nordeste de Brasil comprende un proceso de institucionalización que envuelve aspectos políticos, culturales y organizacionales que facilitan o dificultan la puesta en práctica de prácticas innovadoras en la formación médica.

De acuerdo con ese encuadre, la creación de nuevos cursos médicos en Instituciones de Enseñanza Superior (IESs) en *campi* descentralizados y orientados por las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para los Cursos de Medicina de 2014<sup>6</sup>, desde la perspectiva de la descentralización de la formación y del establecimiento de profesionales en la región con la intención de mejorar el acceso a los servicios de salud, se considera una intervención con características innovadoras.

Mediante su implantación, el Curso de Medicina de la Universidad Federal de Piauí (Ufpi) en el *campus* Ministro Reis Velloso (CMRV), en la ciudad de Parnaíba, dio visibilidad a las barreras y brechas (facilidades) en el plano ideológico (cultura de las profesiones), en la cultura y en los procesos institucionales, en las relaciones entre personas (docentes, discentes, técnicos y comunidad) y en el imaginario social.

Para comprender ese proceso, el objetivo del artículo es reflejar su dinámica por medio de tres preguntas que plantean los problemas: a) ¿De qué forma la propuesta de creación de nuevos cursos de Medicina encuentra adhesión por parte de la sociedad?; b) ¿Cuál es la relación entre la implantación del curso y la organización y gestión de la red de salud del territorio?; c) ¿Las universidades, en términos de estructura, procesos y gestión académica, permiten/dan apoyo a esos cambios?

Esas preguntas ponen en evidencia resultados que fundamentan la contribución del artículo, es decir, analizar las barreras y facilidades existentes en la cultura institucional establecida en las estructuras, en los procesos, en las relaciones y en el imaginario social que se hacen visibles en el momento de implantación de una política de formación y distribución de médicos en Brasil, siguiendo la lógica de la equidad del acceso.

## El contexto estadual

El estado de Piauí se sitúa en la región Nordeste de Brasil, cuya área de 251.529,2 km<sup>2</sup>, representa el 16,2% del área nordestina y el 2,95% del área nacional, siendo el tercer estado de la región. De acuerdo con el censo de 2010, la población residente era de 3.119.015 habitantes. Entre sus 224 municipios, la capital cuenta con 814.439 habitantes, seguida por la ciudad de Parnaíba (145.705), Picos (73.417), Piripiri (61.840) y Floriano (57.707)<sup>7</sup>.

En términos de la oferta de escuelas médicas existentes en el estado, tres son privadas y ofrecen 361 plazas anualmente, estando una de las escuelas localizada en la ciudad de Parnaíba y dos públicas: Universidad Estadual de Piauí (Uespi), que ofrece cincuenta plazas al año, y la Ufpi, con ochenta plazas anuales en el *campus* Ministro Petrônio Portela, en Teresina; ochenta a partir de 2018, en el CMRV en Parnaíba y sesenta en el *campus* Helvídio Nunes de Barros, en la ciudad de Picos<sup>8</sup>.

## El contexto regional: la región Norte del estado y los territorios de desarrollo

Piauí, con base en el Decreto nº 7.508/2011<sup>1</sup>, implantó los Territorios de Desarrollo, es decir, unidades de planificación de la acción gubernamental destinadas a la promoción del desarrollo sostenible del estado, a la reducción de las desigualdades y a la mejora de la calidad de vida de la población del estado.

En el ámbito del Plan Director de Regionalización (PDR) de la Salud en el estado de Piauí<sup>9</sup>, la expresión “Territorio de Desarrollo”, concepto análogo al de “Región de Salud”, se concibe como recortes territoriales inseridos en espacios geográficos continuos, con base en la existencia de identidades culturales, económicas y sociales, así como redes en las áreas de comunicación, infraestructura, transportes y salud.

En esas regiones deben organizarse acciones y servicios para atender las demandas de las poblaciones de los municipios a ellas vinculadas, asegurando acceso, equidad e inte-

gralidad del cuidado con la salud local. Debe asegurarse el desarrollo de la asistencia en la atención básica y en parte de la atención de media complejidad, así como las acciones básicas de vigilancia en salud. En el estado de Piauí se identificaron 11 Regiones de Salud que corresponden a los 11 Territorios de Desarrollo (TD).

El municipio de Parnaíba se configura, en el diseño de regionalización del estado de Piauí, como municipio sede del Territorio de Desarrollo o Región de Salud de la Llanura Costera, con un alcance de 5.920,6 Km<sup>2</sup>, situándose como polo y referencia en la oferta de un conjunto de servicios y acciones de salud para una población de 266.163 habitantes, formada por los municipios: Bom Princípio do Piauí (5.506 hab.), Buriti dos Lopes (19.796 hab.), Cajueiro da Praia (7.286 hab.), Caraúbas do Piauí (5.595 hab.), Caxingó (5.270 hab.), Cocal (27.220 hab.), Cocal dos Alves (5.525 hab.), Ilha Grande (8.734 hab.), Luís Correia (27.148 hab.), Murici dos Portelas (8.024 hab.) y Parnaíba (146.059 hab.).

También es necesario considerar que, debido a las condiciones ofrecidas por el municipio, Parnaíba se ha constituido en importante referencia en salud para la población proveniente de otras Regiones de Salud del Estado de Piauí, así como de otros estados de la federación, como, por ejemplo, de los estados vecinos Ceará y Maranhão.

## El contexto del curso

El CMRV en la ciudad de Parnaíba, se incluyó en el Plan de Expansión de la Ufpi en 2001, disponiendo de ocho bloques divididos entre Dirección, bloques de salas de clase, departamento y laboratorios, funcionando en los turnos de mañana, tarde y noche, ocupando un área de 7.193m<sup>2</sup>.

Ofrece 11 cursos de graduación: Ciencias Económicas, Ciencias Contables, Administración de Empresas, Ingeniería de Pesca, Licenciatura en Pedagogía, Biología y Matemáticas, Psicología, Fisioterapia, Biomedicina, Turismo y, a partir de 2014, el curso de Medicina.

Con base en la Ley 13.651 del 11/04/2018<sup>10</sup> se creó la Universidad Federal del Delta del Parnaíba (UFDPa) a partir del desmembramiento de la Ufpi que estará formada por el *campus* de Parnaíba, con la transferencia automática de los cursos de todos los niveles y de los alumnos regularmente matriculados, así como de los cargos ocupados y vacantes de la plantilla de personal de la Ufpi asignados en ese campus.

El curso comenzó sus actividades el 19 de septiembre de 2014, teniendo como atribución la formación humanista, crítica y reflexiva del médico generalista, con capacidad para actuar, regido por principios éticos, en el proceso de salud-enfermedad en sus diferentes niveles de atención, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la perspectiva de la integralidad de la asistencia, con sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía y como promotor de la salud integral del ser humano.

En términos generales, el curso funciona en tiempo integral, con carga horaria de 7.650 horas/actividades, organizado en módulos secuenciales y transversales que buscan la integración de contenido, articulando teoría y práctica en los escenarios de aprendizaje en los servicios de salud.

Actualmente, cuenta con 148 alumnos activos y 54 docentes efectivos. De ellos, 11 fueron nombrados en noviembre de 2017.

## El contexto del análisis

Se consideran como contexto de análisis las condiciones en las cuales las reflexiones sobre el proceso de implantación del curso surgen delante de la propuesta presentada por el PMMB. Por un lado, tales cursos deberían presentar determinadas condiciones que serían acompañadas por el MEC y el Ministerio de la Salud (MS), por otro lado, hay una dinámica local en la cual se sitúa el investigador/analista, implicado con la viabilidad de la propuesta. Por lo tanto, teniendo como objeto el monitoreo de la implantación y la oferta de los cursos autorizados, la Secretaría de Regulación y Supervisión de la Educación Superior (Seres) del MEC instituyó la Comisión Especial de Evaluación de Escuelas Médicas (Ceaem) para acompañamiento *in loco*, realizando evaluaciones durante la realización de los proyectos de implantación con al menos una visita presencial por semestre.

La Ceaem, fundamentada en las DCNs para Medicina de 2014 y en las condiciones exigidas que comprometen la gestión municipal para colaborar con la implantación del curso, utiliza como guion para diagnóstico de la situación e intervenciones necesarias un documento que incluye cuatro dimensiones a observar: recursos humanos y financieros, infraestructura, proyecto pedagógico, relación enseñanza y servicio. Cada una de ellas presenta diversos ítems que hay que observar.

Con relación a los recursos humanos y financieros se analizan la asignación y distribución de recursos, de personal, plan de ocupación de plazas docentes por medio de concursos públicos, así como técnicos-administrativos y la existencia de otros cursos en el área de la salud para compartición de equipos y espacios de prácticas de laboratorio.

En la dimensión de la infraestructura se encuentran las obras físicas con características adecuadas, incluyendo instalaciones administrativas, sala de profesores, ambientes educativos, laboratorios, biblioteca e infraestructura de apoyo.

Respecto al proyecto pedagógico, el documento presenta imágenes objetivo para cada ítem, evaluadas en tres niveles de aproximación con lo deseado, dando énfasis al perfil del alumno, orientación pedagógica del curso, compromiso y responsabilidad social, construcción colectiva del proyecto pedagógico, articulación de la academia con el SUS, formación médica en la graduación y en el posgrado inserida en la comunidad, competencias y habilidades esenciales, vinculación de la formación académica con el SUS, proyecto pedagógico centrado en el alumno, integración e interdisciplinaridad, orientación para el desarrollo de competencias, excelencia en la evaluación del estudiante, compromiso con la gestión de la calidad, internado con enfoque en la comunidad y duración de dos años, utilización de recursos de tecnología de información y preparación del docente para actuar como facilitador del proceso enseñanza-aprendizaje.

La implantación del curso, observando el monitoreo de esas dimensiones, posibilitó el análisis del proceso, dimensionando aproximaciones y distanciamientos de la imagen objetiva deseada.

Otro elemento fundamental es el lugar del analista en el contexto del análisis. En la experiencia relatada, el analista/investigador tiene una mirada múltiple puesto que experimenta situaciones provenientes de su posición en la estructura burocrática y organizacional, operando cuestiones normativas y formales, su movimiento en las dimensiones políticas, articulando gestión y redes de atención como escenarios de práctica y en la dimensión pedagógica ante el desafío de preparar a docentes para nue-

vas modalidades de enseñanza/aprendizaje y la responsabilidad por la implantación de currículum integrado.

## Metodología

Las preguntas que plantean los problemas que orientan las reflexiones sobre el proceso de implantación remiten a la comprensión del concepto de cultura institucional.

Inicialmente, Bourdieu<sup>11</sup>, al hacer el recorte de la cultura a partir del arte literaria, le atribuye el significado estratégico de campo de poder que define normas, reglas e impone un estándar estético que pasa a orientar las producciones artísticas en cada contexto histórico, así como autores más específicos de ese campo, como Geertz<sup>12</sup>, que redimensiona el concepto de cultura como una ciencia interpretativa, para la búsqueda de significados.

Las universidades, instituciones responsables por la producción, difusión de conocimientos y formación de recursos humanos, son organizaciones que funcionan con normas y reglas (explícitas o no), conformando una cultura organizacional que se va re-significando en su propia dinámica, produciendo efectos en sus procesos y productos.

Para Pedrosa<sup>13</sup>, los efectos que surgen de intervenciones de esa naturaleza superan los cambios en la estructura y funcionamiento de la organización, incidiendo sobre la cultura instituida que moldea y orienta las acciones existentes. Por presentar nuevas referencias para las prácticas desarrolladas, la intervención suscita conflictos entre actores y organización, suficientes para cuestionar órdenes emitidas por la jerarquía burocrática y desestabilizando el poder regulador por la incertidumbre del futuro que causa incomodidad y extrañeza con relación al poder, las reglas y normas instituidas.

Dentro de esa perspectiva, para reflexionar sobre la experiencia aquí relatada, se suma como referencia el análisis institucional que, según Lourau<sup>14</sup>, consta del movimiento dialéctico entre lo instituido, el instituyente y el proceso de institucionalización.

Se analizaron documentos oficiales para autorización de la implantación, recomendaciones emanadas de las visitas de evaluación de la Ceaem, informes de los seminarios, reuniones y encuentros, además de la memoria de las reuniones del Núcleo Docente Estructurador (NDE) del curso, notas del propio investigador y resultados de encuestas realizadas sobre el curso<sup>15</sup>.

En la implantación de propuesta innovadoras es posible identificar momentos del proceso que, según Lourau<sup>14</sup>, incluyen aspectos de la universalidad, es decir, la justificativa, las normas, reglas y condiciones preestablecidas para la implantación que se refieren a la totalidad de los cursos implantados en Brasil, el momento de la particularidad que se relaciona con los diferentes contextos que cada institución presenta como las condiciones estructurales, funcionales y de efectividad de su misión y el momento o aspectos de la singularidad que emanan de las estrategias y movimientos locales que producen dispositivos para el éxito o el fracaso de la implantación de lo que se propone.

En este artículo se consideran de mayor relevancia los movimientos singulares constituidos en la especificidad del curso analizado.

El análisis consistió en dos etapas. En la primera, después de la lectura sistemática de los documentos y notas se identificaron tres categorías de análisis en las que se describen los aspectos instituidos, los aspectos instituyentes emergentes del contacto con

la realidad organizacional y con los sistemas de gestión académica existentes y las estrategias y movimientos desencadenados en la perspectiva de hacer viable en el cotidiano lo que estaba firmado en los documentos y directrices orientadoras de las innovaciones necesarias para la enseñanza médica.

En la segunda etapa, considerando que el proceso de institucionalización representa la construcción y utilización de dispositivos y estrategias necesarias para la implantación de propuestas que tienen el objetivo de promover cambios en la dinámica institucional, se identificaron movimientos facilitadores y las barreras encontradas.

Este trabajo es parte integrante de la investigación sobre el desarrollo docente en el proceso de implantación del curso de medicina en Parnaíba-Estado de Piauí, aprobada en el Comité de Ética en Investigación bajo el nº CAAE: 46520415.7.0000.5214

## Resultados

En la primera etapa se identificaron cuatro categorías de análisis por representar los elementos centrales del proceso: el proyecto pedagógico del curso, la integración enseñanza y servicio, el desarrollo docente y la infraestructura. Para cada categoría, se identificaron subcategorías, conforme detallado en el Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Categorías y subcategorías de análisis

CATEGORÍAS	SUB-CATEGORÍAS		
Proyecto Pedagógico	El proceso de construcción	Relación con el cotidiano	Adecuaciones necesarias
Integración enseñanza y servicio	Los servicios como escenarios de práctica	Educación permanente	Trabajo integrado e interprofesional
Desarrollo docente	Reclutamiento	Formación docente	Predisposición para el aprendizaje
Infraestructura	Obras y equipos	Compartición de espacios	

Con relación a la categoría proyecto pedagógico, las subcategorías representan dispositivos que explicitan y visibilizan conflictos y divergencias existentes durante la trayectoria entre lo idealizado, lo posible, y lo experimentado, demarcando características instituidas, instituyentes y movimientos desencadenados en el proceso de institucionalización.

De esta forma, el proyecto pedagógico sometido a la Comisión de Evaluación de la Pro-Rectoría de Enseñanza y al Consejo de Enseñanza, Investigación y Extensión de la Ufpi presenta, en sus características universales, una matriz curricular modular con módulos integrados secuenciales y transversales, con internado de dos años, siendo el 30% de la carga horaria, incluyendo atención primaria y urgencia y emergencia, en el SUS, observando todas las recomendaciones e innovaciones señaladas<sup>13</sup>. No obstante, la particularidad del proceso como exigencias normativas para autorización de la apertura del curso y plazos a cumplir en la dinámica de la organización, contribuyó para que su construcción ocurriera sin la participación de los docentes y discentes que experimentarían en el cotidiano el proceso de enseñar y aprender.

Las discusiones dirigidas por grupos de trabajo en relación con la implantación de los nuevos cursos y adaptación del curso ya consolidado para las recomendaciones de la Ley del Más Médicos y de las DCN 2014, tocaban en cuestiones relacionadas a las innovaciones señaladas para la formación médica concentrándose en la infraestructura, número de docentes, tamaño de las salas y costos de mantenimiento, dejando en un segundo plano el proceso de construcción dialogada del PCC.

Mennin y Kaufman<sup>16</sup> relatando la experiencia inicial de cambios en la formación médica en la universidad de Nuevo México – EE. UU., describen que las resistencias a los cambios e innovaciones son mayores cuando dirigidos por sujetos con visión y experiencia tradicionales que se sienten amenazados de perder el control sobre el currículum y el modo de enseñar instituido.

Emergente del mismo contexto, en el Curso de Medicina Multicampi de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN) la construcción del PCC contó con una comisión de institucionalización que promovió audiencias públicas con participación de representantes de la universidad, movimientos sociales, gestores, control social, órganos de clase y miembros de la comunidad, posibilitando la construcción de “un proyecto pedagógico más sensible a las realidades locales y a las necesidades de salud de la población”<sup>17</sup> (p. 1334).

La propuesta del curso de la Ufpi, al ser presentada a los gestores de los municipios de la región, puso en evidencia que la articulación entre instituciones formadoras, sistema de atención, gestión y participación social, base de la educación permanente en salud, no forma parte de la programación de la gestión.

En el seminario realizado para presentar el curso a los gestores de la región se observó el distanciamiento de la gestión con relación al proceso de formación. Existe la demanda por el profesional médico, pero no existe definición del perfil del profesional adecuado a las necesidades locales.

La constatación anterior fortalece la idea de que procesos formativos todavía se muestran como cuestiones pertenecientes exclusivamente al campo académico, en el que las universidades se responsabilizan por las estrategias de formación.

Ese pensamiento fue el gatillo para la comprensión del papel social del curso y de la universidad como protagonistas en la organización de la Red de Atención de la Salud (RAS) en el territorio, generando movimientos hacia los espacios de gestión regional y municipal.

Inicialmente, la discusión interna con otros cursos del área de la salud sufrió resistencias por considerarse el curso que podría drenar los escasos recursos puestos a disposición para las actividades en desarrollo.

Para superar ese distanciamiento se lanzó otro movimiento, es decir, discutir con un grupo constituido en el *campus* la implantación de una nueva Institución de Enseñanza Superior (IES), bajo gestión federal, en la cual el curso de medicina podría ser el factor principal para la demanda de creación de una nueva universidad.

Ante la fragilidad de la discusión externa sobre el proyecto pedagógico, el enfoque fue en reflexiones sobre la apropiación del PCC por parte de los docentes contratados. De esa forma, se identificaron conflictos relacionado a la superación del pensar y el actuar de forma disciplinaria para alcanzar la integralidad de contenidos y prácticas en la composición de los módulos como componentes curriculares.

La distancia entre lo pensado y su viabilidad representó lo singular del momento vivido, es decir, la dificultad del trabajo integrado y la planificación compartida de las actividades. Con esto en mente, se realizó la intervención pedagógica, es decir, una pedagogía institucional que, según Lourau<sup>14</sup>: "Es el método que consiste en ordenar, por el análisis de las instituciones externas, el margen de libertad en el cual el grupo-clase podrá autogobernar su funcionamiento y su trabajo y asegurar la propia regulación por la creación de instituciones internas" (p. 258).

El autor considera como instituciones internas las reglas internas de la organización y el conjunto de técnicas institucionales, tales como los colegiados y consejos, mientras que las reglas externas a la organización, al programa y a la clase, instrucciones, circuitos paralelos de autoridad y la distribución de personal en la burocracia administrativa constituyen instituciones externas.

En ese sentido, el curso presentaba un cierto grado de libertad, puesto que las normas externas (los documentos orientadores y las reglas del MEC) favorecían el protagonismo en la dirección de la propuesta y en las adecuaciones del proyecto pedagógico.

La intención de la intervención era promover momentos para la reconstrucción de las vivencias y del pensamiento disciplinario de los docentes en el sentido de buscar las interfaces entre las disciplinas.

La intervención se realizó por medio de círculos de cultura, metodología utilizada por Freire<sup>18</sup> que posibilita el rescate de la vivencia y conocimientos anteriores de los participantes, dirigidos por un monitor que auxiliaba en la reflexión sobre la fragmentación entre contenidos disciplinarios y posibilidades de interacción en la forma modular.

La categoría de integración entre enseñanza y servicio fue considerada por los actores institucionales envueltos como la más compleja, por mostrar, a simple vista, el distanciamiento entre las formas de enseñar y el modo en que las prácticas se organizan y desarrollan en los servicios y con las personas.

En términos de universalidad, hay un fuerte consenso entre diversos actores con relación a que los servicios de salud deben representar los escenarios de la práctica de enseñanza/aprendizaje<sup>19-21</sup>.

A pesar de que Parnaíba, el municipio sede de la región, había firmado un documento de adhesión con el Ministerio de la Educación, las redes de atención de la salud, particularmente la de la atención primaria, estaban en fase de reestructuración, incluso debido a la presencia de médicos de intercambio provenientes del PMMB, lo que resultó en la apertura de nuevos escenarios de práctica posibles.

En el plano instituido, se firmó el Contrato de Acción Pública para la Integración Enseñanza y Servicio (COAPES) con la gestión municipal de Parnaíba a finales de 2016, pero la articulación con otras instituciones de enseñanza que tenían cursos en el área de la Salud y demandaban servicios como escenarios de práctica fue un proceso lento, debido a la cultura de las profesionales que reproducen el comportamiento corporativo e individualizado, impidiendo el consenso en la construcción del plano del trabajo y su inclusión como parte del contrato.

En esa misma dirección, el curso de Medicina de la Universidad Regional de Blumenau- Estado de Santa Catarina, desarrolló estrategias de construcción participativa del COAPES incentivando la formulación de una política municipal de integración enseñanza, servicio y comunidad<sup>22</sup>.

Al reflexionar sobre la preponderancia de movimientos dirigidos a la institucionalización de los espacios de integración enseñanza servicio, se constató la necesidad de desarrollar acciones que rompieran con la cultura tecnicista y uniprofesional incorporada en los procesos de formación.

En el Curso de Medicina de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE) en el *campus* do Agreste, en la ciudad de Caruaru, una de las innovaciones consiste en una propuesta que envuelve la articulación entre ciencia y arte en el proceso de formación, reforzando las dimensiones sociales, éticas, educativas, psíquicas y emocionales que se presentan en el cotidiano de la práctica profesional por medio de la creación del Laboratorio de Sensibilidades, Habilidades y Expresión<sup>22</sup>.

Corroborando la hipótesis de que ni siempre lo que está institucionalizado es efectivo, el nuevo gestor municipal, elegido en 2017, no reconoció el COAPES firmado, aunque después del taller realizado en Brasília, promovido por el Departamento de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (Deges), del Ministerio de la Salud, la gestión municipal fue movilizadora y se realizaron dos encuentros para la construcción de las demandas por parte de las IES con cursos de salud, presentadas a la gestión para la definición del plan de contrapartidas.

A pesar de ese hecho, la Ufpi mantiene un convenio estándar con entes gubernamentales en las esferas de los estados y municipios para la realización de pasantías curriculares y no curriculares, lo que posibilita la negociación con la gestión municipal actual en las Unidades Básicas de Salud (UBS) durante el desarrollo del módulo de Atención Primaria en Salud (APS) transversal al curso.

Al mismo tiempo, municipios vecinos de la sede del curso mostraron disposición en participar como escenario de formación, además de la representación y participación en la Comisión Intergestora Regional (CIR), particularmente en la Comisión de Integración Enseñanza y Servicio (CIES) han favorecido la revitalización del COAPES en el ámbito regional.

En síntesis, esa situación hizo surgir una nueva configuración para las universidades y facultades existentes que comenzaron a incorporar el sentido de responsabilidad social de los cursos en la construcción de las RAS.

En el plano instituyente, el movimiento se realizó en el sentido de asegurar la participación del curso en la construcción de las redes de atención. Para ello, el curso pasó a integrar el Comité Gestor del Hospital Regional Dirceu Arcoverde (HEDA) por medio del Decreto del Gobierno del Estado de Piauí nº 16.964, del 30 de diciembre de 2016<sup>23</sup>, con el propósito de instituir la cogestión hospitalaria en consonancia con la Política Nacional de Humanización, Política Nacional de Educación Permanente para el SUS y otras políticas formuladas en el contexto del SUS, además de articular, pactar, acompañar y deliberar sobre la implementación de las acciones propuestas en el COAPES, para la actuación del HEDA como campo de práctica en la integración enseñanza y servicio.

Otro movimiento instituyente fue tener un lugar en el CIR que reúne a los gestores de los 11 municipios de la región en donde se presentó y discutió el proyecto del curso, habiendo demostrado interés los gestores municipales en desarrollar alianzas para la integración enseñanza y servicio en sus municipios.

Al mismo tiempo, la Secretaría de Salud del Estado de Piauí (SESAPI), por medio de la articulación con el Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de la Salud

(CONASS), firmó un documento de cooperación para el desarrollo del proceso de planificación de las redes de atención en los 11 municipios de la región, preparando particularmente la red de atención primaria para la gestión y acompañamiento de las condiciones crónicas, implantando en toda la región sistemas de flujos y contraflujos con base en la acogida por clasificación del nivel de riesgo.

Con ese proceso se reactivó el movimiento de la educación permanente, definiéndose en cada municipio una UBS que actúa como laboratorio para la formación de tutores que acompañan el proceso de facilitadores por medio de talleres formadores para la implantación de esa acogida en todas las UBS y la consolidación de la referencia y contrarreferencia.

Con relación a la formación y al trabajo integrado, todavía hay muchas barreras a superar. Un movimiento instituyente y autónomo, iniciativa de los docentes y profesionales de los servicios, fue la realización del I Encuentro de Integración Enseñanza y Servicio en 2016, cuyo informe señala como problemas a superar: demora de los alumnos en el cambio de pensamiento, transición de la escuela para la universidad, integración de los contenidos, integración de los profesores, integración de los módulos, participación de todos, pensamiento en conjunto, diálogo y diversidades.

Al mismo tiempo, se señalaron las siguientes posibilidades y avances: desarrollo de la autonomía de los alumnos que participan más del proceso y dan retorno a los docentes, humanización de los estudiantes y preparación de los alumnos para dialogar con los agentes comunitarios de salud (intercambio de saberes), nuevas visiones a los nuevos profesionales médicos, cambio de creencias, mayor interacción enseñanza y servicio, reuniones para discutir las acciones, creación de momentos de diálogo e integración, metodologías diferentes y activas, interdisciplinariedad, el trabajo con diferentes personalidades, intento de mejora constante, actualización del abordaje médico, innovación, libertad de creación y mayor participación en la construcción del proceso.

La categoría de desarrollo docente presenta, en el plano instituido, la participación obligatoria de los docentes en el Seminario de Docencia, ofrecido por la Pro-Rectoría de Graduación (PREG) a los profesores contratados, pero se limitaba a la capacitación para manejar adecuadamente el sistema de gestión académica y aproximar a los profesores que, en su mayoría, no tuvieron formación docente de conceptos y técnicas, tales como plan de clase, tópicos de enseñanza, formas de evaluación, sistema de créditos y modos de utilización de herramientas para la enseñanza a distancia.

En el plano instituyente, el curso fue uno de los vencedores del Premio InovaSUS 2015, patrocinado por la SGTES del MS con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud (OPAS), viabilizando un taller de sensibilización docente para la utilización de metodologías activas con la participación del 100% de los docentes del curso y profesores invitados de otras IES.

Otros cursos como el de la Universidad Estadual de Londrina (UEL) y de la UFSC, también vencedores del Premio InovaSUS 2015 apostaron por la formación de equipos preceptores como estrategia facilitadora de la integración enseñanza y servicio<sup>22</sup>.

En 2018, se publicó y envió a los nuevos cursos el Oficio-Circular nº 2/2018/DDES/SESU-MEC, que trata de la concesión de beca del Programa de Desarrollo de la Preceptoría en Salud (PRODEPS).

El objetivo de ese traspaso, en carácter de régimen de emergencia y temporal, tiene el objetivo de dar apoyo a la implantación/mantenimiento de programas de internado durante el período de fortalecimiento de las relaciones entre las Universidades Federales, profesionales y servicios de salud locales para la implementación de modelos sostenibles de contractualización de la sesión de espacios de práctica para cursos de medicina y de salud en general<sup>24</sup>.

Este pliego de condiciones representó el dispositivo que articuló de modo objetivo la Comisión del Internado para la elaboración del plan de trabajo, en el cual se pleitearon 10 becas para 2018 y 5 para 2019.

Como integrante del Comité Gestor del HEDA, fue posible la aprobación de las Residencias en Clínica Médica y Quirúrgica en Plenaria en la Comisión Estadual de Residencia Médica (Coreme). Hubo la visita del MEC para autorización de las Residencias en Pediatría, Ginecología y Medicina de la Familia y Comunidad en alianza con el curso de medicina ofrecido por una IES privada.

La participación de los médicos residentes bajo la supervisión de los docentes en el acompañamiento de los estudiantes a los escenarios de los servicios ha sido una práctica que incentivó la búsqueda de profesionales médicos para formación en docencia y preceptoría, así como los motivó para que participaran en los concursos para docentes.

La categoría de infraestructura se mostró inicialmente fuera de la gobernabilidad de la coordinación del curso, puesto que envolvía la realización de obras físicas y equipos bajo la responsabilidad de otros sectores de la burocracia organizacional, además de las exigencias contenidas en las reglas de la gestión de recursos públicos, tales como licitaciones, documentos de cesión y pose de edificios y formas de gestión de las alianzas.

Pero con la orientación de la Ceaem/MEC la planta proyectada se reformuló, llevando en consideración la necesidad de salas para estudios de pequeños grupos, para acciones de mentoría y área de convivencia, propiciándose la visita de los arquitectos de la Ufpi a otra universidad para conocimiento y adecuación de la estructura.

Hasta ese momento, el curso funcionó en un edificio donado por la Municipalidad de Parnaíba que, una vez terminado el edificio del curso en el *campus*, el inmueble fue cedido al SESAPI para la implantación de un Centro Integrado de Especialidades Médicas (CIEM), ofreciéndose 11 especialidades médicas que servirán de apoyo al Internado Médico, en el cual los docentes médicos especialistas, por medio de investigación intervencionista, atenderán la demanda y desarrollarán estudios diagnósticos sobre la situación de enfermedades y condiciones no transmisibles, además del cuidado integral e informaciones sobre las enfermedades emergentes, re-emergentes y negligenciables, envolviendo instituciones como la Fundación de Apoyo a la Investigación en el Estado de Piauí (FAPEPI, por sus siglas en portugués).

## Consideraciones finales

El proceso de implantación de un curso médico con características innovadoras actúa como un dispositivo revelador de las fragilidades y oportunidades que puede presentar una institución como la universidad.

La cultura institucional incorporada en la dinámica de la organización, en algunos momentos, se muestra como una barrera, debido principalmente a los trámites existentes para la toma de decisiones y a la gestión financiera de los recursos.

También se muestra resistente a algunos cambios, puesto que muestra intereses ajenos al campo académico que interfieren en las deliberaciones, como fue la no aceptación por parte del Consejo Universitario de la Ufpi del argumento de inclusión regional que proponía un bono del 10% en la clasificación en el SISU de jóvenes residentes en la región, en consonancia con la política de cuotas.

La cultura de las profesiones, particularmente la de la profesión médica, revela la construcción y la reproducción de un imaginario basado en la cultura del modelo biomédico, que se caracteriza como consumo de servicios e insumos médico-hospitalarios y que captura a docentes, discentes, familiares y a la propia comunidad.

A pesar de eso, existe la fuerza del instituyente, muchas veces todavía invisible, pero que se encuentra presente en la disposición de los docentes de convertirse en aprendices de nuevas formas de enseñar, en las articulaciones políticas entre gestión y academia, en la cual es posible revelar el papel y la responsabilidad social de las universidades y en la institucionalización de espacios y tiempos protegidos para el diálogo y la reflexión, contribuyendo para que se construya y fortalezca el compromiso del profesional formado con los servicios, fortaleciendo el sentido de protagonismo de reorganización de las redes de cuidado.

Finalmente, esa fuerza se consolida a partir del diálogo y del intercambio de experiencias entre los cursos provenientes del PMMB, fortaleciendo sus movimientos autónomos e instituyentes hacia la institucionalidad, de tal forma que propuestas innovadoras de formación de profesionales médicos coherentes con las necesidades de salud de la contemporaneidad presenten condiciones de viabilidad.

Se subraya que los movimientos autónomos son acciones dirigidas a la consecución del curso, conforme determinado, pero protagonizados por los sujetos inseridos y comprometidos con la viabilidad de la propuesta innovadora. Movimientos que presentan como característica la potencia de transitar entre lo instituido y lo instituyente conduciendo el proceso de institucionalización.

## Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

## Referencias

1. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.



2. Conselho Federal de Medicina. Demografia médica no Brasil [Internet]. São Paulo: CFM/CREMESP; 2013 [citado 8 Jan 2018]. v. 1. Disponível em: <http://cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
3. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos. Graduação em medicina: novos cursos, mais vagas, mais oportunidades [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 1 Ago 2018]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/cursos-de-graduacao>
5. Oliveira ALO, Melo LP, Pinto TR, Azevedo GD, Santos M. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. Interface (Botucatu). 2017; 21 Suppl 1:1355-65
6. Resolução CNE/CES nº 3/2014. DCN para Medicina 2014 que institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014.
7. Fundação CEPRO. Piauí em números [Internet]. 8a ed. Teresina; 2011 [citado 2 Fev 2018]. Disponível em: [http://www.cepro.pi.gov.br/download/201310/CEPRO13\\_aab5263f9a.pdf](http://www.cepro.pi.gov.br/download/201310/CEPRO13_aab5263f9a.pdf)
8. Escolas Médicas no Brasil [Internet]. 2018 [citado 9 Mar 2018]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/>
9. Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências Piauí, Diário Oficial da União. 22 Ago 2007 [citado 9 Fev 2018]. Disponível em: [http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87\\_22-08-2007.pdf](http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87_22-08-2007.pdf)
10. Lei 13.651, de 11 de Abril de 2018. Cria a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), por desmembramento da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e cria a Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (Ufape), por desmembramento da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Brasília; 2018 [citado 20 Abr 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13651.htm)
11. Bourdieu P. As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
12. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989.
13. Pedrosa JIS. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaços e movimentos [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1997.
14. Lourau R. Análise institucional. 2a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
15. Figueirêdo EG. Integração do currículo modular do curso de medicina da UFPI/ Campus Ministro Reis Velloso [dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2017.
16. Mennin SP, Kaufman A. The change process and medical education. Med Teach. 1989; 11(1):9-16.



17. Melo LP, Santos M, Câmara RBG, Braga LP, Oliveira ALO, Pinto TR, et al. A escola multicampi de ciências médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1333-43.
18. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
19. Ceccim RB, Fuerwerker LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
20. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2):337-41.
21. Koifman L, Oliveira-Saippa G. Produção de conhecimento e saúde. In Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2011. p. 111-30.
22. Ministério da Saúde (BR). *InovaSUS 2015: gestão da educação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPES; 2017.
23. Decreto nº 16.964, de 30 de Dezembro de 2016. Institui Comitê Gestor do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. *Diário Oficial do Estado do Piauí*. 30 de Dezembro de 2016. nº 243, p 12-3.
24. Ministério da Educação (BR). *Ofício-Circular nº 2/2018/DDES/SESU/SESU-MEC, de 01 de Fevereiro de 2018. Referente ao repasse de recurso orçamentário para bolsa de preceptoria no acompanhamento de estudantes do curso de medicina durante o período do internato*. Brasília: MEC; 2018.

**Traductor:** Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 19/02/18.  
Aprobado el 08/10/18.