

Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família

Physicians' reflections on the personal learning process and the significance of distance learning in family health

Elaine Thumé¹
 Louriele Soares Wachs¹
 Mariangela Uhlmann Soares¹
 Marcia Regina Cubas²
 Maria Elizabeth Gastal Fassa¹
 Elaine Tomasi³
 Anaclaudia Gastal Fassa³
 Luiz Augusto Facchini³

Abstract *The scope of the article is to present the reflections of professionals from the Mais Médicos Program (More Doctors Program) on the significance of the specialization course in Family Health in terms of professional practice and learning the most important concepts. This is an empirically based qualitative study on the statements recorded in the “Critical reflection on their personal learning process” of the final work of the specialization course at the Federal University of Pelotas. For textual analysis, 101 reports were randomly selected from a total of 1,011 reports completed in seven states of the North, North-east and South of Brazil from June to December 2015. The initial barriers were overcome with tutor support and team integration, with emphasis on teaching tools for the improvement of clinical practice and strategic organization of work and greater understanding of the public health system. Fostering the learning of the Portuguese language and the exchange of experience in the forums were considered valuable positive aspects. Despite the difficulty in Internet access in some municipalities it reaffirmed the central role of ongoing education and the viability of the problem-solving methodology, even from a distance.*

Key words *Mais Médicos Program, Distance learning, Primary health care, Ongoing education*

Resumo *O artigo objetiva apresentar as reflexões dos profissionais do Programa Mais Médicos sobre o significado do curso de especialização em Saúde da Família, para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa tendo como base empírica os depoimentos registrados no item “Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem” dos trabalhos de conclusão do curso de especialização da Universidade Federal de Pelotas. Para análise textual foram selecionados aleatoriamente 101 relatos de um total de 1.011 trabalhos concluídos de junho a dezembro de 2015, em sete estados das regiões norte, nordeste e sul. As barreiras iniciais foram vencidas com o apoio dos orientadores e integração da equipe, com destaque às ferramentas de ensino para o aprimoramento da prática clínica e organização estratégica do trabalho, além de maior compreensão sobre o sistema de saúde público. O reforço no aprendizado da língua portuguesa e a troca de experiência nos fóruns foram considerados aspectos positivos valiosos. Apesar da dificuldade no acesso à Internet em alguns municípios, foi reafirmado o papel central da educação permanente e a viabilidade da metodologia da problematização, mesmo a distância.*

Palavras-chave *Programa Mais Médicos, Educação à distância, Atenção Primária à Saúde, Educação permanente*

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Av. Duque de Caxias 250, Fragata. 96030-002 Pelotas RS Brasil. elainethume@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba PR Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, UFPel. Pelotas RS Brasil.

Introdução

A insuficiência de trabalhadores de saúde atinge mais de um quarto dos países do mundo, projetando a necessidade de quatro milhões de novos profissionais para enfrentar a escassez de força de trabalho que acomete os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento¹.

No Brasil, a carência de médicos e sua distribuição desigual no país, agravada pela inadequação do perfil de formação às necessidades de saúde da população, dificultam a operacionalização da estratégia Saúde da Família (ESF) considerada fundamental para expansão e consolidação da atenção básica². O país tem disponibilidade de apenas 1,8 médicos por mil habitantes, índice menor do que Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4,0). A Política Nacional da Atenção Básica reafirma o importante papel de coordenação do cuidado esperado da atenção básica de modo a ordenar as redes de atenção³.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi instituído com a finalidade de garantir o provimento de médicos em localidades carentes de profissionais e também, investir na formação de médicos na área de atenção básica, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional⁴. De forma a atender esta expectativa foram realizadas parcerias entre a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

O projeto pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) está baseado na metodologia da problematização, aplicável à boa prática profissional da saúde da família e à busca ativa do conhecimento, superando a tradicional transmissão de informação e dando ênfase aos campos da saúde coletiva e da prática clínica com foco sistêmico e holístico na realidade cotidiana da atenção primária à saúde (APS)⁵. A aprendizagem é centrada no aluno, valorizando a autonomia e o desenvolvimento de liderança. Cada especializando conta com um espaço exclusivo de diálogo com seu orientador sobre o desenvolvimento da intervenção e elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Também os fóruns, frequentados por alunos e orientadores para compartilhar as descobertas, dúvidas e comentar situações de seu cotidiano, estimulam o aprendizado de forma coletiva.

Na proposta pedagógica é solicitado aos médicos que realizem a análise situacional da Uni-

dade Básica de Saúde (UBS) na qual está lotado. Esta servirá à construção do projeto de intervenção, com foco na melhoria da cobertura e da qualidade de uma das ações programáticas – pré-natal e puerpério, prevenção de câncer de colo de útero e mama, saúde da criança, hipertensão e/ou diabetes e saúde do idoso⁵.

A intervenção, com duração de doze semanas, envolve ações de qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação. É estimulada a participação da equipe e também o envolvimento da população e da gestão municipal. O TCC é o resultado do conjunto das atividades realizadas durante a especialização acrescida de uma reflexão sobre o processo de aprendizagem, uma carta aos gestores e outra para a comunidade explicando a intervenção realizada e seus resultados. A apresentação do TCC e sua defesa são as únicas atividades presenciais do curso que, para as demais, utiliza espaços virtuais com orientação semanal das atividades, de forma assíncrona⁵.

O artigo objetiva apresentar as reflexões sobre o significado do curso e o processo de aprendizado dos profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) vivenciado durante o curso de especialização em Saúde da Família, modalidade a distância. A publicação valoriza a formação no PMM, do ponto de vista dos alunos, do olhar criterioso de quem viveu uma experiência de educação permanente fortemente vinculada à sua aplicabilidade ao cotidiano dos serviços.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa realizado com médicos vinculados ao Programa Mais Médicos que concluíram a especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas na modalidade a distância. Até dezembro de 2015 um total de 1.011 médicos concluiu a especialização e a maioria das intervenções realizadas teve foco no cuidado de indivíduos com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes (n = 433; 44,2%), seguido das ações na área do pré-natal e puerpério (n = 176; 18,0%), prevenção do câncer de colo de útero e mama (n = 149; 15,2%), saúde do idoso (n = 119; 12,2%) e saúde da criança (n = 102; 10,4%)⁶.

Com relação à distribuição, 41,6% estavam lotados no estado do Rio Grande do Sul, 12,5% no Rio Grande do Norte, 17,0% no Piauí, 7,9% no Amazonas, 7,7% no Amapá, 7,3% no Acre e 5,6% em Roraima (Figura 1).

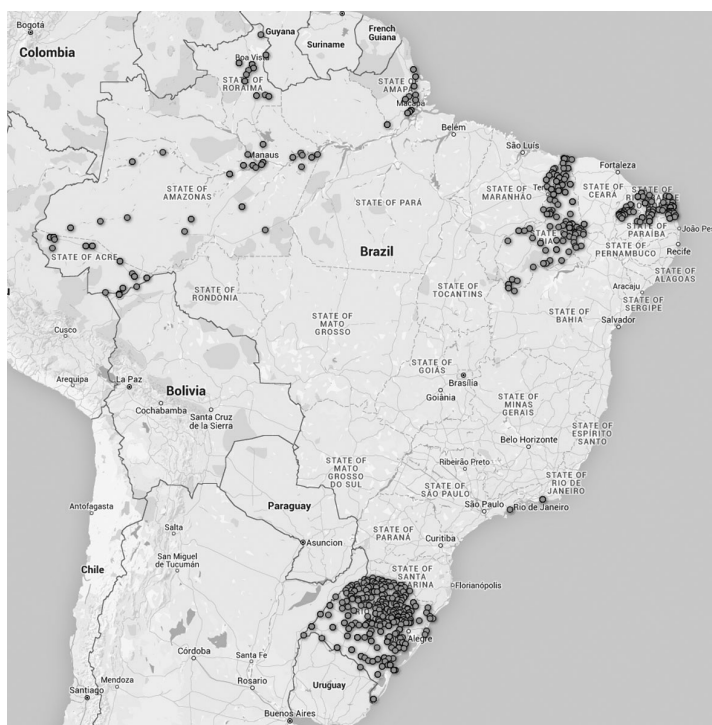


Figura 1. Distribuição dos estados e municípios com alunos da especialização em saúde da família para o PMM. Una-SUS - UFPel, 2016.

Fonte: UNASUS-UFPel.

Foram utilizados, como base empírica, textos contidos no item “Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem”, o qual compõe o volume final do TCC. Neste item era solicitada uma reflexão sobre os aprendizados mais relevantes no decorrer da especialização e o significado do curso para a prática profissional.

Os textos foram selecionados e analisados no período de fevereiro a março de 2016. Os TCC foram ordenados por estado e ação programática da intervenção, e por meio de um pulo sistemático, escolhidos 10% dos trabalhos ($n = 101$), correspondendo a três turmas do curso de especialização. Os textos reflexivos foram identificados com letra e número em ordem sequencial (M1, M2, M3...). O *corpus* de análise foi oriundo de reflexões textualizadas por 51 mulheres e 50 homens, distribuídos nos estados do Rio Grande do Sul ($n = 41$), Piauí ($n = 18$), Rio Grande do Norte ($n = 13$), Amapá ($n = 8$), Amazonas ($n = 8$), Acre ($n = 7$) e Roraima ($n = 6$). A maioria dos médicos era de nacionalidade cubana ($n = 80$), seguidos de brasileiros ($n = 11$), argentinos ($n = 2$), venezuelanos ($n = 2$) e um profissional de cada um

dos seguintes países: Bolívia, Uruguai, Nigéria, Colômbia, República Dominicana e Honduras.

Para a análise textual, foi estabelecida uma sequência de três componentes: a unitarização, correspondente a desconstrução frasal dos textos do *corpus* de análise; a categorização, correspondente ao estabelecimento de relações entre os elementos unitários; e a captação do emergente, correspondente à nova compreensão comunicada e validada⁷.

A unitarização foi realizada por três investigadores, de forma independente; a categorização e a captação do emergente foram realizadas por meio do consenso entre os mesmos investigadores. As unidades de análise foram previamente selecionadas a partir do objetivo da reflexão - “Aprendizado pessoal” e “Significado do curso”. Foram captadas unidades de significado/sentido emergentes relacionadas com: a) novidade do método de educação a distância; b) estratégias de apoio à aprendizagem que possibilitaram avanço no conhecimento da clínica, no planejamento estratégico e da compreensão dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; c) barreiras

iniciais à proposta, com superação após exposição ao curso; d) importância do apoio dos orientadores e do trabalho em equipe; e) dificuldades enfrentadas; f) ganhos socioculturais.

O projeto matriz da especialização em saúde da família foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina. Foi obtida a autorização dos alunos para o uso dos textos reflexivos.

Resultados e Discussão

Os textos reflexivos indicaram que a realização do curso com metodologia de educação a distância representou uma nova maneira de aprender. A exposição a uma metodologia de educação a distância foi *uma experiência completamente nova [...] processos diferentes aos que estava acostumado* (M73) e com a vantagem da *flexibilidade de horário permitindo organizar o tempo de acordo as nossas necessidades, podendo assim cumprir com meu trabalho e compromissos e acessar em tempo disponível* (M5). Também reconheceram a melhoria no acesso à educação permanente e a superação de limites geográficos onde *tudo pode ser realizado e os conhecimentos podem chegar até os lugares mais distantes* (M10).

A literatura destaca como vantagens da educação a distância a facilidade no acesso ao aperfeiçoamento e consequente qualificação profissional, principalmente aos profissionais lotados no interior dos estados distantes dos grandes centros, além da possibilidade de escolha do melhor momento para estudar^{8,9}.

Os depoimentos enfatizaram que *as atividades ofereceram as ferramentas necessárias para um melhor atendimento dos usuários e o planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde* (M94). O curso disponibilizou questionários, planilhas, calculadoras, testes, casos clínicos, escalas e fórum, desta forma *o aluno dispõe de múltiplas e diferenciadas informações para sua aprendizagem* (M6). A utilidade prática dos materiais disponibilizados no decorrer do curso foi registrada e também enfatizada a importância dos *estudos de casos clínicos e as revisões de temas para a atualização de muitas doenças* (M10), *tem caráter prático e aplicado porque permitiu, com os casos interativos, conhecer o manejo das doenças no Brasil* (M6). Serviram também para *revisar temáticas importantes que me deparei no dia a dia no atendimento clínico da unidade* (M40).

Os fóruns foram reconhecidos como uma estratégia de troca de conhecimento clínico e experiências vividas nos diferentes estados brasileiros,

sendo considerada *a melhor forma de interagir com os demais estudantes e orientadores da Universidade, através dos casos clínicos e tarefas semanais, o que me ajudou a aprofundar no atendimento na Estratégia de Saúde da Família* (M14). Ao trabalhar com estratégias de ensino-aprendizado há destaque aos fóruns, pois possibilitam uma aprendizagem sobre a interação humana, constituindo-se numa oportunidade para aprender a ouvir, a receber e a assimilar críticas¹⁰.

Ter realizado o curso representou maior segurança na prática clínica e a possibilidade de *uma visão totalmente diferente em relação ao trabalho na Atenção Básica, pois aprendi a trabalhar seguindo protocolos estabelecidos para o atendimento* (M33). O uso de protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos grupos prioritários pode auxiliar na coordenação e na redução da variedade das condutas. Em 2002 seu uso foi investigado em dez centros urbanos no país e foi verificado que em apenas três municípios a utilização de protocolos era uma preocupação dos gestores locais (Vitória da Conquista, Vitória e Aracaju)¹¹. Em 2005, foi avaliado o uso de protocolos pelas equipes de atenção básica e observado maior proporção no uso pelas equipes da Saúde da Família quando comparadas às equipes das UBS Tradicionais, principalmente para os cuidados domiciliares. Os protocolos para atenção a morbidades crônicas (hipertensão e diabetes) e a saúde materno-infantil não eram utilizados por um quarto das equipes¹².

De acordo com os depoimentos, o uso de protocolo auxiliou a *superar meu medo de me equivocar* (M21), ajudando assim, *a melhorar o meu trabalho na assistência prestada a diversas patologias vivenciadas de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde* (M76).

A partir da análise situacional proposta como tarefa das semanas iniciais foi oportunizado *conhecer a realidade brasileira e, principalmente da comunidade, permitindo estabelecer estratégias de intervenção e avaliar o impacto destas ações para a população, para a equipe e também para a comunidade* (M13). O diagnóstico situacional como base para o planejamento foi considerado fundamental para priorizar problemas nos serviços, carências na oferta e necessidades de saúde da população. Os médicos referiram ter aprendido mais habilidades *utilizando o método clínico, epidemiológico, aplicando os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, na prática diária, favorecendo assim a organização do processo de trabalho em relação ao cuidado e a decisões de condutas* (M30).

A utilização do planejamento estratégico como fundamento essencial na organização do trabalho em saúde, inclusive no âmbito dos serviços, tem sido valorizada na saúde coletiva latino-americana¹³. A proposta metodológica e os materiais educativos estimularam a autonomia dos profissionais na organização do trabalho na APS ao proporcionar uma visão completa do processo de trabalho e reforçaram *que as ações em saúde devem ser planejadas começando com o diagnóstico e a identificação dos problemas próprios da comunidade, elaboração do plano de ação e cronograma de atividades até o monitoramento e avaliação das ações* (M70). Desta forma, *as ações serão direcionadas às necessidades da população, para que promovamos um profundo impacto no processo saúde-doença da população adstrita* (M70).

Considerando a maioria de médicos do Programa oriundos de outros países, principalmente de Cuba, realizar a formação a distância foi uma possibilidade de conhecer *sobre os princípios do SUS, os direitos e deveres dos usuários [...] a problemática deste Sistema de Saúde e as deficiências em nossas UBS, a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos* (M22).

A responsabilidade com a proposta de fortalecer a atenção primária à saúde também foi explicitada e *desde que cheguei ao Brasil o meu principal objetivo foi melhorar o estado de saúde da população brasileira que tão gentilmente me acolheu e tem me acolhido de maneira muito especial* (M82).

O enfoque melhorou o entendimento da organização do sistema de saúde nacional e do papel do controle social com *a participação da comunidade nas atividades da unidade, facilitando a inter-relação com a população e a liderança do bairro* (M1). Nota-se a iniciativa de realizar parcerias com comerciantes e entidades locais *na procura de soluções na melhora da qualidade de vida dos usuários, promovendo a participação ativa da comunidade, aderindo novas atividades que antes não eram desenvolvidas na unidade* (M5).

O processo de aprendizado significou a superação de barreiras sobre a proposta de educação permanente vinculada ao Programa Mais Médicos – *no início confesso ter sido muito difícil aceitar e chegar a compreender a importância que este Curso de Especialização representava para mim e para o resto de meus colegas* (M43). Havia o entendimento de que *o conteúdo seria desnecessário para meu aprendizado* (M21) e *que não me ia con-*

tribuir absolutamente nada (M43) principalmente se considerando o tempo de graduação e de trabalho, pois *já era um especialista em Atenção Primária à Saúde com mais de 20 anos de experiência e trabalho em outros três países* (M43).

A exposição ao longo do curso possibilitou a modificação da opinião inicial quando *percebi que tinha muito a aprender e que tinha muitas lacunas a serem preenchidas* (M21) com destaque para o reconhecimento de que *o Brasil tem sido outra escola em meu caminho pela vida, tem fortalecido meus conhecimentos médicos, enriquecido minha experiência profissional e me fez melhor ser humano* (M43). Ao final do processo mesmo aqueles com larga experiência, reconheceram a importância da proposta como uma oportunidade de agregar novos conhecimentos, processo facilitado pela atenção individualizada *dos meus orientadores que foram peça chave para a conclusão do curso* (M2).

A motivação dos orientadores significou a possibilidade de superação dos problemas considerando que *eles estiveram presentes em cada momento levando a gente pelo caminho certo* (M27). Houve momentos de desânimo onde *realmente achei impossível a realização da especialização, no entanto, junto ao apoio da orientadora e muito esforço foi possível concluir com o propósito* (M17).

O sentimento inicial de isolamento dos médicos pode ser superado pelo resgate do trabalho em equipe considerando que *no início não existia união da equipe, não tínhamos comunicação* (M22). O reconhecimento e a valorização da equipe podem ser considerados importante estratégia de modificação do cotidiano do trabalho e *ajudou a reorganizar o serviço na UBS, a mudar conceitos, até mudar jeitos de trabalho, assim valorar mais o trabalho da atenção básica em saúde* (M11). O decorrer do tempo significou a possibilidade da *equipe funcionar como uma verdadeira equipe, articulada e unida* (M25). A organização do trabalho em equipe possibilitou a oferta de *mais qualidade de vida para aqueles que buscam um ato de ajuda* (M8).

Além dos conhecimentos técnicos, a experiência também foi uma oportunidade de superação destacada ao referir que *estou muito contente, pois na verdade foram muitos os conhecimentos que adquiri, tanto clínicos quanto de gerenciamento, assim como melhoramento na língua portuguesa e informática* (M68).

O aprendizado da língua portuguesa e do conhecimento de informática foram ganhos secundários decorrentes do intercâmbio, associados à experiência em educação à distância e foram

enfaturados por seu valor universal. Para muitos médicos foi a primeira exposição à educação a distância e à língua portuguesa [...] *era a primeira vez que eu trabalho em português ... a redação é difícil mesmo de fazer em outro idioma. [...] como meu conhecimento da informática é mínimo também foi bem difícil* (M87).

Ter finalizado o curso de especialização proporcionou ganhos pessoais relacionados com a experiência cultural e social dos médicos além das contribuições conceituais e práticas sobre a ESF. Foi *uma experiência única [...] pude compreender além da literatura vivenciando a prática e percebo o quanto o médico e a equipe saúde da família são importantes para a comunidade* (M49). Houve ênfase à superação *já que quebramos a barreira da língua, da distância, das saudades para poder aumentar nosso conhecimento geral em outro país, costumes distintos, jeitos de pensar diferentes* (M10) [...]. A disposição de aprender foi uma característica importante com reflexos para a vida considerando que *essa é não só uma experiência profissional, mas de vida que levarei sempre comigo [...] me fez crescer como profissional e como pessoa* (M49).

Apesar da expansão da Internet no Brasil na última década¹⁴ foram recorrentes nos depoimentos as *sérias dificuldades com o sinal da internet, o que dificultava muito o acesso à universidade* (M47). Entretanto, em alguns casos esta limitação possibilitou [...] *manter maior proximidade com os gestores, os quais me apoiaram fornecendo a internet da Secretaria Municipal de Saúde* (M47). O problema *atrapalhou muito meu trabalho, e em certas ocasiões, me fez sentir mal e desanimado* (M14). Afetou mais os médicos das regiões Norte e Nordeste do país, mas também prejudicou profissionais de municípios do interior do RS e [...] *apesar de Manaus ser uma grande cidade, é a realidade que se vive na região Norte do país, que não se parece em nada com o Sul do Brasil* (M14).

O movimento migratório dos profissionais médicos não é uma atividade recente, entretanto mudou de direção nas últimas décadas e atualmente os países em desenvolvimento contribuem com um maior número de profissionais para suprir as carências tanto dos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Ao migrar, os profissionais são expostos às diversidades culturais e necessitam adequar-se aos sistemas locais de saúde, com suas potencialidades e limites¹⁵. Na migração temporária, como no caso do PMM, quando o país sede subsidia educação permanente aos médicos estrangeiros, pode contribuir para a melhoria geral de competências no país de origem¹⁵.

A oferta da especialização foi considerada a experiência necessária, pois *cada nação tem suas particularidades e seus protocolos de trabalho* (M14) e o processo de educação permanente significou uma oportunidade de *acrescentar muitas informações que serão compartilhadas em meu país* (M28) e apesar do tempo de formado *não acredito que por ser especialista em medicina familiar há mais de 15 anos, possa ter todo o conhecimento absoluto, onde não tenho nada a mais para incorporar no meu aprendizado* (M28).

Considerações Finais

A análise textual sobre o processo pessoal de aprendizagem vivenciado pelos profissionais permitiu observar que, apesar da obrigatoriedade de aperfeiçoamento³, ter participado da especialização significou superações e disposição à aprendizagem. Permitiu a ampliação do conhecimento sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o fortalecimento do trabalho das equipes e a melhoria da prática clínica.

Pode-se considerar que os objetivos expressos no projeto político-pedagógico do Curso foram alcançados através da metodologia da problematização com base na avaliação situacional. Foi estimulada a postura proativa dos médicos nos aspectos relacionados à organização e gestão dos serviços, ao monitoramento e avaliação, ao engajamento público e à qualificação da prática clínica.

A dificuldade na conexão com a Internet ainda é uma barreira a ser enfrentada na modalidade de educação a distância, principalmente nos municípios do interior e nos estados das regiões Norte e Nordeste. Apesar de assíncrono, o curso disponibilizava e solicitava envio de material com periodicidade semanal e no caso de dificuldade de acesso ao ambiente virtual há o risco de inviabilizar a proposta.

Os resultados alcançados com a formação de médicos na área da atenção básica mediante integração ensino-serviço reforçam a viabilidade do processo de educação a distância com intervenções centradas na melhoria da prática clínica, no planejamento e na avaliação. Apesar da grande escala, com mais de mil médicos formados, o processo personalizado, conectou pessoas, formou redes, encurtou distâncias e potencializou a troca de experiências, fortalecendo assim o sistema público de saúde.

O fato das reflexões críticas sobre o processo pessoal de aprendizagem fazer parte do volume

final do TCC pode ter influenciado positivamente os relatos e ser considerado um limitador nesta análise. Sugere-se que próximos estudos explorem as questões do significado do curso e do aprendizado do ponto de vista dos docentes, orientadores, gestores, equipe e comunidade, de modo a possibilitar o registro dos demais envolvidos com a proposta, seja de forma direta ou indireta.

Ainda que a conexão com a Internet possa ser um problema, a educação a distância mostrou ser uma importante estratégia para facilitar o acesso ao conhecimento e por este motivo necessita ser apoiada e estimulada. A experiência tornou possível o desenvolvimento de novas tecnologias no âmbito das instituições e instiga os docentes a oferecer formas alternativas e facilitadas de educação permanente.

Colaboradores

E Thumé contribuiu na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; LS Wachs e MU Soares na organização, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; MR Cubas na revisão crítica e organização dos dados; MEG Fassa, E Tomasi e AG Fassa na concepção, delineamento e revisão crítica; e LA Facchini na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Crisis. [Key messages] 2013. [acessado 2016 abr 22]. [cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
4. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui O Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
5. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Departamento de Medicina Social. *Especialização em Saúde da Família. Projeto Pedagógico*. Pelotas: UFPel; 2015.
6. Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. Especialização em Saúde da Família. Acervo de trabalhos de conclusão de curso. [acessado 2016 abr 16]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k>
7. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciênc Educ* 2003; 9(2):191-210.
8. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde À prática de profissionais da saúde. *Rev. ABCS Health Sci* 2015. 40(3):184-189
9. Pessoni A, Goulart E. Tecnologias e o ensino na área da saúde. *Rev. ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):270-275
10. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):780-788.
11. Escorel S, Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH, de Castro Maia Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.
12. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira VF, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(1):75-82.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1999.
14. Buys B. 20 anos da internet no Brasil: universalização do acesso em expansão. *Cien. Cult.* 2011; 63(3):6-9.
15. Forcier MB, Simoens S, Giufrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human resources for health* 2004; 2(1):12.

Artigo apresentado em 07/03/2016

Aprovado em 08/06/2016

Versão final apresentada em 10/06/2016