



Produção de um curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade

Development of a specialization course in Family Practice

Producción de un curso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

Alysson Feliciano Lemos¹ , Paula Zeni Miessa Lawall¹ , Rodrigo Luciano Bandeira de Lima¹ ,
Sara Shirley Belo Lança¹ , Edinalva Neves Nascimento¹ 

¹Universidade Aberta do SUS/Fundação Oswaldo Cruz – Brasília (DF), Brasil.

Resumo

Problema: A escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente em áreas remotas do Brasil, constitui um desafio crítico. Para enfrentá-lo, é fundamental qualificar profissionais em saúde pública, com ênfase na saúde da família, por meio de uma abordagem reflexiva e problematizadora que integre teoria e prática e utilize tecnologias de informação e comunicação. **Método:** Nesse contexto, foi concebido, produzido e ofertado um curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, direcionado a médicos participantes de um Programa de Provimento. A iniciativa contou com a colaboração de especialistas da área, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e de instituições de ensino superior (IES) vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Resultados:** O curso, estruturado com atividades síncronas e assíncronas, inclui supervisão prática nos cenários de saúde. Até o momento, 5.369 médicos estão matriculados, tendo a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos teóricos em Medicina de Família e Comunidade e de aprimorar reflexões e práticas enquanto atuam na APS vinculados ao Programa Federal de Provimento. **Conclusão:** Embora ainda em andamento, o curso já demonstra impacto positivo em termos de abrangência e robustez. Ele representa um avanço significativo na qualificação de médicos para a APS, promovendo tanto o desenvolvimento profissional dos participantes quanto a melhoria da assistência à saúde no Brasil.

Palavras-chave: Educação médica; Programas de Pós-Graduação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde pública; Medicina de Família e Comunidade.

Autor correspondente:

Alysson Feliciano Lemos
E-mail: alyssonlemons@unasus.gov

Fonte de financiamento:

TED 02 firmado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/08/2024.

Aprovado em: 19/10/2024.

Editores convidados:

Leonardo Caçado Monteiro Savassi,
Jakeline Ribeiro Barbosa, Kellen Gasque e
Debora Dupas Gonçalves do Nascimento.

Como citar: Lemos AF, Lawall PZM, Lima RLB, Lança SSB, Nascimento EN. Produção de um curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4466. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4466](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4466)



Abstract

Problem: The shortage of physicians in Primary Health Care (PHC), especially in remote areas of Brazil, is a critical challenge. Addressing this issue requires the qualification of public health professionals, with a focus on family health, through a reflective and problem-based approach that integrates theory and practice and leverages information and communication technologies. **Methods:** In this context, a Family Practice Specialization Course was designed, developed, and offered to physicians participating in a Provision Program. The initiative involved field experts, the Brazilian Society of Family Practice, and Higher Education Institutions (HEIs) partnering with the Open University System of SUS (UNA-SUS). **Results:** The course combines synchronous and asynchronous activities and includes supervised practice in healthcare settings. To date, 5,369 physicians have enrolled, gaining an opportunity to deepen their theoretical knowledge in Family and Community Medicine and enhance their reflections and practices while working in PHC under the Federal Physician Provision Program. **Conclusions:** Although still ongoing, the course has already demonstrated a positive impact in terms of scope and robustness. It represents a significant advancement in qualifying physicians for PHC, contributing to both the professional development of participants and the improvement of healthcare delivery in Brazil.

Keywords: Education, Medical; Health Postgraduate Programs; Primary Health Care; Public health; Family Practice.

Resumen

Problema: La escasez de médicos en la Atención Primaria de Salud (APS), especialmente en áreas remotas de Brasil, es un desafío crítico. Para abordar este problema, es fundamental capacitar a profesionales en salud pública, con énfasis en la salud familiar, a través de un enfoque reflexivo y basado en problemas que integre teoría y práctica y aproveche las tecnologías de información y comunicación. **Método:** En este contexto, se diseñó, desarrolló y ofreció un curso de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria dirigido a médicos participantes de un Programa de Provisión. La iniciativa contó con la colaboración de especialistas en el área, la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria y las Instituciones de Educación Superior (IES) vinculadas al Sistema de Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS). **Resultados:** El curso combina actividades sincrónicas y asincrónicas e incluye supervisión práctica en los escenarios de salud. Hasta el momento, 5.369 médicos se han inscrito, teniendo la oportunidad de profundizar su conocimiento teórico en Medicina Familiar y Comunitaria y de mejorar sus reflexiones y prácticas mientras trabajan en APS bajo el Programa Federal de Provisión de médicos. **Conclusión:** Aunque aún está en curso, el curso ya ha demostrado un impacto positivo en términos de alcance y robustez. Representa un avance significativo en la cualificación de médicos para la APS, contribuyendo tanto al desarrollo profesional de los participantes como a la mejora de la prestación de servicios de salud en Brasil.

Palabras clave: Educación Médica; Programas de Posgrado en Salud; Atención Primaria de Salud; Salud pública; Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil remete às recomendações estabelecidas pela Declaração de Alma-Ata, de 1978, e materializou-se por meio de sucessivas políticas de estado, desde o Programa Agentes Comunitários de Saúde, de 1990, até o Programa Saúde da Família, oficializado como Estratégia Saúde da Família em 2006.¹ Desde então a estratégia enfrenta diversos desafios na sua consolidação, sendo o provimento de profissionais de saúde, principalmente médicos, um dos mais importantes, envolvendo desde a formação médica na graduação, a oferta de vagas em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e a conversão de profissionais já inseridos na rede de serviços do SUS para o trabalho na APS.

A formação médica na graduação é longa (6 anos) e processos de mudança nas diretrizes da graduação podem levar mais de uma década para apresentar resultados na disponibilidade de profissionais aptos para o trabalho na APS. Os PRMFC têm expansão limitada pela (in)disponibilidade de preceptores (médicos especialistas em MFC)² em quantidade suficiente e costumam ter adesão baixa, a despeito de estratégias como complementação do valor das bolsas-remuneração – o que provavelmente é explicado pela pouca valorização do MFC no mercado (a especialidade está entre as que têm pior remuneração entre as especialidades médicas) – e carga horária extensa (60 horas semanais ao longo de dois anos), o que limita as possibilidades de adesão por parte de médicos que já estão no mercado de trabalho. Assim, a conversão de profissionais já inseridos na rede de serviços passou a ser uma estratégia adotada por sucessivos governos na história do Brasil.^{3,4}

Algumas políticas foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil para enfrentar o problema, oferecendo ações de formação de profissionais para a APS. A mais importante dessas políticas foi o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado em 2013, que associou a formação profissional a uma política robusta de provimento de profissionais para os municípios com maior dificuldade para a fixação de médicos em seus serviços de APS. Em 2019 o Ministério da Saúde passou por mudança em seu organograma: o até então Departamento de Atenção Básica (DAB), ligado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), passou a ser uma secretaria do MS, e renomeado como Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nesse novo contexto, decidiu-se pela reformulação do PMMB, que passaria a se chamar Programa Médicos pelo Brasil (MPB). Entre as mudanças propostas, foi avaliado que o modelo de formação oferecido pelo PMMB, voltado para a gestão dos serviços de APS e para ações programáticas (por exemplo, hipertensão e diabetes ou cuidados pré-natais), apresentava lacunas relevantes em relação às necessidades específicas da categoria médica.³⁻⁵

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) foi uma das entidades médicas pioneiras na elaboração de um documento que estabelecesse diretrizes curriculares para a formação de especialistas na área. A elaboração de seu Currículo Baseado em Competências (CBC-SBMFC) foi iniciada em 2014 e concluída em 2015, com apoio do Ministério da Saúde e de consultores da Universidade de Toronto, no Canadá (responsáveis pela elaboração de documento semelhante naquele país), além da participação de vários MFC brasileiros em etapas que incluíam a construção das competências a partir da metodologia Delphi, a avaliação em consulta pública feita pela SBMFC até a finalização do documento após análise por um painel de especialistas convocado pela entidade. O documento final foi submetido à Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR), que o utilizou como base para a elaboração de documento próprio, voltado para os programas de residência reconhecidos por essa instituição. O seu sólido processo de construção permitiu que o CBC-SBMFC fosse amplamente reconhecido como referência para a estruturação de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade em todo o país.⁶

Tendo em vista o contexto apresentado, a Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), exercida pela Fiocruz Brasília, instituição responsável pela elaboração do curso de especialização em MFC a ser oferecido no âmbito do MPB, considerou o CBC-SBMFC como a referência para fundamentá-lo. Assim, um grupo de especialistas na área foi instituído para oferecer coordenação técnica na elaboração do material do curso, trabalhando em conjunto com uma coordenação pedagógica com vasta experiência em cursos de Educação a Distância (EaD) já oferecidos pelo Sistema UNA-SUS.

O objetivo deste trabalho é descrever o trajeto percorrido durante a concepção, produção, implementação e oferta de um curso de especialização em medicina de família e comunidade para médicos de programas de provimento, destacando a relevância desse processo para a formação médica e o aprimoramento do aprendizado colaborativo em rede considerando o envolvimento de diversos profissionais e Instituições de Ensino Superior (IES) parceiras da UNA-SUS.

MÉTODOS

O presente trabalho é um Relato de Experiência que descreve o trajeto percorrido nas fases de concepção, produção e implementação de um curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade para médicos de programas de provimento. A implementação do curso foi monitorada através de ferramentas de gerenciamento de projetos para acompanhamento do progresso da produção.

Para Mussi, Flores e Almeida⁷ o Relato de Experiência permite apresentar a experiência vivida por meio de uma reflexão crítica. É bastante utilizada na Educação, especialmente em relatos de Ensino e Aprendizagem, Teorias da Instrução, Métodos e Técnicas de Ensino, Avaliação da Aprendizagem e Currículo e também no Ensino Multidisciplinar.⁸ Trata-se, ainda, de um trabalho descritivo, uma vez que tem como objetivo primordial a descrição das características ou fenômenos.

De acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, este Relato enquadra-se no item VIII do artigo primeiro, não sendo necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A execução do projeto combinou esforços de sete universidades e instituições públicas brasileiras, envolvendo especialistas conteudistas, revisores, educadores, *designers* instrucionais, profissionais de tecnologia da informação e gestores de projeto. Ao longo de 30 meses, iniciando-se em dezembro de 2019, foi desenvolvido um curso com seis eixos temáticos, referentes a princípios da MFC, atributos da APS, temas clínicos de problemas de saúde prevalentes na população, medidas preventivas, habilidades de comunicação oral e escrita, raciocínio clínico, prevenção quaternária, gestão da clínica, cuidados domiciliares e cuidados paliativos.

Durante a fase de concepção do curso elaborou-se o plano pedagógico com base na matriz de competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e dos princípios¹⁰ fundantes SUS. Esse plano incorpora metodologias ativas e avaliações formativas e somativas e detalha a grade curricular e a carga horária (conforme Quadro 1), todos fundamentados no desenvolvimento das habilidades e competências delineadas.

Na etapa de produção dos módulos do curso, foi realizado um processo de chamamento público pela SBMFC para contratação de especialistas Médicos de Família e Comunidade que pudessem contribuir com conhecimentos técnicos e pedagógicos, alinhados aos objetivos de aprendizagem. Optou-se por abrir chamada pública para interessados, com título de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado ou doutorado), e experiência com cursos EaD. Preferencialmente, esses apoiadores deveriam estar na mesma localidade das IES que acompanhariam, facilitando o diálogo com os responsáveis pela elaboração dos materiais do curso.

Quadro 1. Matriz curricular do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Eixos	Nº de módulos	Carga horária	Semanas
Eixo 1 – Princípios e Fundamentos do SUS e da Atenção Primária a Saúde	3	45	6
Eixo 2 – Ferramentas da Medicina de Família e Comunidade	4	135	16
Eixo 3 – Cuidado a Grupos Populacionais Específicos e Situações Especiais	4	90	12
Eixo 4 – Atenção à Saúde	13	315	42
Eixo 5 – Cuidado a Grupos Populacionais Específicos e Situações Especiais	4	60	8
Eixo 6 – Procedimentos e Organizações Específicas do Cuidado	4	90	12
Eixo Transversal – Metodologia de Trabalho de Conclusão de Curso	1	45	6 (Transversal)
Módulos Eletivos	1	120	94 (Transversal)
Atividades Complementares Presenciais	1	480	12 (Transversal)
Total	35	1.380	102

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

A contribuição desses profissionais foi essencial para alinhar as competências da matriz de referência com os objetivos de aprendizagem dos módulos e as temáticas abordadas. Isso garantiu que as habilidades e os conhecimentos necessários fossem claramente definidos e alcançados pelos estudantes. Além disso, promoveu a articulação entre o material do curso e a prática vivenciada por Médicos de Família e Comunidade (MFC) na assistência.

Dada a complexidade do projeto, devido ao grande número de atores envolvidos e a necessidade de assegurar a qualidade, a relevância e a coerência entre os recursos educacionais a serem desenvolvidos e os objetivos de aprendizagem propostos, estabeleceu-se um fluxo de produção a ser adotado pelas IES e demais equipes responsáveis pelo desenvolvimento dos módulos (conforme ilustrado na Figura 1).

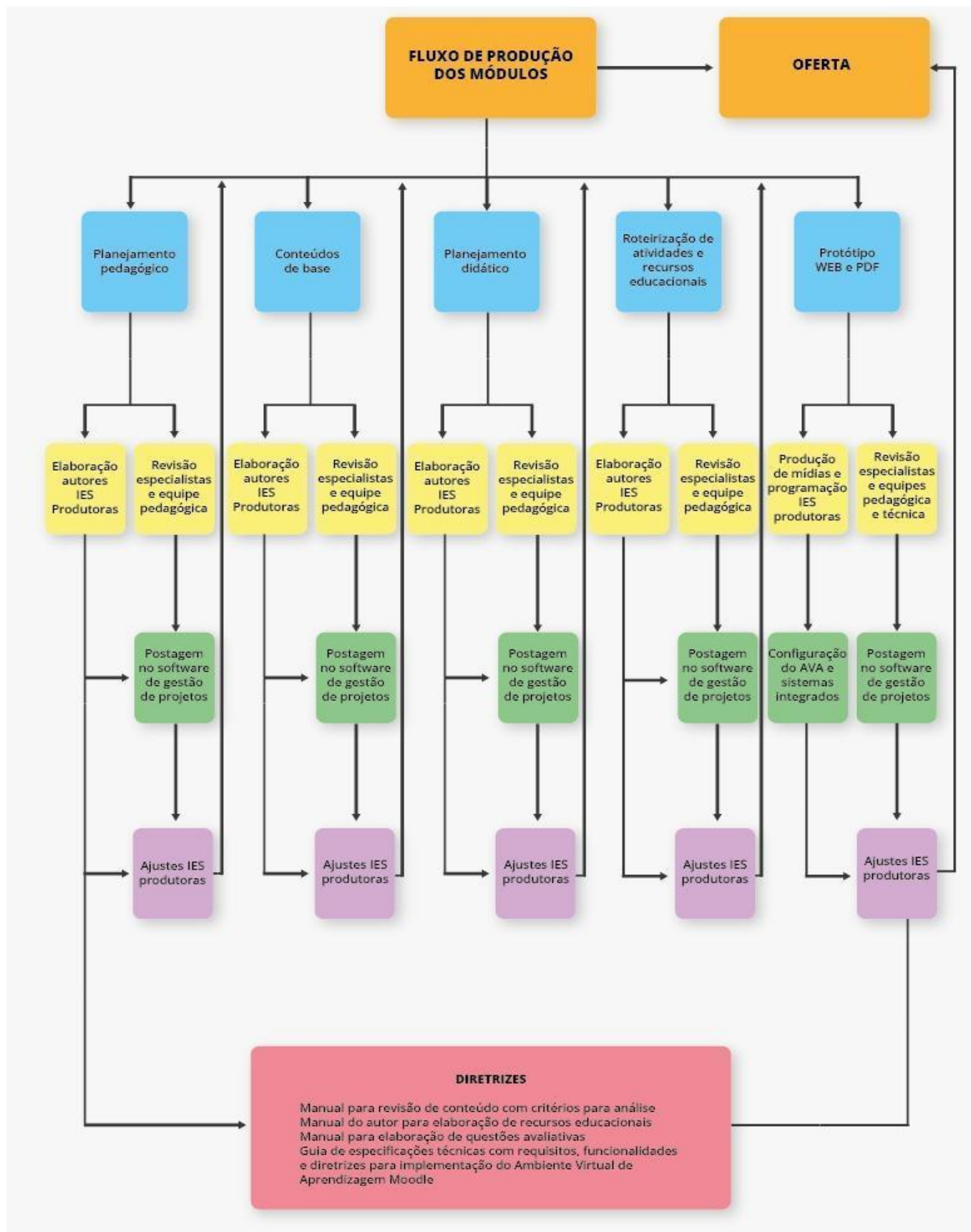
Considerando a tendência mundial de desenvolvimento de novas modelagens de ensino-aprendizagem e de avaliações com melhor mensuração de performance no desenvolvimento de competências pelo profissional estudante, o projeto se dedicou a construir soluções que mesclassem metodologias já consagradas com inovações, considerando a formação em massa desse público específico.¹¹

Ressalta-se que, para atender às especificidades do projeto e da formação que se propõe, optou-se por uma composição híbrida de metodologias ativas¹² unindo as vantagens das metodologias dedutivas e indutivas. São elas: a linha condutora de experimentação prática, linha condutora de compreensão e aprofundamento epistemológico e, para finalizar o processo de aprendizagem híbrida ativa, uma linha de proposição de intervenção na realidade profissional. Dessa forma, todos os módulos incidiram sobre atividades de aplicação prática do conteúdo, associadas às teorias estudadas e às informações coletadas da própria realidade cotidiana do profissional estudante,¹³ e ao final, a elaboração de um projeto de intervenção como trabalho de conclusão de curso.

Em 2022, foi finalizada a produção dos eixos iniciais e os módulos foram configurados no ambiente virtual de aprendizagem *Moodle* e disponibilizados para as IES iniciarem os procedimentos necessários à oferta do curso aos estudantes do programa de provimento. Tendo em vista a importância do monitoramento e avaliação do processo educacional, foi estruturada uma matriz avaliativa, em formato de pesquisa, que está sendo aplicada com os atores envolvidos (tutores e estudantes) para levantamento de evidências que poderão ser utilizadas na reflexão sobre o percurso pedagógico e de formação.

A distribuição das vagas está apresentada no Quadro 2. Vale a pena destacar que não houve critérios para a distribuição dos especializandos por IES, ou seja, os médicos foram inseridos de acordo com o ingresso no Programa e conformação das ofertas pelas Universidades.

Desde 2011, o Brasil tem desenvolvido políticas nacionais voltadas para provimento, fixação e capacitação de médicos para a APS^{3,14-16} com mudanças significativas na forma de treinamento, supervisão, contratualização e remuneração dos médicos de família. Para garantir que os médicos formados sejam capazes de prover cuidados em saúde de qualidade, o Ministério da Saúde, junto à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), vem ofertando cursos de especialização na área de atenção básica e saúde indígena desde o início dos programas de provimento, porém, em 2019, com o lançamento do Programa Médicos pelo Brasil, foi solicitado ao Sistema UNA-SUS o desenvolvimento de um curso de formação de dois anos de duração, combinando formação em serviço, supervisão por tutores experientes e utilização de ferramentas de EaD. Este curso, chamado de Pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, teve sua implementação em meados de 2022 e vem se aprimorando, compreendendo hoje a principal iniciativa de capacitação de médicos da APS em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Figura 1. Fluxo de produção dos módulos.

Quadro 2. Médicos matriculados no curso distribuído pelas instituições ofertantes.

Rótulos de linha	Soma total de matrículas
Fiocruz/MS	1.400
UFMA	1.228
UFMG	1.299
UFSC	1.442
Total Geral	5.369

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

O curso teórico de formação é ofertado na modalidade a distância, por meio de um ambiente virtual de aprendizagem, envolvendo instituições participantes do Sistema UNA-SUS. Ele conta com a supervisão de médicos de família mais experientes, chamados de tutores/facilitadores acadêmicos, responsáveis por orientar os alunos nas atividades do curso, incentivar a participação e a troca de ideias dentro dos fóruns de discussão, supervisionar a participação dos alunos nas atividades e fornecer avaliação rotineira sobre o desempenho do aluno nas atividades *online*. Esse curso possui um total de 1.440 horas divididas em 795 horas de formação mediadas por tecnologia, sendo 120 horas para disciplinas eletivas, 45 horas de trabalho e supervisão para desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso e 480 horas de tutoria presencial.

De forma geral, a carga horária total do curso exige uma dedicação contínua diferenciada para a execução plena dos objetivos pedagógicos. No entanto, quando se distribui essa carga horária entre os dois anos do curso, tem-se 56 horas de estudo por mês, ou seja, duas horas por dia, demonstrando que é algo factível para o estudante médico, se houver planejamento e gestão do tempo. De acordo com Soares *et al.*,¹⁷ a gestão do tempo é uma ferramenta necessária para superar a procrastinação e realizar de forma efetiva as tarefas propostas no processo pedagógico. Por outro lado, a falta de gestão pode desequilibrar as atividades do estudante em um curso, aumentando o número de tarefas e provocando estresse e desinteresse. Por isso, durante o percurso de aprendizagem, as instituições devem orientar os tutores a trabalharem com os estudantes a gestão do tempo para realização das atividades do curso.

Os bolsistas que atuam no Programa Médicos pelo Brasil são selecionados por meio de processo seletivo, devendo ser médicos graduados em escolas médicas brasileiras ou estrangeiras após revalidação do diploma. Eles devem cumprir uma rotina de 40 horas de trabalho clínico em Equipes de Saúde da Família, sempre em unidades de saúde baseadas na comunidade, atendendo às diversas demandas clínicas que se apresentam no ambulatório e em visitas domiciliares, realizando atividades de planejamento e gestão da clínica, cuidados preventivos e atividades de educação em saúde junto à comunidade. Além das 40 horas assistenciais, os bolsistas devem realizar 20 horas semanais para as atividades formativas, sendo o curso de Medicina de Família e Comunidade uma das atividades obrigatórias do Programa.

Na esteira do movimento criado em 1978 pela declaração de Alma-Ata,¹⁸ o Brasil destaca-se como um exemplo de sucesso pelos avanços obtidos nas últimas duas décadas no fortalecimento de políticas públicas e na expansão de serviços de APS. Com criação em 1994 e sua subsequente expansão, a Estratégia de Saúde da Família¹⁹ vem promovendo melhorias significativas à saúde da população.^{20,21} Este programa estrutura, financia e operacionaliza a criação e o trabalho de Equipes de Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros.²² Estas possuem um médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade), um enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família), um auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde prestando

cuidados primários de saúde abrangentes para uma população de 4.000 pessoas que vivem em uma área geográfica adscrita. Com a expansão da cobertura da população assistida pela ESF, surge a necessidade de garantir recursos humanos capacitados para prover cuidados acessíveis, abrangentes e centrados na pessoa e de qualidade.

Além das atividades rotineiras junto às ESFs, ao longo dos dois anos de formação os profissionais estudantes realizam 12 semanas de tutoria clínica, que pode ocorrer presencialmente na unidade de saúde de atuação do tutor clínico ou remotamente. Esses 12 encontros são distribuídos ao longo dos dois anos de formação, sendo idealmente três a cada semestre letivo e com um intervalo de sete semanas entre os encontros. Além dos atendimentos ambulatoriais e de visitas domiciliares, o bolsista estará exposto a momentos de observação direta¹⁸ e observação reversa¹⁹ (modelagem) de consultas,²⁰ discussão de casos clínicos²³ e estudos dirigidos a problemas clínicos críticos para a prática na APS, e deverá, a cada semestre,²⁴ ser avaliado por seu tutor clínico quanto ao seu desempenho profissional e²⁵ aplicar um Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.

O tutor clínico tem papel crucial na formação dos profissionais estudantes, seja supervisionando e orientando a prática clínica, seja avaliando e dando devolutivas sobre seu desempenho. As avaliações foram elaboradas para fornecer uma visão abrangente sobre a prática do profissional estudante, focando no desempenho na condução de consultas ambulatoriais, avaliado através do instrumento *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-Cex);¹⁸ no desempenho acadêmico, ao realizar um estudo de caso clínico de forma aprofundada, avaliado através do estudo dirigido à prática;¹⁹ e no seu desempenho profissional global, avaliado através do instrumento de Avaliação de Desempenho das Atividades Presenciais.²⁰ Este último instrumento foi elaborado tomando por base teórica a Matriz Brasileira de Competências em Medicina de Família e Comunidade,²⁶ o Currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade²⁷ e as definições canadense (CanMEDS-FM 2017)²⁸ e europeia (Agenda Educacional EURACT)²⁹ de Medicina de Família e Comunidade. Através destes três instrumentos de avaliação, esperamos que o profissional estudante possa receber uma avaliação abrangente, justa e útil sobre a sua evolução profissional, sem sobrecarregar o tutor clínico para além das suas tarefas clínicas diárias.

Nesta proposta os recursos humanos para a saúde são qualificados, distribuídos universalmente, em quantidade suficiente, amparados por estruturas de apoio e capacitação continuada e adequadamente remunerados para promover o desenvolvimento da APS.³⁰ Possuir recursos humanos que contemplem todos esses predicados quase nenhum país no mundo atual consegue. No Brasil, em especial no que se refere aos serviços públicos de atenção primária, infelizmente esse assunto ainda é um problema crítico, pois há escassez de médicos treinados em programas de residência, e ainda persistem a má distribuição geográfica e a alta rotatividade de profissionais.³¹

Os Cursos de Especialização ofertados anteriormente aos médicos participantes dos programas de provimento do Ministério da Saúde, oferecidos por instituições de ensino vinculadas ao Sistema UNA-SUS, foram produzidos e ofertados de distintas formas aos médicos participantes e não apresentavam em sua estrutura curricular oportunidades de aprendizagem em temas clínicos condizentes com as necessidades de formação de médicos atuantes na atenção primária. Um destaque para o curso de especialização em medicina de família e comunidade é o ineditismo de um curso único, possibilitando uma mesma experiência de aprendizagem a todos os médicos participantes.³² Vale ressaltar que, neste novo curso, os 13 módulos do eixo 4 abordam temas exclusivamente clínicos, totalizando 315 horas produzidas a partir de competências universalmente aceitas para médicos de família e comunidade.

São desafios da transformação do Programa em política de Estado, frente a instabilidades políticas, tornar a formação de médicos de família (e outros profissionais) parte da agenda diária de trabalho, bem como capacitar os tutores, desenvolvendo competências para a docência; aumentar a quantidade de horas de tutoria clínica presencial até chegar ao formato empregado nos programas de residência médica, com tutores atuando e compartilhando o mesmo espaço de trabalho com os residentes/profissionais estudantes, tornando mais próxima a relação tutor-estudante e propiciando mais momentos de ensino e oportunidades de discussão e de aprendizado; e mensurar os impactos dessa formação na qualidade e resolutividade assistencial e no melhoramento dos indicadores assistenciais de saúde.

Mesmo em curso da primeira turma a ser formada – o que faz postergar a avaliação do impacto na saúde pública e na formação médica –, a produção e oferta deste Curso de Pós-graduação são uma demonstração de avanço das políticas públicas brasileiras rumo ao fortalecimento da APS.

Ao longo dos próximos anos será necessário monitorar e avaliar o Programa tanto sob a ótica da educação médica, analisando como este está ajudando no desenvolvimento de competências necessárias para a prática médica no Brasil, quanto na evolução da modelagem de ensino médico no país, sob a ótica da saúde pública, medindo seu impacto em indicadores populacionais e na qualidade do cuidado em saúde prestado à população.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AFL: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. PZML: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. RLBL: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. SSBL: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ENN: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Barros FPC, André CU, Evangelista MJO, Ferrinho PLGM. De Alma-Ata a Astana: A trajetória dos cuidados primários de saúde nos estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – O caso do Brasil [Internet]. Brasília: CONASS; 2022 [acessado em 22 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2022/03/L9-Cap3.pdf>
2. Lawall PZM, Pereira AMM, Oliveira JM, Gasque KCS. A preceptorial médica em medicina de família e comunidade: uma proposta dialógica com a andragogia. *Rev Bras Educ Med* 2023;47(1):e15. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220058>
3. Wollmann L, D'Avila OP, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2346. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2346](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2346)
4. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(5):1751-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>
5. Santos CMJ, Andrade SZD, Wollmann L, Frade FVCC, Andreato NSA, Silveira Junior RR, et al. Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2023;28(11):3273-9. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.00072023>

6. Anderson MIP, Savassi LCM. 45 anos de Medicina de Família e Comunidade e 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;16(1):7-17. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(1\)3244](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(1)3244)
7. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *RPE* 2021;17(48):60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
8. Dias AMI, Therrien J, Farias IMS. As áreas da educação e de ensino na Capes: Identidade, tensões e diálogos. *Rev Educ Emanc.* 2017;10(1):34-57. <https://doi.org/10.18764/2358-4319.v10n1p34-57>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União.* 2016 maio 24;(seção 1):44-6.
10. SBMFC divulga Currículo Baseado em Competências [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015 [acessado em 6 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>
11. Yazbeck DCM, Azevedo LL, Siqueira MRL, Menezes VM. Novos Rumos para a Educação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2000;24(2):26-30. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v24.2-005>
12. Bacich L, Moran J. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática.* São Paulo: Editora Penso; 2017. 260 p.
13. Nichols M, Cator K, Torres M. *Challenge Based Learner User Guide.* Redwood City, CA: Digital Promise; 2016.
14. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União.*
15. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2013 out. 23.
16. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 2019 (Programa Médicos pelo Brasil). Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Comissão Mista da Medida Provisória nº 890; 2019.
17. Soares AB, Alves PRSS, Jardim MEM, Medeiros CAC, Ribeiro R. A gestão do tempo na rotina universitária: resultados de uma intervenção. *CienciasPsi* 2023;17(2):e-2845. <https://doi.org/10.22235/cp.v17i2.2845>
18. World Health Organization - WHO. Declaration of Alma-Ata [Internet]. WHO; 1978. [acessado em 22 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>
19. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community- Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015;372(23):2177-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
20. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions in Amenable Mortality Associated with Brazil's Primary Care Expansion and Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)* 2017;36(1):149-58. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966>
21. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017;14(5):e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 34 p.
23. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* 2010;126(3):e534-40. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3197>
24. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(8):e0182336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>
25. Macinko J, de Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med.* 2007;65(10):2070-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>
26. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2019 [acessado em 14 out. 2022]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. SBMFC; 2014 [acessado em 27 fev. 2020]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Currículo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Currículo Baseado em Competencias(1).pdf)
28. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, editors. *CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum.* [Internet]. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada; 2017 [acessado em 27 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Medical-Education/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf>
29. European Academy of Teachers in General Practice - EURACT. *The European Definition of General Practice/Family Medicine* [Internet]. 2011 [acessado em 1º jan. 2020]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/69dc3969-4c7f-4387-9ade-23845452bb03/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011%20%281%29.pdf>

30. World Health Organization - WHO. United Nations Children's Fund - UNICEF. Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. Geneva; 2020.
31. Scheffer M, coordinator. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018.
32. Lemos AF, Campos FE, Brito PQ, Nascimento EN, Oliveira VA. O desafio da oferta de cursos de especialização em atenção básica da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde aos profissionais dos programas de provimento. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(1):136-46. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180087>