



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

## ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p97-114

### A Gestão em Saúde na graduação médica: abordagens e concepções nas diretrizes curriculares (2001-2014)

Health Management in medical schools: approaches and conceptions in curriculum guidelines (2001-2014)

**Carolina Barreto Pereira**

Bacharela Interdisciplinar em Saúde, graduanda em Medicina e Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.  
carolbarretop@gmail.com

**Ana Maria Freire de Souza Lima**

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Professora da área de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.  
anamariafsl@gmail.com

**Hêider Aurélio Pinto**

Doutor Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor da área de Práticas de Cuidado da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia, e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia  
heiderpinto.saude@gmail.com

**Resumo:** O presente estudo buscou compreender como a literatura tem abordado a gestão em saúde na graduação em medicina e como esse tema aparece nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e de 2014. Trata-se de um estudo revisão da literatura nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE e análise comparativa das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina (2001 e 2014). Consideramos que os resultados encontrados e a análise produzida podem contribuir para produção de conhecimento em torno das transformações na educação médica brasileira, das concepções e abordagens de gestão em saúde nessa formação, bem como para a discussão sobre a qualidade da educação médica, pautada na integração ensino-serviço, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Medicina. Educação. Sistema Único de Saúde

**Abstract:** This study sought to understand how the literature has approached health management in medical schools and how this theme appears in the National Curriculum Guidelines of 2001 and 2014. This is a review of the literature in the Scielo, LILACS and MEDLINE databases and comparative analysis of the National Curriculum Guidelines of the medical course (2001 and 2014). We believe that the results found and the analysis produced can contribute to the production of knowledge around the transformations in Brazilian medical education, the conceptions and approaches of health management in this training, as well as for the discussion on the quality of medical education, based on teaching-service integration, with a view to meeting the population's health needs.

**Key words:** Health Management. Medicine. Education. Unified Health System

## Introdução

Dos inúmeros desafios que a prática médica no Brasil encontra atualmente, a fragilidade de formação profissional em gestão em saúde representa uma questão<sup>1</sup>. As instituições de ensino superior ainda formam médicos sem considerar as necessidades do setor saúde, e há um distanciamento entre a formação acadêmica e a inserção desse profissional no sistema de saúde, o que dificulta uma compreensão mais ampla da saúde no país, evidenciada principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Estudo realizado em Instituições de Ensino Superior (IES) nos cursos de Enfermagem e Medicina do município de Cascavel, Paraná, mostrou que apesar dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e Matrizes Curriculares (MC) seguirem a legislação, os coordenadores dos cursos possuem pouca experiência, além de não terem o conhecimento dos conteúdos em gestão em saúde<sup>2</sup>. Em geral, a gestão é apresentada nos componentes curriculares da área da saúde de forma retórica, com exposição biotecnista e sem correlação com o conhecimento das ciências sociais<sup>3</sup>.

Os termos gestão e administração muitas vezes aparecem como sinônimos e referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, sendo, portanto, política<sup>4</sup>. Cabe destacar que a gestão em saúde nasce desde os primórdios da Saúde Pública, como um dos conhecimentos denominados “administração sanitária e de práticas em saúde”, e diferenciava-se da Administração de Empresas pela articulação da gestão com práticas de manejo dos problemas coletivos de saúde<sup>4</sup>. A gestão foi incorporada nas diretrizes curriculares da formação acadêmica em enfermagem, nutrição e medicina desde 2001, contemplando conhecimentos sobre atenção à saúde e de gestão do SUS<sup>5</sup>. Mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da graduação em medicina, publicadas em 2014, trazem novos elementos sobre a gestão em saúde<sup>6</sup>.

A prática centrada em diagnóstico, tratamento e reabilitação não deve ser a única referência na formação do profissional médico<sup>1</sup>. Ela deve ser ampliada na perspectiva da atenção integral à saúde e englobar também as dimensões educacionais e de gestão. Muitos profissionais de saúde chegam ao mercado de trabalho sem essas competências e com frágil conhecimento sobre o SUS<sup>2,7</sup>. Considerando o componente “gestão” na formação, o presente estudo buscou compreender como a literatura tem abordado a gestão em saúde na graduação em medicina e como esse tema aparece nas DCN de 2001 e de 2014.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental<sup>1</sup>, desenvolvida por meio de revisão da literatura a partir da questão norteadora “Como a gestão em saúde vem sendo abordada na graduação em medicina e como esse tema aparece nas diretrizes curriculares do curso?” e análise comparada das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina no Brasil, publicadas em 2001 e 2014<sup>5,6</sup>.

A busca foi realizada através do Portal de Periódicos da CAPES nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), no período de maio a agosto de 2020, com cruzamento dos seguintes descritores disponíveis na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): gestão em saúde, medicina, educação médica.

Inicialmente, foram encontrados 293 estudos, dos quais 54 foram lidos na íntegra e 27 selecionados. A seleção final contemplou 21 artigos científicos, 4 dissertações e 2 teses na língua portuguesa, disponíveis em texto completo, sobre o ensino da gestão em saúde no curso de medicina e as diretrizes curriculares do curso. A análise qualitativa dos achados apoiou-se na análise de conteúdo<sup>8</sup>, e na análise comparativa das DCN de 2001 e 2014<sup>5,6</sup>.

## Resultados e Discussão

A partir da busca realizada, foram selecionados 27 estudos que abordavam a gestão em saúde na formação em medicina e as mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas em 2001 e 2014. Predominaram estudos de abordagem qualitativa (74%, n=20)<sup>1,3,7,13,14,15,18,19,21,24,25,26,31,32,33,34,36,37,38,40</sup>, seguidos de abordagem mista (26%, n=7)<sup>2,13,22,23,30,35,39</sup>, e com uso de dados secundários (52%, n=14)<sup>7,13,14,15,18,19,21,24,25,26,27,31,35,38</sup>. Doze estudos usaram dados primários (44%)<sup>1,2,3,22,23,30,32,34,36,37,39,40</sup>, e um utilizou dados primários e secundários<sup>33</sup>. O período de publicação variou entre 2010 e 2019.

---

<sup>1</sup> Este texto é baseado em pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde da XXXX.

Com relação às DCN publicadas em 2001 e 2014, a análise comparativa destacou os seguintes itens: Características do texto, Objetivo, Perfil geral do egresso, Carga horária / prazo mínimo de integralização, Áreas onde são distribuídas as competências, Áreas essenciais no estágio curricular obrigatório (internato), Carga horária mínima do estágio curricular obrigatório (internato), Jornada semanal de práticas, Início das atividades práticas, Local das práticas, do internato e integração ensino-serviço, Articulação entre teoria e prática e Gestão em Saúde (Quadro 1).

Verificou-se que além do aumento do número de páginas, capítulos e artigos, houve maior especificação e detalhamento em todos os itens. No que se refere a Gestão em Saúde, destaca-se que nas DCN de 2001 a palavra gestão não aparece. Por outro lado, as Diretrizes de 2014 coloca a Gestão em Saúde como um dos principais eixos de formação, ao lado da Atenção à Saúde e da Educação em Saúde, com diversas competências específicas. A discussão das evidências produzidas pela literatura selecionada complementada com a análise comparativa das DCN de 2001 e 2014 foram sistematizadas em três eixos: a) A Gestão em Saúde, o SUS e a formação médica no Brasil; b) Gestão em Saúde: as diferentes abordagens e concepções nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014; e c) Gestão no SUS e o destaque para a integração ensino-serviço.

### **A Gestão em Saúde, o SUS e a formação médica no Brasil**

O SUS, ao longo dos seus mais de 30 anos, se estabeleceu como uma das principais políticas públicas no Brasil e alcançou importantes resultados<sup>9,10</sup>. Houve investimentos na força de trabalho, ciência e tecnologia, atenção primária à saúde (APS) e descentralização, com participação social e crescente consciência pública de um direito à saúde<sup>9</sup>. A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve impacto importante na saúde da população pois facilitou o acesso e utilização dos serviços, reduziu mortalidade infantil e adulta e internações hospitalares para condições sensíveis à APS, ampliou o controle de algumas doenças infecciosas e acesso à tratamentos como o odontológico, além da melhoria de diversos outros indicadores de saúde e de vida, e convergências com programas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família<sup>10</sup>. E, ainda que permaneçam problemas a serem enfrentados, 77% dos brasileiros consideram o atendimento no SUS bom, ótimo ou regular, e dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelaram que 76,5% das pessoas costumavam buscar o mesmo local, médico ou

serviço de saúde, e 69,8% delas procuraram serviços públicos, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o mais citado<sup>11</sup>.

Em relação à gestão do SUS, no âmbito mais estrutural, há questões relacionadas à segmentação, financiamento insuficiente e a duplicidade de esforços<sup>12-14</sup>. Existe ainda forte presença de um caráter clientelista na gestão e pouca distinção entre os limites do público e privado, modelos que dificultam a governança do sistema<sup>12</sup>. Além do subfinanciamento e dos obstáculos burocráticos, intensificado pela atual situação política, econômica e fiscal do país, a gestão em saúde tenta sustentar desde problemas de abastecimentos, gestão de meios e prestação de serviços a questões de motivação e gerenciamento de pessoas<sup>12</sup>.

A gestão em saúde enquanto campo apresenta grande diversidade, complexidade e teorias que passam por diferentes conceitos do que é saúde, sujeito, coletividade, estado, sociedade, público, privado, instituições, dentre outros<sup>15</sup>. É uma área que requer transformar conhecimento em produção e trata-se também de uma função de cunho social, que envolve coordenação, negociação, planejamento, avaliação, auditorias, controle, articulação e acompanhamento do sistema de saúde em todos os níveis<sup>3</sup>. É imperativo que desde a graduação se fomentem projetos e ações para formação de competências de gestão<sup>13</sup>.

O ensino da medicina brasileira envolve dentre outros aspectos, escolhas, princípios, influências, circunstâncias políticas, modelos de economia, regimes de governo, projetos de intervenção social e gestão de políticas públicas<sup>7</sup>. A partir do início do século XX, depois do ensino médico dos Estados Unidos da América (EUA) ter passado pela reforma flexneriana, o Brasil também foi modificando seu currículo sob influência desse modelo de corrente filosófica positivista<sup>15,16</sup>. Essa mudança culminou com a reforma Universitária de 1968, onde foi admitido o modelo flexneriano, com maior enfoque para especialidades médicas, reforço ao estudo sistemático do corpo humano e biologização e individualização do processo de adoecimento. Essa formação médica, marcada por disciplinas fragmentadas, sob a influência da lógica de mercado capitalista na qual a saúde vira mercadoria, se distancia muito das práticas necessárias para se produzir saúde a partir de uma concepção ampliada<sup>1,18</sup>.

Essa concepção ampliada, com análise dos determinantes sociais em saúde vai ser incorporada pelo SUS, que a partir de 1990, impulsiona mudanças na maneira de planejar o sistema e formar os futuros profissionais no Brasil<sup>14</sup>. E, apesar do Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 declarar que

cabe ao SUS ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde, só mais recentemente se constituiu uma política pública para induzir que o SUS fosse protagonista nesse espaço da formação em todos os níveis (técnico, de graduação e pós-graduação)<sup>17</sup>.

A criação do SUS introduziu na agenda política a imprescindibilidade da graduação atrelada aos seus princípios e políticas. A constituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) compõe um marco nesse processo, e desenvolveu uma estratégia de avaliação participativa, com docentes, estudantes e direções de curso, para produzir mudanças na educação médica, além de mobilizar uma diversidade de sujeitos militantes do movimento estudantil do curso de medicina<sup>18-20</sup>. Estes e outros atores relacionados aos movimentos de mudança da educação do conjunto dos cursos da área da saúde aproveitaram a oportunidade aberta pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação para influenciar a elaboração das novas diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde, publicadas em 2001<sup>5,18,20</sup>. E, ainda que avance pouco na perspectiva de integração com o SUS e de orientar a formação em função de suas necessidades, as primeiras DCN para o curso de Medicina já preconizavam uma visão integral, humanística e histórico-social dos indivíduos<sup>19, 21-23</sup>.

### **Gestão em Saúde: as diferentes abordagens e concepções nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014**

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área em 2001 e 2014 constituíram marcos importante para a produção de mudanças e possibilidades no processo de formação<sup>19</sup>. No ano de 2001, o Ministério da Saúde (MS), em colaboração com o Ministério da Educação (MEC), apresentou o PROMED (Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas), que além de ter as DCN como fundamento para um processo de reorientação da formação médica com ênfase na Atenção Básica, objetivava apoiar financeiramente a escola médica que criasse e estabelecesse as mudanças curriculares colocadas. O PROMED selecionou 19 escolas médicas que desenvolveram suas atividades de forma pouco articulada entre si<sup>24</sup>.

Pouco depois, no Governo Lula, foram intensificadas as iniciativas estatais associadas ao papel do SUS em ordenar a formação em saúde, induzindo mudanças nas graduações, formação de docentes, integração ensino-serviço, formação em serviço e expansão das residências prioritárias para o SUS, como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS em 2003 e

a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004<sup>18,20,25,26,27</sup>. A partir daí iniciou-se o processo de implantação dos polos de educação permanente em saúde em diversas localidades, que funcionaram como instâncias colegiadas de articulação e pactuação interinstitucional. Papel assumido, a partir de 2007, pelas comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES) articuladas aos colegiados de gestão regional. Foram criados também programas para incentivar e apoiar as mudanças na formação como o AprenderSUS, o VERSUS (Vivência-Estágio na Realidade do SUS) e o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde<sup>20,24</sup>. No final de 2005, destaca-se ainda o lançamento interministerial entre saúde e educação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), baseado no PROMED, porém ampliado, primeiramente para os cursos de odontologia e enfermagem e depois para os demais cursos da área da saúde<sup>19,20,24</sup>.

Em 2013, já no governo Dilma Rousseff, o eixo 'Formação Médica' do Programa Mais Médicos (PMM) determinou a publicação de novas DCN para a graduação em medicina, que foram publicadas no ano de 2014<sup>20,26,28</sup>. Nesse momento, um conjunto de atores que atuaram pela mudança da educação médica nos anos 1990, especialmente na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e na CINAEM, ocuparam espaços estratégicos na estrutura político-institucional do MS e MEC e promoveram uma conjuntura favorável para a proposição de mudanças na educação médica, bem como conseguiram mobilizar uma rede de professores de universidades públicas e preceptores de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, que compartilhavam valores e o projeto de mudar a formação médica<sup>19,20</sup>. No âmbito das entidades médicas, em 2012, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicaram um documento conjunto com diretrizes para as escolas médicas elaborarem projetos político-pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde e pautados na Medicina de Família e Comunidade, aspectos que serão incorporados pelas DCN de 2014<sup>29</sup>.

O documento, que em 2001 era composto de 5 páginas e 14 artigos, aumentou para 14 páginas com 41 artigos, e trouxe um conjunto de orientações para as IES se adequarem até 2018, das quais foram aqui destacadas algumas de maior interface com a formação no SUS, com a gestão em saúde e integração ensino-serviço (Quadro 1). As DCN de 2001 tinham como objetivo exposto a organização curricular, enquanto as de 2014 incorporam o desenvolvimento e avaliação desse currículo. E, apesar do texto de 2001 colocar que além do conteúdo, do conhecimento, a avaliação dos estudantes deveria



englobar a avaliação de competências e habilidades, observa-se uma sobreposição na utilização desses termos, sem explicitar as concepções, possibilitando diferentes interpretações<sup>21</sup>. Esse aspecto é bastante diferenciado nas DCN publicadas em 2014, onde o conceito de competência está muito mais voltado para a ação e é explicitado como a “capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações [...] traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>6</sup>. As competências esperadas são distribuídas em três grandes áreas, a Atenção Integral à Saúde, Educação em Saúde e Gestão em Saúde, e é reforçada a necessidade de os graduandos desenvolverem habilidades suficientes para enfrentar as problemáticas sociais e de saúde do Brasil, com destaque para as demandas do sistema e das políticas públicas<sup>6</sup>.

E ainda que as DCN de 2001 descrevam o perfil do egresso com uma formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva”, e citem a necessidade das IES vincularem o conhecimento construído ao longo do curso às necessidades da população, prevalecem modelos de organização curricular baseados em disciplinas com conteúdos temáticos com baixa articulação entre si<sup>21</sup>. Esse documento em menor medida recomendava os serviços do SUS como campo de prática, mas não explicitava a carga horária mínima das diferentes áreas de atuação nos serviços públicos, bem como as formas de integração entre teoria e prática. Aspectos que são bastante desenvolvidos nas DCN de 2014.

Já as DCN de 2014, incorporam o conceito da determinação social em saúde no perfil do egresso, colocam a gestão em saúde como um dos três campos de competências que devem orientar a formação médica, reafirmam compromisso ético-político com o SUS, conjecturam o preparo de profissionais com aptidões gerais, criticidade, habilidade de reflexão e ética, consideram a interdisciplinaridade como questão importante para uma formação multiprofissional, na perspectiva da integração ensino-serviço, e exigem que os graduandos passem por uma avaliação de competências em relação ao novo perfil esperado no 2º, 4º e 6º ano do curso<sup>6,19,23,28</sup>. Fomenta-se a inserção dos estudantes desde o início do curso nos serviços de saúde, e o desenvolvimento de habilidades e atitudes junto com o conhecimento em cenários de atuação real e não apenas em “laboratórios” ou serviços “modelos”<sup>28</sup>. As capacidades de gestão são explicitadas em torno de 8 eixos, os quais fortalecem o vínculo entre teoria e prática, pois o discente que convive desde os primeiros anos da graduação com o serviço de saúde, seus usuários e profissionais tem a oportunidade de conectar conhecimentos teóricos e práticos e desenvolver autonomia, reflexão e raciocínios da área médica, consolidados ao final do curso, no período do



internato<sup>19,22, 23, 28</sup>. Determinam ainda que no mínimo 30% do internato aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS, o que estimula a formação de médicos generalistas para lidar com usuários da Atenção Básica, da urgência/emergência, com capacidade de promover saúde e reduzir os riscos<sup>6,28</sup>.

Cabe sublinhar que a gestão em saúde é marcada como competência articulada. Exige-se do aluno um compromisso com corresponsabilidade para o conhecimento, decisões e escolhas de diagnóstico e tratamento, de acordo com os recursos que se tem e as necessidades dos usuários dos serviços, sem deixar de lado o trabalho em equipe, interdisciplinaridade e partilha de saberes na Atenção Primária à Saúde<sup>30</sup>. A Saúde Coletiva aparece de forma muito mais significativa, e valorizada quanti e qualitativamente, quando comparado ao documento de 2001, e, observa-se um reforço da Atenção Básica como espaço estratégico para a formação médica. Contudo, alguns autores alertam para possíveis reduções ou sobreposição entre a saúde coletiva e atenção primária<sup>31,32</sup>.

Fica evidente no texto das DCN de 2014 a ênfase na microgestão, na gestão do processo de trabalho do próprio profissional, da equipe e do serviço de saúde aos quais integra. O documento subdivide a área de competência da gestão em saúde em duas ações-chave: a “Organização do Trabalho em Saúde” e “Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde”. A primeira concentra a identificação do processo de trabalho no âmbito mais geral das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS, contemplando a perspectiva dos profissionais e dos usuários, família e comunidade e o trabalho em equipe, bem como a elaboração e implementação de planos de intervenção com participação conjunta de todos esses atores. A segunda ação-chave envolve o gerenciamento do cuidado em saúde em suas dimensões individual e coletiva, e o monitoramento dos planos e avaliação do trabalho em saúde de forma contínua<sup>6,28</sup>.

Há no texto uma valorização da gestão do cuidado e da tomada de decisões com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, e de uma liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais, do trabalho em equipe e da construção participativa<sup>6</sup>. Essas mudanças e incorporações convergem com os novos paradigmas do SUS a partir da década de 90, como a municipalização dos serviços e os princípios de descentralização, universalidade de acesso, integralidade da atenção, equidade, participação da comunidade e autonomia das pessoas<sup>14</sup>. Avança ainda na concepção de gestão da clínica pautada em elementos que articulam gestão, cuidado e educação, que passa pelos princípios de coordenação do

cuidado e gestão do processo de produção do cuidado<sup>33</sup>. Entendimento que propõe uma abordagem problematizadora das práticas de saúde, relações mais dialógicas nos processos educacionais, articulação de diferentes saberes e compartilhamento do poder de decisão entre gestores, profissionais e usuários<sup>33</sup>. E por fim, busca-se superar as teorias administrativas que colocam o trabalhador como “recurso humano” realizador de tarefas, e passa-se a discutir a gestão participativa, o controle social dos gestores pela sociedade civil e várias formas de cogestão em saúde, considerando a participação desse trabalhador como fundamental para efetividade e eficiência do SUS<sup>4,14</sup>.

### Gestão no SUS e o destaque para a integração ensino-serviço

A temática da integração ensino-serviço aparece nas discussões de reforma do ensino desde os anos 70 e se tornou princípio norteador para mudanças na formação médica em diversas experiências dentro e fora do país<sup>16,19,22</sup>. O destaque aqui proposto foi motivado pela compreensão de que a integração ensino-serviço possibilita os campos de prática para o aprendizado e vivência das competências de gestão no SUS preconizadas pelas DCN vigentes, em suas dimensões micro e meso, e maior diálogo com a gestão do sistema, considerando sua dimensão mais macro. As DCN de 2014 dão centralidade à integração ensino-serviço e propõem ampla articulação entre os sistemas de saúde e educação na perspectiva das chamadas reformas de terceira geração dos cursos de medicina<sup>16,19,28</sup>.

A normativa de 2014 apresenta maior capacidade de induzir mudanças por prever instrumentos de implementação e sua publicação não ter sido uma ação isolada. Determinou prazos para a implementação de medidas e instituiu novos, bem como remodelou instrumentos avaliativos que, em casos mais extremos, prevê como sanção desde a interrupção do processo seletivo até o fechamento do curso. Além disso, a publicação das novas diretrizes esteve associada a outras iniciativas como o estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), instrumentos de pactuação entre universidades e municípios, e oferta progressiva de mestrados profissionais para qualificação de docentes e profissionais da rede<sup>26,28</sup>.

Entretanto, ainda que com melhorias nos marcos regulatórios e induções fomentadas pelos Ministérios da Saúde e Educação, predominam cursos de Medicina no país com projetos pedagógicos e matrizes curriculares com componentes fragmentados e sem contemplar os pressupostos necessários para essa integração ensino-serviço e visão ampliada do SUS<sup>2,34,35</sup>. Estudo com estudantes da graduação

de medicina e enfermagem verificou uma carência de competências na formação para a gestão em atividades profissionais e unidades de saúde, sendo maiores as lacunas nos graduandos em medicina quando comparados aos da enfermagem<sup>2</sup>. Isso pode ser atribuído a um maior incentivo ao desenvolvimento de habilidades coletivas no curso de Enfermagem, quando comparado ao curso de Medicina, cuja formação acontece mais focada em práticas individuais de cuidado<sup>3</sup>. A literatura ainda aponta ainda baixo preparo cognitivo e emocional para tomada de decisões e responsabilidades de gestão por parte dos futuros profissionais médicos<sup>3,36</sup>.

Nesse sentido, a inserção em atividades práticas desde o início ao fim do curso potencializa o processo de aprendizagem das competências de gestão esperadas<sup>1</sup>. A vivência contínua com as equipes de atenção primária, preconizada pelas atuais DCN, possibilita melhor compreensão da realidade do sistema público de saúde, promove a participação ativa junto ao serviço e à comunidade, faz com que o estudante lide com diferentes e complexos aspectos da vida, e possa desenvolver um perfil profissional capaz de resolver situações-problemas advindos da população e de seu território, com compreensão da rede de atenção à saúde e suas possibilidades de ações intersetoriais<sup>29,37</sup>.

E por fim, destaca-se que integrar ensino-serviço implica promover ambientes de diálogos entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS e comunidade acadêmica, sendo essa integração eixo central e primordial da formação dos futuros profissionais de saúde, e não mais uma pequena estratégia<sup>29,38</sup>. É preciso que haja espaço na universidade para construção de um olhar integral e qualitativo, que aproxime a formação médica das necessidades da sociedade e que a comprometa com o progresso da situação de saúde nas localidades onde se insere<sup>2,22</sup>. Espera-se a construção e consolidação de conhecimentos e valores humanísticos, para que a atuação na gestão dos serviços e as práticas de saúde aconteçam fundamentadas, tanto em competências técnicas, quanto em compromissos éticos, políticos e sociais<sup>39,40</sup>.

## Conclusões

A formação médica vem sofrendo, historicamente, mudanças em todo o mundo, e, no caso particular do Brasil, o SUS tem demandado mudanças na formação de modo que as IES formem profissionais de saúde com competências específicas para atuar conforme as necessidades desse sistema. Essas demandas influenciaram a formulação das DCN dos cursos de medicina que, de 2001 a 2014, receberam

significativos aperfeiçoamentos. Dentre outros elementos, verificou-se que as DCN de 2001 não definiam o local de formação profissional, não expressavam como deveria ser a integração entre teoria e prática, além de apresentar uma concepção da gestão em saúde mais próximas às teorias da administração tradicional. Em 2014, além de diversos elementos novos, a gestão em saúde ganha outra conotação, se tornando uma das três principais áreas de formação profissional e com competências específicas a serem incorporadas no currículo. Essas diretrizes priorizam a formação nos serviços do SUS, incluem mais normalizações à matriz curricular definindo, por exemplo, áreas, serviços e carga horárias mínimas obrigatórias, fortalecendo a atenção primária, a medicina de família e comunidade e a saúde coletiva, além de apresentar direções e instrumentos para viabilizar a integração ensino-serviço.

Sabe-se que a implementação dessas diretrizes na realidade dos currículos é um processo em construção. É preciso acompanhar o cumprimento da regulação estabelecida pelos atuais cursos de Medicina em funcionamento no país, avançar na qualidade da educação, investir mais esforços e criar condições para o exercício contínuo da integração ensino-serviço com vistas a melhorias no atendimento às necessidades de saúde da população. São necessários estudos mais sistemáticos de revisão, englobando outras bases e idiomas, bem como produção de novas investigações que aprofundem a compreensão da implementação das DCN nas diferentes regiões brasileiras e das outras iniciativas estatais associadas à mudança da graduação como o Coapes, as mudanças propostas no sistema nacional de avaliação do ensino superior para medicina e os mestrados profissionais em Saúde Coletiva e Saúde da Família dirigidos aos docentes, bem como o impacto das mudanças curriculares nos egressos da graduação.

## Referências

1. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2013;17(44):187-99.
2. Canto IM, Almeida MJ. O ensino da gestão em saúde nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Rev. Espaço para a Saúde.* 2019;20(1):62-74.
3. Celento DD. O ensino da gestão do sistema de saúde: avaliação de estudantes de enfermagem e medicina [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, 2011.

4. Campos GWS, Campos RTO. Gestão em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008; p. 231-235.
5. Brasil. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília; 2001 [acesso em 09 out 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
6. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília; 2014 [acesso em 9 ago 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>.
7. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira-Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). Trab. Educ. saúde. 2019;17(1), e0018317.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97.
10. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate. 2018;(42)18-37.
11. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 77% dos brasileiros aprovam o atendimento do SUS. 2018. [acesso em 10 nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/38o2Yc6>
12. Campos GWS. Repensando a gestão pública do SUS. In: Le Diplomatie. Em defesa do SUS universal e igualitário. 2015, p. 8-9. [acesso em 25 out 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-le-monde.pdf>
13. Cunha MLS, Hortale VA. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. Saúde debate. 2017;41(113):425-440.
14. Machado MH, Moysés NMN, Lemos W. ProgeSUS: uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho. Saúde debate. 2012;(47)16-28.
15. Azevedo BMS. O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
16. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010;376(9756):1923-58.
17. Brasil. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília, 2003 [acesso em 9 ago 2020]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_16.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf)
18. Leal MB. Saúde Coletiva e SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2015.

19. Rocha VXM. Reformas na Educação Médica no Brasil: Estudo Comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e 2014 [dissertação]. Santos (SP): Universidade Católica de Santos, 2018.
20. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda e da formulação do Programa Mais Médicos [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.
21. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface (Botucatu). 2018; 22(67):1183-95.
22. Oliveira FP. As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2018.
23. Meireles MAC, Fernandes CCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. Rev. Bras. Educ. Med., Brasília. 2019;43(2):67-78.
24. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis. 2010; 20(2):551-570.
25. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciênc. Saúde coletiva. 2013;18(6):1613-1624.
26. Pinto HA, Andrezza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Chioro A. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. Interface (Botucatu). 2019;23(1):e170960.
27. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. Physis. 2012; 22(2):423-440.
28. Brasil. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. 2015 [acesso em 10 nov 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)
29. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. Rev Bras Educação Médica 2012; 36(1):143-148.
30. Vieira SDP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RGD. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2018; 42(1):189-207.
31. Bursztyn I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? In: Cad. ABEM. 2015;11:7-19.
32. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e170920.
33. Padilha RDQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JMD, Schiesari LMC, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23:4249-4257.

34. Albieiro JFG, Freitas SFTD, Moraes MVMD, Gonzaga L, Uber M. Integração ensino-serviço e suas perspectivas avaliativas: a percepção dos envolvidos. *Rev. Baiana saúde pública*. 2017; 41(2):380-393.
35. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro*. 2014;38(2):221-230.
36. Barreto ICHC, Ribeiro KG, Moreira AEMM, Goya N, Dias MSA, Andrade LOM. Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(1):1365-1376.
37. Adler MS, Gallian DMC. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):237-249.
38. Zarpelon LFB, Terencio ML, Batista NA. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2018; 23(12):4241-4248.
39. Rios IC, Battistella LR. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Saude soc*. 2013; 22(3):853-865.
40. Sirino CB. A humanização no ensino de graduação em medicina: construções sobre o olhar dos estudantes [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. 2014.



**Quadro 1.** Componentes gerais e de maior interface com a gestão em saúde e integração ensino-serviço nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina publicadas em 2001 e 2014, Brasil.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>DCN DE 2001 (Resolução Nº 4, de 7 de novembro de 2001)</b>	<b>DCN DE 2014 (Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014)</b>
Características do texto	5 páginas e 14 artigos.	14 páginas, 41 artigos divididos em 03 capítulos com seções e subseções.
Objetivo	Organização curricular.	Organização, desenvolvimento e avaliação curricular.
Perfil geral do egresso	“[...] médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.	“[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.
Carga horária / prazo mínimo de integralização	Não definida.	7.200 horas / 6 anos.
Áreas onde são distribuídas as competências	I -Atenção à saúde; II- Tomada de decisões; III-Comunicação; IV- Liderança; V- Administração e Gerenciamento e VI – Educação Permanente.	I – Atenção à Saúde: atenção às necessidades Individuais e coletivas de saúde. II – Gestão em Saúde: organização, acompanhamento e avaliação do trabalho em Saúde. III – Educação em Saúde: identificação das necessidades de aprendizagem individuais e coletivas; promoção, construção e socialização do conhecimento; promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos.
Áreas essenciais no estágio curricular obrigatório (internato)	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, além de atividades na Atenção Básica voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

Carga horária mínima do estágio curricular obrigatório (internato)	35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do curso	35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do curso e no mínimo 30% da carga horária prevista para o internato médico deve ser na Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência do SUS.
Jornada semanal de práticas	Não definida.	Períodos de plantão de no máximo 12 horas diárias, observado o limite de 40 horas semanais.
Início das atividades práticas	A estrutura do curso deve inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; [...] propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação.	Desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso, a partir do conceito ampliado de saúde.
Local das práticas, do internato e integração ensino-serviço	Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem. O estágio curricular obrigatório (internato) deve ser em serviços próprios ou conveniados; Permite até 25% da carga horária total do internato fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do SUS e em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional; [...] utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.	Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção do SUS; Permite até 25% da carga horária total do internato fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do SUS e em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional; Fomentar a participação dos profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes); Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.
Articulação entre teoria e prática	Não aparece de forma explícita.	Articular teoria e prática com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços.

<p>Gestão em Saúde</p>	<p>A palavra gestão não aparece. Há referências às funções de tomada de decisões, comunicação com outros profissionais e público em geral, liderança, gerenciamento de forma efetiva e eficaz; administração e gerenciamento tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, aptidões para serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.</p>	<p>A gestão em saúde compõe um dos principais eixos de formação com competências específicas. Envolve capacidades do profissional de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões: I - Gestão do Cuidado; II - Valorização da Vida; III - Tomada de Decisões; IV – Comunicação; V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais; VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes; VII - Construção participativa do sistema de saúde e VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde.</p>
------------------------	---	---

Abreviaturas: DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais, SUS – Sistema Único de Saúde, Coapes – Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

**Fonte:** Elaborado pelos autores com base nas DCN publicadas em 2001<sup>5</sup> e 2014<sup>6</sup>.