

Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa

Education-service integration in the context of Brazilian medical schools: an integrative review

Luís Fernando Boff Zarpelon¹
Maria Leandra Terencio¹
Nildo Alves Batista²

Abstract *This paper aimed to characterize the historical trajectory, including the advances and challenges, of the teaching-service integration in the medical training process. In this context, through scientific studies indexed in databases, a critical review of the literature was performed from the search for works of reference until the present moment. Most of the works consulted were reference material on the topic published in scientific journals and indexed in the databases of the Virtual Health Library. The search evidenced that the country underwent transformative experiences in the fields of health and education in the 1970's and, since then, the teaching-service integration has drawn universities and health institutions closer through the reorganization of education and healthcare. Despite the progress achieved mainly in the last decade, there are challenges to overcome in the integration of these different worlds, of one which is the creation and implementation of management tools such as the Organizing Contract for Public Health Education Action (COAPES), capable of withstanding the complexity of this process.*

Key words *Medical education, Public health policies, Health management*

Resumo *Este trabalho teve por objetivo caracterizar a trajetória histórica, incluindo os avanços e os desafios, da integração ensino-serviço no processo de formação médica. Diante deste contexto, por meio de estudos científicos indexados em bases de dados, foi realizada uma revisão crítica da literatura a partir da busca por trabalhos considerados referências até o momento atual. A maioria dos artigos consultados trata de material referencial sobre o tema publicado em periódicos científicos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. A busca evidenciou que foi a partir da década de 1970 que o país passou por experiências transformadoras nos campos da saúde e educação e, desde então, a integração ensino-serviço aproximou as universidades e as instituições de saúde por meio da reorganização do ensino e da assistência à saúde. Apesar dos avanços significativos, principalmente na última década, ainda há desafios a serem superados na integração destes diferentes mundos, um deles é a criação e a implementação de instrumentos de gestão como o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), capazes de suportar a complexidade deste processo.*

Palavras-chave *Educação médica, Políticas públicas de saúde, Gestão em saúde*

¹ Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Loteamento Universitário das Américas. 85870-901 Foz do Iguaçu PR Brasil. luis.zarpelon@unila.edu.br

² Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Santos SP Brasil.

Introdução

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços¹.

Desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira até o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, até as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCNs), em 2001, da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, até a criação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), várias experiências de integração ensino-serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde.

Diante deste contexto histórico, persistem desafios a serem superados, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre estes dois mundos, já que a integração ensino-serviço não se constrói isoladamente, mas articulada a processos políticos, sociais e econômicos.

Desta forma, este ensaio pretende caracterizar a trajetória histórica, incluindo avanços e desafios, dos processos de integração ensino-serviço na formação do médico brasileiro até o momento atual, representado pelo lançamento das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, promulgadas em 2014, que por força de lei tornam-se obrigatórias a todas as escolas.

A integração ensino-serviço no Brasil como estratégia de reorientação da formação médica

Para a educação médica brasileira, o século XX caracterizou-se por dois grandes movimentos: a significativa expansão no número de escolas médicas e o surgimento de várias experiências voltadas a integração ensino e serviço, que serviram de base para as atuais políticas de reorientação da formação.

Na perspectiva pedagógica, o ensino médico da primeira metade do século XX reflete as ideias contidas no Relatório Flexner. No Brasil, a efetiva incorporação dos postulados flexnerianos se deu com a Reforma Universitária de 1968 e induziu

políticas, programas e projetos que articularam as relações entre ensino e serviços de saúde, durante todo esse período^{2,3}.

Neste mesmo período outros movimentos evidenciavam a necessidade de novas articulações entre ensino e serviços, objetivando reformar a prática médica a partir de mudanças localizadas na formação, sendo a incorporação de disciplinas de Medicina Preventiva nos currículos uma das principais estratégias propostas⁴.

Em 1971, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) já emitia recomendações que objetivavam superar o modelo de formação médica vigente, envolvendo, dentre outras coisas, a ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social e a antecipação da experiência clínica do estudante. Estas reformas apresentadas ainda vinculavam-se mais ao projeto pedagógico do que às práticas médicas nos serviços^{5,6}.

Ainda na década de 70 surgem dois grandes movimentos pró-mudança na formação do médico: o da Medicina Comunitária, cuja principal estratégia era o estímulo à participação comunitária e o da Integração Docente Assistencial (IDA), um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequada às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos^{3,5}.

Essas estratégias não modificaram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em muitas especialidades, apontando para o fato de que o avanço apenas se daria com iniciativas abrangentes mais integradas e focadas. No final da década de 70, esforços visando estimular a participação multidepartamental e multiprofissional nos projetos IDA foram implementados com apoio da Fundação Kellogg^{7,8}.

Outro grande marco no ensino médico foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS, 1978), que levou vários países a reformularem suas políticas de saúde e reorientarem o ensino médico. As escolas brasileiras perceberam a importância da atenção primária e reforçaram a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades fora do serviço-escola⁹.

Em 1985 surgiram os programas UNI (Uma Nova Iniciativa) que propunham, dentre outras coisas, o trabalho em equipe multiprofissional e a utilização do serviço como cenário de ensino e aprendizagem. Foi implementado em poucas escolas médicas brasileiras, e, embora com alguns avanços nas mudanças curriculares, a participação de docentes e profissionais da saúde ainda foi

escassa. Desta forma, estes programas não tiveram força suficiente para se instalar e provocar mudanças permanentes^{7,10,11}.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde propõe a formulação de um novo modelo de saúde pública universal, rompendo a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual e a intensa privatização no sistema de saúde brasileiro. Nesse mesmo ano, em Edimburgo (Escócia), a I Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela World Federation for Medical Education (WFME), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reafirmava a necessidade de redirecionar a educação médica para a realidade social e a promoção da saúde³.

A criação do SUS em 1988, alicerçado na integralidade, no cuidado humanizado e na promoção de saúde, sobrelevou a necessidade de reorientar a formação, qualificação e comprometimento dos profissionais como algo vital para sua real consolidação. Relativamente à política de recursos humanos, este sistema reger-se-ia pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus trabalhadores e pela ordenação da formação dos recursos humanos em saúde¹²⁻¹⁴.

No início dos anos 90 há um reconhecimento nacional e internacional da necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde. Em 1993, a II Conferência Mundial em Educação Médica, também em Edimburgo, propôs um novo pacto de integração entre instituições formadoras, serviços de saúde e sociedade. As principais reformas curriculares dos cursos de medicina no Brasil foram iniciadas, impulsionadas e claramente influenciadas por esta conferência^{10,15-17}.

No XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (1990) é criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), com o objetivo de avaliar a formação de recursos humanos que atendessem às demandas do SUS e com o compromisso em dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico. Esta comissão, que permaneceu em atividade por 10 anos, sustentou uma proposta direcionadora desse novo modelo de formação e que foi de grande importância na elaboração das DCNs para os cursos de graduação em Medicina, em 2001¹⁸.

De outro lado, o interesse por um médico diferente do que estava atuando no mercado persistia e uma estratégia de transformação da prática médica foi a criação, em 1994, do Pro-

grama de Saúde da Família (PSF) como proposta de reorganização da atenção básica no país e de todo o modelo assistencial¹⁹. Aliado a isso, em 1996 um marco fundamental para a formação em saúde foi a promulgação da nova LDB com a proposição das DCNs. Isto possibilitou alcançar um perfil de egresso mais comprometido com as demandas sociais^{3,7,20}.

Após o lançamento das DCNs para o curso de medicina, foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com a participação ativa da ABEM e da Rede UNIDA durante todas as suas fases. As escolas médicas selecionadas desenvolveram suas atividades de mudança de forma pouco articulada entre si, mas o Programa representou avanços significativos no campo das políticas públicas, mesmo abrangendo apenas o ensino médico⁷.

Em 2003, a criação da SGTES no Ministério da Saúde (MS) significou o início de um movimento importante de aproximação mais efetiva entre os Ministérios da Saúde e o da Educação. Neste contexto, o MS se corresponsabilizou com a formação em saúde, com a ordenação dos recursos humanos e a gestão do trabalho.

Em 2004, instituiu-se a política nacional de educação permanente em saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Iniciou-se a implantação dos polos de educação permanente em saúde, mudando a forma de planejamento e financiamento da política de EPS²¹.

No final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), surge como proposta de reorientação da formação profissional a partir da integração ensino-serviço, com incentivo financeiro também para os municípios que abrigam as escolas. Estas experiências, ancoradas em diretrizes de uma nova proposta de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sinalizavam para um crescente processo de reorientação da formação profissional em saúde^{3,20}.

Neste contexto o SUS assumia um protagonismo progressivo na direção da sua atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Fruto das experiências acumuladas e da maior aproximação entre a saúde e a educação, em 2005 foi instituída a Portaria Interministerial 2.118, entre MS e MEC para “cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde”²².

A partir de 2007 foi criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e se redefiniram as diretrizes da PNEPS. Foram assim

criadas as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) onde esferas Estaduais e Municipais passaram a compor as comissões de gestão e os projetos passaram a ser assinados em conjunto pelo Gestor Municipal e pelas IES, sendo apreciados nas CIES e pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS)^{23,24}.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), implementado em 2008, foi uma importante política indutora. Este movimento promoveu avanços, mas o grande desafio de quebrar o continuísmo da fragmentação, da inclusão da integralidade e da humanização nas práticas, já na formação, ainda persistia⁷. Porém, a maioria das instituições de ensino superior ainda tem perpetuado modelos formativos conservadores e fragmentados, centrados nas tecnologias especializadas e altamente dependentes de tecnologia dura para apoio diagnóstico e terapêutico^{7,10,15}.

Dentro de todo este contexto, outro elemento começava a surgir com grande ênfase: a necessidade de ampliar o número de médicos formados, bem como a necessidade de fixar estes profissionais em determinadas regiões especiais, a fim de garantir o atendimento às demandas nos serviços de saúde.

Para enfrentar mais este desafio surge, em 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil, que vem com o intuito de formar recursos humanos na área médica para o SUS²⁴. A partir dos objetivos estabelecidos no Programa, uma série de medidas foram adotadas, dentre elas destaca-se a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos.

Outra medida adotada de grande significado foi o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País. A Lei estabeleceu que o funcionamento dos cursos de medicina sujeitava-se à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e deu um prazo de 180 dias para elaboração de resolução que adequasse a matriz curricular dos cursos de graduação em medicina para atendimento ao disposto na Lei 12.781²⁵.

A Resolução n. 3/2014 do CNE, por meio da adequação das DCNs, enfatiza comprometer ainda mais a formação médica com a consolidação do SUS, interligando o ensino, a pesquisa e a

extensão ao serviço e assume o desdobramento da formação do graduando em três grandes áreas formativas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde^{3,19}. Ao estabelecer determinadas diretrizes para os conteúdos curriculares e projeto pedagógico dos cursos, as novas DCNs praticamente impossibilitam a formação médica centrada apenas no tradicional aparato formador, impulsionando definitivamente as escolas médicas na direção da integração com o serviço e a comunidade.

O destaque nesta nova conjuntura passa a ser o uso de redes como espaço de conformação de um novo profissional de saúde. A construção da integração ensino-serviço comunidade tem, na interrelação entre os atores que a compõem, um de seus principais pilares de sustentação²⁶.

Outros pontos importantes de intervenção dizem respeito ao envolvimento dos gestores locais do SUS no processo de abertura de novas escolas médicas, à ampliação de vagas de residência buscando equivalência com o número de egressos das escolas médicas do ano anterior e a residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como acesso a maioria dos programas de residência médica.

Muitas das mudanças propostas preconizam ações para as quais os processos de integração ensino-serviço comunidade deverão adotar uma profundidade para além do que aquela observada nas experiências vividas até então, com os cenários de práticas devendo ser ampliados e qualificados, o que torna a tarefa bastante complexa.

A integração crescente entre esses dois campos se justifica pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do SUS. Parece, então, impossível pensar nisto sem interferir, ao mesmo tempo, na formação profissional e no mundo do trabalho².

Ainda que as experiências anteriores de integração ensino-serviço comunidade tenham trazido poucos resultados na reorientação da formação médica, as mesmas tiveram fundamental contribuição em gerar reflexões nas escolas que, progressivamente, deixaram de ver nesses processos apenas a oportunidade de campo de estágio para seus alunos e passaram a enxergá-los como potenciais transformadores da realidade social e, conseqüentemente, do processo formativo^{26,27}.

Do mesmo modo, se até este momento a maioria das IES limitou-se a projetos ou programas isolados, a promulgação das novas DCNs passa a lhes conferir o *status* de uma política permanente. A integração ensino-serviço comu-

nidade proposta neste novo momento de transformação do ensino médico, exige mais do que o estabelecimento de contratos e/ou convênios bilaterais entre o aparato formador e o assistencial.

O alcance das reformas esperadas com as novas medidas necessita da efetiva implantação de uma política de integração ensino-serviço comunidade que envolva todas as escolas da área da saúde, bem como todos os serviços assistenciais e seus respectivos gestores. O compromisso de uma política que necessita ser de Estado e não mais de governo, com a devida articulação interministerial, mostra-se necessária para a construção de uma nova educação em saúde. Porém essa mudança precisa ser profunda e permanente, com os envolvidos comprometidos com o projeto como sendo seu, sem esperar que a mudança ocorra espontaneamente ou por imperativos legais.

A partir desse novo marco, a integração ensino-serviço comunidade não pode mais ser enxergada como uma simples estratégia para reorientação da formação em saúde, mas deve constituir-se no elemento central, ponto primordial do processo formativo do futuro trabalhador.

A formação em saúde deve ter na integração ensino-serviço a base do seu desenho curricular, ao mesmo tempo em que não se pode mais conceber serviços de saúde que não prevejam na organização de seu trabalho a incorporação do processo educativo continuado em todos os níveis. Reconhecer que a saúde e a educação, como campos do conhecimento e setores de organização social e pública precisam, em se tratando das profissões da saúde, construir um novo e único campo, no qual os limites do ensinar e assistir se tornem imperceptíveis é um novo desafio.

Entre os desafios observados nesse cenário múltiplo e complexo, podemos citar diferentes objetivos entre o ente formador e o ente assistencial e os movimentos unilaterais em que não há abertura para que o serviço se integre às ações da academia. A integração deve assumir significados comuns e as experiências resultantes devem produzir ganho para ambas as instituições. O necessário diálogo que se estabelece deve adquirir maior estabilidade, em espaços favoráveis e com a participação de todos. Nisso, os gestores do SUS e das escolas adquirem capital importância. O conjunto de experiências que procuram integrar ensino-serviço, ainda pontuais, carece de estar, de fato, integrados aos currículos das escolas e a rotina dos sistemas de saúde.

Integrar serviços de atenção à saúde e instituições de ensino implica em alguns condicionantes, a saber: relações horizontais, processos de

trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades²⁸. Para tal, é necessário que haja a promoção de espaços dialógicos entre as instituições de ensino, o SUS e a comunidade.

O aprimoramento dos instrumentos de gestão e planejamento prevê colegiados compostos pelos entes envolvidos, cujas decisões consensuais sejam consubstanciadas em documentos jurídicos como contratos organizativos e de ação pública. O grau de integração necessário agrega novos desafios à criação desses instrumentos de gestão, que devem ser capazes de possibilitar a efetiva implantação de audaciosos objetivos²⁹.

A integração ensino-serviço, antes normalmente restrita a acordos entre duas instituições, uma da saúde e outra da educação, ganha, agora, novos e mais complexos contornos. Esse novo cenário pode ajudar a superar algumas dificuldades comumente identificadas, tais como: as instabilidades políticas originadas pelas frequentes mudanças dos gestores; a infraestrutura limitada dos serviços de saúde; o isolamento das IES em relação à rede de serviços e à sociedade; as falhas na compreensão de ambos os atores nos reais objetivos da integração ensino-serviço; a dificuldade em ordenar, pactuar e absorver a demanda de campo de práticas em municípios que contêm um maior número de escolas de saúde; a articulação interprofissional insuficiente dentro da IES para desenvolvimento das atividades de integração ensino-serviço; os conflitos diante da indefinição quanto aos compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde em relação à preceptoria e à responsabilidade sanitária.

No entanto, a gestão intergovernamental altera a forma de relacionamento entre os entes, evidenciando possíveis conflitos de interesse que devem ser resolvidos a partir de relações horizontais, não hierárquicas e policêntricas, tendo na negociação e no consenso as únicas formas de avanço. Para suportar este novo fenômeno, novos instrumentos de gestão de redes necessitam ser desenvolvidos²⁹. É neste sentido que está proposto o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES).

As diretrizes propostas para o COAPES, expressas na Portaria Interministerial 1.124 de 04 de agosto de 2015, estabelecem garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob responsabilidade de gestores da área de saúde como cenários de práticas para formação no âmbito da graduação e pós-graduação (residência).

O COAPES compromete a gestão do SUS com o desenvolvimento de atividades educacio-

nais e as IES com o desenvolvimento regional no enfrentamento dos problemas de saúde locais e a participação ativa da comunidade. Neste sentido, define que cada região de saúde estabelecerá um único COAPES, reunindo todas as IES, programas de residência em saúde e gestores de todas as esferas do SUS envolvidas. Atribui a coordenação do processo ao gestor do município sede das IES, estabelecendo as atribuições de todos os envolvidos e ordenando que o contrato seja aprovado nas instâncias deliberativas do SUS³⁰.

As potencialidades abertas pela implantação desta nova política, com alto grau de complexidade de gestão, além das potenciais insuficiências dos serviços assistenciais, evidenciam claramente um novo momento nos processos de integração ensino-serviço.

Considerações finais

A trajetória histórica da integração ensino-serviço no processo de formação médica caracterizada neste trabalho evidencia que a participação

do MS na gestão e financiamento dos novos processos de integração ensino-serviço caracterizou um novo momento. Fica claro que as primeiras experiências não foram efetivas em promover a reorientação da formação profissional em saúde, porém foram importantes em gerar reflexões sobre seu papel como potente estratégia de manutenção e construção do SUS.

O desafio a ser superado está na capacidade de pactuar compromissos das escolas com a assistência e do SUS com o ensino, de modo a construir um campo comum de compartilhamento de práticas, saberes e poder dos atores envolvidos. Resta saber agora se o COAPES será um instrumento capaz de garantir estes compromissos e de suportar a gestão das complexas relações políticas existentes no processo.

Os impactos da implantação das DCNMs no perfil de egressos das escolas médicas e do Programa Mais Médicos para o Brasil na reorientação profissional e nas políticas de educação permanente do SUS, e por que não na reorientação da assistência, constituem relevantes objetos de estudos.

Colaboradores

LFB Zarpelon e ML Terencio participaram da concepção, planejamento da pesquisa e demais etapas da produção do artigo. NA Batista participou do planejamento da pesquisa, da revisão crítica do manuscrito e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Referências

1. Albuquerque VS. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(3):356-362.
2. Feuerwerker LCM. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. *Cad ABEM* 2006; 2 (Supl. 5):36.
3. Batista NA. *Educação Médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
4. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Metodologias ativas no ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)* 2016; 18(2):1355-1364.
5. Edler F, Fonseca MRF. Seleção de artigos da Série “História da Educação Médica no Brasil”, primeira parte. *Cad ABEM* 2006; 28(1):1-4.
6. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saude Soc* 1994; 3(2):5-21.
7. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis* 2010; 20(2):551-570.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Acordo complementar ao acordo celebrado a 14 de novembro de 1973, entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, com a Organização Panamericana da Saúde para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil*. Brasília: MS, OPAS; 1975.
9. Chaves M, Kisl M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida MJ, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 1-16.
10. Almeida MJ. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina, Rio de Janeiro: Uel, ABEM; 1999.
11. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(3):493-504.
12. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Bol Saude* 2002; 16(1):9-36.
13. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Cien Saude Colt* 2002; 7(2):373-383.
14. Falleiros I, Lima JCF. Saúde como direito de todos e dever do estado. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 239-276.
15. Alves CRL, Belisário AS, Abreu DMX, Lemos JMC, Goulart MHF. Repercussões do programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do programa de incentivos às mudanças curriculares dos cursos de medicina (promed). *Rev Bras Educ Med* 2015; 39(4):527-536.

16. Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016; Out [acessado 2016 Nov 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0007>.
17. Martins MA. Novas Tendências do Ensino Médico. *GMBahia* 2008; 78(1):22-24.
18. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). *Avaliação das escolas médicas do Brasil. segunda fase – primeiro módulo*. CINAEM; 1994.
19. Sousa Campos GW, Pereira Junior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2655-2663.
20. Streit DS, Barbosa Neto F, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA, organizadores. *Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: ABEM; 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: MS; 2004.
22. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União* 2005; 4 nov.
23. Brasil. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 21 ago.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Edital nº18 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde*. Brasília: MS; 2009.
25. Brasil. Lei n.º 12.781, de 22 de maio 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* 2013; 23 maio.
26. Gonzalo JD, Lucey C, Wolpaw T, Chang A. Value-added clinical systems learning roles for medical students that transform education and health: a guide for building partnership between medical schools and health systems. *Acad Med* 2016; 92(5):602-607.
27. Grumbach K, Lucey CR, Johnston SC. Transforming from centers of learning to learning health systems: The challenge for academic health centers. *JAMA* 2014; 3(11):9-1110.
28. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2014; [acessado 2016 Fev 10]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.
29. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1671-1680.
30. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.

Artigo apresentado em 26/02/2016

Aprovado em 01/02/2017

Versão final apresentada em 03/02/2017