

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

GIANA DIESEL SEBASTIANY

**A “NECESSIDADE SOCIAL” DE UMA NOVA ESCOLA MÉDICA: ANÁLISE NO
CONTEXTO REGIONAL**

Santa Cruz do Sul

2015

Giana Diesel Sebastiany

**A “NECESSIDADE SOCIAL” DE UMA NOVA ESCOLA MÉDICA: ANÁLISE NO
CONTEXTO REGIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Virginia Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul

2015

Giana Diesel Sebastiany

**A “NECESSIDADE SOCIAL” DE UMA NOVA ESCOLA MÉDICA: ANÁLISE NO
CONTEXTO REGIONAL**

Esta tese foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

Dr.ª Silvia Virginia Coutinho Areosa

Professora Orientadora – UNISC

Dr.ª Virginia Elisabeta Etges

Professora Examinadora – UNISC

Dr.ª Cláudia Tirelli

Professora Examinadora – UNISC

Dr.ª Maria Clara Faria Costa Oliveira

Professora Examinadora – UMINHO

Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello

Professor Examinador – PUC/RS

Santa Cruz do Sul

2015

Para minha avó
Hulda Augusta Müller Sebastiany

AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar os agradecimentos de praxe em uma tese, gostaria de contar uma pequena história. Cresci numa família onde a maioria das pessoas dedicou ou dedica a sua vida à área da saúde, em especial à Medicina. E, mesmo eu, que fiz minha formação na área da educação, hoje percebo que posso ter tentado deixá-la de lado (quietinha!), mas ela nunca me deixou.

Muitas brincadeiras da minha infância se deram nas dependências do pequeno hospital mantido pela minha família: lá eu era “secretária”, “datilógrafa”, “especialista em canja de galinha coada”, “admiradora de bebês” e “admiradora de pessoas”. Meu pai, tios, primos e irmãos ainda circulam por aqueles corredores, modificados pelo tempo, mas que, para mim, sempre serão espaços de encantamento, de descobertas que faziam os meus olhos brilharem de contentamento frente à alegria de uma nova vida e de tristeza frente à fragilidade humana, num momento de despedida.

Fiz magistério no ensino médio e faculdade de Educação Especial/Deficiência Mental na Universidade Federal de Santa Maria. Coincidências ou arranjos do destino, no meu primeiro semestre, na disciplina de Estudos dos Problemas Brasileiros, apresentei um trabalho sobre a recém realizada 8ª Conferência Nacional de Saúde e os princípios embrionários do SUS. Segui estudando... Fiz um Curso de Especialização em Deficiência Mental (também na UFSM) e, depois, cursei Mestrado em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina.

Em 1997, iniciei como professora na Universidade de Santa Cruz do Sul, onde atuei e atuo nas licenciaturas e cursos de especialização. Entretanto, no ano de 2003, fui convidada a integrar a equipe da Reitoria da UNISC, na condição de Coordenadora Pedagógica. Em seguida, o destino prega a sua grande peça: eu precisaria auxiliar a desenvolver um projeto muito importante para a instituição, o qual unia educação e saúde - o projeto pedagógico de criação de um Curso de Medicina.

De lá para cá, ciência e história, estudos e memórias nunca mais me abandonaram e foram dando um sentido todo especial a minha trajetória profissional, até os dias de hoje, com a apresentação dessa tese.

Muitas vezes, lembrei-me do meu pai, Gilson, da dedicação e do respeito que sempre teve pela sua profissão e pelos seus pacientes, sem negligenciar os preciosos momentos dedicados a nós, sua família. Ele foi o primeiro especialista da “linhagem familiar dos médicos Sebastiany”, mas nunca se esqueceu do que aprendeu com seus pais e seus irmãos: um paciente não se restringe a uma parte enferma, ele é um todo. Casado há 45 anos com a minha mãe, Leni, talvez tenha aprendido com ela que “os olhos são os espelhos da alma”; e existem poucas pessoas no

mundo que entendem tanto de almas quanto a minha mãe. Assim, ao invés de dizer que o meu pai é um ótimo oftalmologista, prefiro dizer que ele é um “ótimo médico de olhos e de almas”.

Mas, antes dele, vieram os meus outros tios, “médicos especialistas em serviços gerais” (como o tio Narciso descreve em seu livro), que, assim como o meu avô, Adolpho (formado na década de 1930), dedicaram e dedicam suas vidas à arte e à ciência de conhecer pessoas, promover saúde e tratar doenças, com envolvimento e paixão.

Entretanto, foi somente durante o período em que cursei o Programa de Doutorado em Desenvolvimento Regional que percebi a importância de um jovem casal, descendentes de alemães que, nas décadas de 1930 e 1940, à pé, a cavalo, utilizando carroças e, finalmente, com o auxílio de um jipe, auxiliou a construir e delimitar uma região, a partir do conceito saúde. Uma região que não constava em mapas governamentais, que não contava com financiamentos, mas que formava uma rede de confiança e solidariedade incapaz de ser medida e resumida em números.

Lindas e emocionantes histórias eu ouvi diretamente da minha vó Hulda, enfermeira prática, parteira, auxiliar de cirurgia, administradora do hospital, mãe, avó, bisavó, vereadora, cidadã ou tantos outros papéis que assumiu durante a sua vida. Dizia-me ela (nas inúmeras noites que sentávamos bem juntinhas) que, muitas vezes, meu avô ficava no hospital cuidando dos pacientes e ela enfrentava qualquer estrada, com qualquer meio de transporte possível para chegar à casa das pessoas que dela precisavam.

A todos os que já partiram (meus avós paternos, maternos e tios) e aos que ainda estão comigo (pai, mãe, irmãos, sobrinhos, tios, primos e amigos) muito obrigada pelas vivências e lembranças que formaram os mais importantes nós na grande teia de conhecimentos e afetividade que procuro ampliar todos os dias.

A minha orientadora, Prof.^a Sílvia, o meu agradecimento por compreender a não linearidade da minha forma (des)organizada de compreender o mundo; a minha necessidade de lidar com o caos criativo que envolve a descoberta e a sua sincronia com a memória. Com todo o carinho e confiança no meu trabalho, ela foi capaz de me mostrar o que já dizia Nicolellis (VARELLA; NICOLELLIS; DIMENSTEIN, 2008, p. 34): “a ciência exige rigor, mas também [é] fundamental que o cientista não tenha receio de trabalhar a concepção de mundo que vislumbra, perseguindo os seus sonhos e quebrando dogmas”.

Meu agradecimento fraterno aos colegas da UNISC, do HSC e aos participantes da pesquisa; pessoas com vidas plenas de compromissos e afazeres, mas que se dedicaram a dialogar sobre as minhas dúvidas e angústias, durante a feitura da tese.

Agradeço em especial à Marília que sempre me diz as palavras certas, nos momentos certos! Sua amizade e incentivo foram fundamentais para a conclusão desse doutorado.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Andriano e ao Arthur por me ensinarem a lidar com os desafios do dia a dia, sem perder a amorosidade e a alegria de viver.

AS INDAGAÇÕES

A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas.

(Mário Quintana)

RESUMO

A presente tese apresenta um estudo sobre a necessidade social de novas escolas médicas no recorte regional. Contextualizamos a política de formação de recursos humanos para o SUS e sua materialização em uma determinada região do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Apontamos pressupostos e contradições nas argumentações das Instituições de Ensino Superior (IES), das entidades representativas da classe médica e do Governo Federal quanto à justificativa da necessidade social (ou não) de mais médicos para suprirem as vagas existentes em vários municípios brasileiros. Mostramos que, dependendo da criatividade de quem argumenta, é possível, para um mesmo contexto, justificar a abertura ou a não abertura de uma escola médica, utilizando o conceito da necessidade social. O problema a ser pesquisado foi sintetizado na indagação: em que medida a implantação de uma escola médica responde aos desafios e contradições que advém da formação e oferta de serviços médicos para o SUS, em sua região de abrangência? Procuramos, através de uma investigação avaliativa, (1) evidenciar as contradições e os interesses envolvidos na conceituação de necessidade social no contexto de abertura de uma nova escola médica; (2) analisar a relevância da abertura de uma escola médica na formação e na distribuição de profissionais médicos na sua região de abrangência; (3) analisar as contradições, as possibilidades e os desafios advindos da implantação de uma nova escola médica no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”. Utilizando dados quantitativos e qualitativos, provenientes da aplicação de questionários, entrevistas e análise de documentos, procedemos a uma análise temática dos dados, situando a pesquisa ora no campo da saúde, ora no campo da educação, sem deixar de perceber as conexões interdisciplinares resultantes desses recortes; assim, é a realidade social: síntese de múltiplas determinações, situada no tempo e no espaço, configurada a partir de sujeitos, viva e dialeticamente mutante. Ancorados na metodologia da avaliação por triangulação de métodos, definimos fontes e possíveis indicadores para compreender nosso objeto de estudo – o Curso de Medicina – tendo como pressuposto a sua condição de projeto social. Os indicadores foram situados na avaliação das estruturas, na avaliação dos processos e dos resultados, no caso, a formação de novos médicos e as relações estabelecidas com as políticas governamentais de formação, bem como com a aproximação regional para atuação profissional. Destacamos que a abertura do Curso de Medicina gera expectativa nos municípios de sua área de abrangência, entretanto, a maioria dos serviços prestados acaba ocorrendo somente no município sede do curso. Pelo menos metade dos egressos não se dispõe a atuar na região, dentre outros motivos, porque são oriundos de municípios de outras regiões e acabam voltando para as mesmas. Porém, um fator importante a considerar é o aumento significativo no número de médicos e no número de estabelecimentos de saúde nessa região, após a abertura de uma escola médica, especialmente quando o projeto da mesma também está relacionado com a oferta de programas de residência médica e qualificação de serviços de um hospital de ensino. A análise da “necessidade social” de uma nova escola médica no contexto regional deve considerar o fenômeno de implantação dessa escola como um projeto social, situado numa rede de relações e permeado por contradições e possibilidades.

Palavras-chave: escolas médicas, regionalização, formação profissional.

ABSTRACT

This thesis presents a study on the social needs for new medical schools in regional environment. We talk about the human resource training policy for the SUS (public health services) and its materialization in a particular region in the interior of State of Rio Grande do Sul. We point out assumptions and contradictions in the arguments of Higher Education Institutions, the medical representative bodies and the Federal Government regarding the justification of social need (or not) of more doctors in several Brazilian cities. We show that it is possible to justify opening or not a medical school depending on the creativity of someone speech in the same context and based on the concept of social needs. The problem under analysis was synthesized in one question: how the implementation of a medical school can solve the challenges and contradictions that comes from training and provision of medical services for the SUS in its coverage area? Using an evaluative research, our purpose was (1) highlight the contradictions and interests involved in the definition of what is social need in the context of opening a new medical school; (2) to analyze the relevance of opening a medical school in the formation and distribution of medical professionals in its coverage area; (3) analyze the contradictions, opportunities and challenges that come from the implementation of a new medical school in the regional context, from the justification of "social needs". Using quantitative and qualitative data from the questionnaires, interviews and document analysis, we carried out a thematic analysis of the data, focusing the research sometimes in the health field and sometimes in education field but always noting the interdisciplinary connections between them; this is the social reality: synthesis of multiple determinations, along time and space, configured from subjects, alive and dialectically changeable. Anchored in the evaluation methodology by triangulation methods, we defined sources and possible indicators to understand our object of study - the medical school - assuming its condition of social project. It was defined indicators for the evaluation of the structures, processes and results, in this case, the formation of new doctors and the relationships established with government training policies, as well as the regional approach to professional practice. We emphasize that the opening of the medical school generates expectation in the municipalities of its area. However, most services are done only in the county where the course is based. At least half of the graduates don't intend to work in the region because, among other reasons, most of the students comes from municipalities of other regions and returns to there. However, an important fact is the significant increase in the number of doctors and the number of health facilities in the region, after the opening of a medical school, especially when the project of the same is also related to the provision of medical residency programs and qualification services of a teaching hospital. Analysis of the "social need" for a new medical school in the regional context should consider this school deployment phenomenon as a social project, set in a network of relationships and the midst of contradictions and possibilities.

Keywords: medical schools, regionalization, vocational training.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 01 - <i>Roadmapping</i> dos estudos nacionais sobre o tema | 015 |
| Figura 02 - Ingressantes de Medicina | 039 |
| Figura 03 - Cenário Regulatório | 039 |
| Figura 04 - SUS: Esferas Governamentais | 048 |
| Figura 05 - SUS: Regionalização | 049 |
| Figura 06 - “Lição de Anatomia do Dr. Tulp” (Rembradt) | 052 |
| Figura 07 - Abraham Flexner (1866-1959) | 054 |
| Figura 08 - “O Cirurgião Negro” aquarela de Debret (Séc. XIX) | 055 |
| Figura 09 - Faculdade de Medicina da Bahia | 056 |
| Figura 10 - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro | 056 |
| Figura 11 - Competências Gerais aos Profissionais da Saúde | 062 |
| Figura 12 - Região dos Convênios para abertura do Curso | 088 |
| Figura 13 - Detalhe da Região dos Convênios | 089 |
| Figura 14 - Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul | 108 |
| Figura 15 - Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul | 110 |
| Figura 16 - Mapa de Destaque dos Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul | 110 |
| Figura 17 - Regiões de Saúde – Rede SUS | 112 |
| Figura 18 - Região Vinte e Oito – Rede SUS | 114 |
| Figura 19 - Médicos Clínicos com Atuação na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul | 115 |
| Figura 20 - Estabelecimentos de Saúde na 13ª CRS | 116 |
| Figura 21 - Estabelecimentos de Saúde SUS na 13ª RS | 117 |
| Figura 22 - Leitos de Internação na 13ª CRS | 119 |
| Figura 23 - Leitos de Internação SUS na 13ª CRS | 120 |
| Figura 24 - Internações Hospitalares na 13ª CRS | 121 |
| Figura 25 - Atendimentos na Unidade de Atendimento Ambulatorial | 124 |
| Figura 26 - Ambulatórios na Unidade de Atendimento Ambulatorial | 125 |
| Figura 27 - Profissionais da Unidade de Atendimento Ambulatorial | 126 |
| Figura 28 - Ambulatórios de Atenção Básica na 13ª CRS | 127 |
| Figura 29 - Equipes de Saúde na 13ª CRS | 128 |
| Figura 30 - Atendimentos na UAA (2008 – 2014) | 132 |
| Figura 31 - Mapa da Região de Abrangência do Curso de Medicina | 133 |
| Figura 32 - Destaque dos Municípios da Região de Abrangência | 134 |
| Figura 33 - Densidade Populacional dos Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina | 135 |
| Figura 34 - Distância dos Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina do Município Sede (SCS) | 135 |
| Figura 35 - Profissionais da Saúde na Região de Abrangência do Curso de Medicina | 137 |
| Figura 36 - Número de Profissionais da Saúde, por categoria, na Região de Abrangência do Curso de Medicina | 139 |
| Figura 37 - Variação no Número de Profissionais da Saúde, por categoria | 140 |
| Figura 38 - Gráfico da Variação no Número de Médicos SUS | 140 |
| Figura 39 - Egressos Atuando x Número de Vagas para Médicos | 141 |
| Figura 40 - Variação no Número de Leitos e Ambulatórios | 144 |
| Figura 41 - Programas de Formação para Funcionários da Saúde nos | 146 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| | Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina | |
| Figura 42 - | Naturalidade dos Estudantes e Perspectiva de Atuação em Santa Cruz do Sul ou Região | 148 |
| Figura 43 - | Avaliação dos Estudantes sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 149 |
| Figura 44 - | Percepção dos Estudantes sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários | 151 |
| Figura 45 - | Avaliação dos Estudantes sobre a Formação Continuada nos Programas de Residência Médica do HSC | 153 |
| Figura 46 - | Sugestões dos Estudantes de Programas de Residência Médica para Oferta na Região | 154 |
| Figura 47 - | Formação Continuada e Permanente dos Docentes do Curso de Medicina | 155 |
| Figura 48 - | Número de Vagas para Concursos de Docentes no Curso de Medicina | 156 |
| Figura 49 - | Áreas com Maior Número de Vagas nos Concursos | 157 |
| Figura 50 - | Avaliação dos Docentes sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 158 |
| Figura 51 - | Percepção dos Docentes sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários | 159 |
| Figura 52 - | Avaliação dos Docentes sobre a Formação Continuada nos Programas de Residência Médica do HSC | 160 |
| Figura 53 - | Sugestões dos Docentes quanto a Programas de Residência Médica | 161 |
| Figura 54 - | Formação Continuada e Educação Permanente | 162 |
| Figura 55 - | Avaliação dos Preceptores sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 164 |
| Figura 56 - | Percepção dos Preceptores sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários | 165 |
| Figura 57 - | Perfil do Funcionário do Curso de Medicina | 168 |
| Figura 58 - | Avaliação dos Funcionários Medicina sobre a Relação entre o Projeto do Curso e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 169 |
| Figura 59 - | Avaliação dos Funcionários ESFs sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 171 |
| Figura 60 - | Formação Continuada e Permanente dos Funcionários ESFs | 172 |
| Figura 61 - | Perfil do Usuário SUS Medicina por Faixa Etária | 173 |
| Figura 62 - | Perfil do Usuário SUS Medicina por Número de Atendimentos | 174 |
| Figura 63 - | Percepção de Mudanças nos Serviços SUS, pelos Usuários, com a Implantação do Curso de Medicina | 175 |
| Figura 64 - | Distribuição por Região de Origem dos Egressos | 177 |
| Figura 65 - | Distribuição por Preferência de Região para Atuação Profissional dos Egressos | 178 |
| Figura 66 - | Tipos de Serviços de Atuação dos Egressos | 178 |
| Figura 67 - | Distribuição de Carga Horária Semanal de Atuação dos Egressos | 179 |
| Figura 68 - | Atuação dos Egressos em Plantões: Santa Cruz do Sul e Região | 180 |
| Figura 69 - | Situação de Frequência a Programas de Residência Médica: Egressos | 181 |
| Figura 70 - | Locais de Oferta dos Programas de Residência Médica em Curso | 182 |

| | |
|---|-----|
| Figura 71 - Programas de Residência Médica em Curso: Egressos | 182 |
| Figura 72 - Preferência dos Egressos por Áreas de Residência Médica | 184 |
| Figura 73 - Avaliação dos Egressos sobre a Formação Recebida para Atuação | 184 |
| Figura 74 - Representação da Rede de Interação do Projeto de Formação Médica | 188 |
| Figura 75 - A Grande Máquina Escolar | 189 |
| Figura 76 - Ênfase Curricular - Conjunto Pesquisado | 198 |
| Figura 77 - Existência de Práticas na Comunidade e em Diferentes Cenários de Formação - Conjunto Pesquisado | 201 |
| Figura 78 - Formação dos Estudantes para Atuação no SUS – Conjunto Pesquisado | 202 |
| Figura 79 - Programas de Residência Médica - Conjunto Pesquisado | 203 |
| Figura 80 - Curso de Medicina – Município de Santa Cruz do Sul | 205 |
| Figura 81 - Contribuições do Curso de Medicina para o SUS no Município | 206 |
| Figura 82 - Profissionais Médicos atuando na Prefeitura (SUS) | 207 |
| Figura 83 - Rede de Complexidade da Implantação de uma Escola Médica | 209 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 01 - Paradigmas na Formação Médica | 060 |
| Quadro 02 - Passos da Avaliação por Triangulação de Métodos | 072 |
| Quadro 03 – Sujeitos da Pesquisa | 075 |
| Quadro 04 – Etapas da Análise de Conteúdo | 077 |
| Quadro 05 - Relação de Locais de Atuação dos Estudantes | 101 |
| Quadro 06 - Regiões de Saúde (SUS/RS) | 112 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 01 - Residências pelo HSC (2010-2014) | 093 |
| Tabela 02 - PAPCD do Curso de Medicina | 096 |
| Tabela 03 - Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde | 109 |
| Tabela 04 - Evolução de Pacientes /Atendimentos no HSC (2009-2013) | 118 |
| Tabela 05 - Índices de Pacientes por Convênio no HSC (2009-2013) | 118 |
| Tabela 06 - Leitos SUS no HSC (2009-2014) | 120 |
| Tabela 07 - Estudantes que passaram pelo HSC (2004-2013) | 122 |
| Tabela 08 - Residência Multiprofissional do HSC | 123 |
| Tabela 09 - Cursos da Saúde da UNISC: início e primeira formatura | 137 |
| Tabela 10 - Estruturas e Fontes de Consulta: documentos | 190 |
| Tabela 11 - Estruturas e Fontes de Consulta: sujeitos | 191 |
| Tabela 12 - Indicadores a priori /Estrutura | 192 |
| Tabela 13 - Indicadores a posteriori /Processos | 193 |
| Tabela 14 - Indicadores a posteriori /Resultados | 195 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------|--|
| ABEM | Associação Brasileira de Educação Médica |
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| AFUBRA | Associação dos Fumicultores do Brasil |
| AMRIGS | Associação Médica do Rio Grande do Sul |
| APESC | Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul |
| CAEE | Número de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa |
| CAEM | Comissão de Avaliação das Escolas Médicas |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEMAI | Centro Materno-Infantil |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CES | Comissão de Ensino Superior |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNS (8ª) | Conferência Nacional de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional dos Secretários de Saúde |
| COPAME | Associação Comunitária Pró-Amparo do Menor |
| CREMERS | Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul |
| CREMESP | Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo |
| CRS | Coordenadoria Regional de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DCR | Departamento de Coordenação das Regionais |
| DSS | Determinantes Sociais de Saúde |
| EMB | Escolas Médicas Brasileiras |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HE | Hospital de Ensino |
| HSC | Hospital Santa Cruz |
| HSSM | Hospital São Sebastião Mártir |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IML | Instituto Médico Legal |
| INEP | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| IP | Instituição Pesquisada |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| NBS | Necessidades Básicas de Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PA | Pronto Atendimento |
| PAPCD | Plano de Apoio Permanente à Capacitação de Docentes |
| PET-Saúde | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde |
| PPC | Projeto Pedagógico do Curso |
| PRÓ-SAÚDE | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| PSF | Programa de Saúde da Família |

| | |
|--------|--|
| SADT | Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia |
| SENAI | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SIMERS | Sindicato Médico do Rio Grande do Sul |
| SIS | Serviço Integrado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UAA | Unidade de Atendimento Ambulatorial |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNISC | Universidade de Santa Cruz do Sul |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 010 |
| 2 | DESENVOLVIMENTO, NECESSIDADES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA | 018 |
| 2.1 | Desenvolvimento e Necessidade Social | 019 |
| 2.2 | Necessidades Sociais e Mínimos Sociais | 022 |
| 2.3 | Necessidades Sociais de Saúde e Qualidade de Vida | 025 |
| 2.4 | Necessidades Sociais e Política de Educação Superior no Brasil | 032 |
| 3 | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS | 044 |
| 3.1 | Política de Atenção à Saúde da População Brasileira | 046 |
| 3.2 | História da Formação Médica no Brasil | 052 |
| 3.3 | Políticas e Diretrizes para a Formação dos Cursos de Medicina no Brasil | 059 |
| 4 | SAÚDE, EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA | 066 |
| 4.1 | Dialética, Historicidade e Abordagem Qualitativa | 066 |
| 4.2 | Projeto de Formação Médica e Avaliação por Triangulação de Métodos | 070 |
| 4.3 | Avaliação por Triangulação: definição de fontes | 073 |
| 4.4 | Avaliação por Triangulação: definição dos indicadores preliminares | 073 |
| 4.5 | Avaliação por Triangulação de Métodos: análise temática dos dados | 076 |
| 5 | PROJETO DE UM CURSO DE MEDICINA ENQUANTO PROJETO SOCIAL | 079 |
| 5.1 | Avaliação das Estruturas | 079 |
| 5.1.1 | Contexto de Abertura da Nova Escola Médica | 079 |
| 5.1.2 | O Projeto da Nova Escola Médica | 090 |
| 5.2 | Avaliação dos Processos | 103 |
| 5.2.1 | As “Regiões” da Nova Escola Médica | 104 |
| 5.2.2 | Indicadores de Avaliação dos Processos na 13ª CRS | 114 |
| 5.3 | Avaliação dos Resultados | 130 |
| 5.3.1 | Nova Configuração Regional da Formação e Oferta dos Serviços Médicos no Contexto de Implantação de uma Nova Escola Médica | 131 |
| 5.3.2 | Indicadores de Mudanças na Região de Abrangência do Curso | 136 |
| 5.4 | Os Sujeitos do/no Projeto de Formação Médica | 147 |
| 6 | SÍNTESE DE INDICADORES QUALI/QUANTITATIVOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E OFERTA, DE SERVIÇOS MÉDICOS, NA IMPLANTAÇÃO DE UMA ESCOLA MÉDICA | 186 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 6.1 | Estrutura e Dimensões | 187 |
| 6.2 | Fontes | 190 |
| 6.3 | Indicadores <i>a priori</i> | 192 |
| 6.4 | Indicadores <i>a posteriori</i> | 193 |
| 6.5 | Dados Compilados: diferentes sínteses | 196 |
| 6.6 | Sínteses da Avaliação da Escola Médica e sua Implantação no Município de Santa Cruz do Sul | 204 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 211 |
| | REFERÊNCIAS | 230 |
| | APÊNDICE A – Roteiro de Coleta de Dados Documentais | 243 |
| | APÊNDICE B – Questionário “Estudantes do Curso de Medicina” | 246 |
| | APÊNDICE C - Questionário “Professores do Curso de Medicina” | 247 |
| | APÊNDICE D - Questionário “Preceptores do Curso de Medicina” | 249 |
| | APÊNDICE E - Questionário “Funcionários do Curso de Medicina” | 250 |
| | APÊNDICE F - Questionário “Funcionários das Unidades da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul” | 251 |
| | APÊNDICE G - Questionário “Secretário Municipal de Saúde” ... | 252 |
| | APÊNDICE H - Questionário “Egressos do Curso de Medicina” .. | 253 |
| | APÊNDICE I - Questionário “Usuários do SUS” | 254 |
| | APÊNDICE J - Formulário de Entrevista “Diretor do HSC” | 255 |
| | APÊNDICE K- Formulário de Entrevista “Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul” | 256 |
| | APÊNDICE L - Formulário de Entrevista “13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul” | 257 |
| | APÊNDICE M - Formulário de Entrevista “Coordenador do Curso de Medicina” | 258 |
| | APÊNDICE N – Formulário de Entrevista com “Usuários do SUS” | 259 |
| | APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 260 |

1 INTRODUÇÃO

É muito melhor viajar que chegar ao destino. O exercício da Medicina é um contínuo viajar. Um viajar sem fim dentro da ciência, ao lado do paciente, sem nunca poder parar, medindo nossa própria ignorância pela vontade de aprender sempre. (SEBASTIANY, 2012, p. 144).

A presente tese é fruto de várias interrogações de nossa trajetória de formação e atuação profissional. Tendo formação na área da Educação, passamos a aprofundar os estudos sobre o binômio educação/saúde a partir de 2003, quando fazíamos parte da equipe da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e nos foi dada a incumbência de pensar um projeto de formação médica para essa instituição.

Com características próprias de uma instituição de Ensino Superior Comunitária, a UNISC possui forte vinculação com as questões regionais e suas demandas. Nesse sentido, o projeto de um Curso de Medicina deveria considerar o perfil regional no que tange às características de saúde e de atenção à saúde da população. Da mesma forma, deveria ter como indicativo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCNs), homologadas pelo Ministério da Educação, em 2001, e atualizadas em 2014, que, por sua vez, reforçam a necessidade social de formação de médicos para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A ideia de necessidade social vinculada ao papel das Instituições de Ensino Superior (IES) está presente na legislação federal e reforça o que seria papel dessas instituições como instrumento de desenvolvimento social e regional. “Observa-se, ademais, que, embora recorrentemente utilizada pelo poder público para referenciar a política de Educação Superior, a expressão ‘necessidade social’ ainda não foi devidamente definida ou qualificada” (MARTIGNONI; MOLHANO, 2005, p. 07).

Assim, buscamos em alguns autores contemporâneos (STOTZ, 1991; PEREIRA, 2011; GARCÍA-VINIEGRAS, 2008; SEN; KLIKSBURG, 2011) aproximações com o conceito de “necessidade social”, procurando compreendê-la enquanto elemento fundamental da justificativa de implementação de um curso de graduação. Tais aproximações nos fizeram partir do conceito de “qualidade de vida”, enquanto constructo social e síntese de parâmetros materiais universais, que reflete os mínimos sociais ou as necessidades sociais elementares, como mais recentemente se têm referido.

É no século XX que os mínimos sociais (de subsistência) passam a ser vinculados com a sociedade moderna e seus princípios (liberdade, justiça e equidade), apartando-se da sua conotação original de sobrevivência biológica da espécie e adquirindo o status de direito que deve ser garantido por política e ações do poder público. Entretanto, as necessidades humanas de qualidade de vida, transformadas em direitos sociais, embora não possam ser “negadas”, não são atendidas de maneira uniforme.

Como categoria essencial e que permeará toda a nossa tese, sintetizamos o conceito de necessidades sociais de saúde da seguinte forma:

São mais do que a “falta de algo” para se ter saúde. Limitadas a essa dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) “disfuncional” ou “inadaptado”. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas. (STOTZ, 1991, p. 449-451).

Situadas no patamar das necessidades sociais mais gerais e ainda que sejam condicionadas pelas questões culturais e historicamente situadas, as necessidades de saúde somente são compreendidas, de fato, na sua dimensão individual. Assim, a expressão das necessidades sociais de saúde assume múltiplas traduções na relação dialética da existência humana: a interação entre o social/cultural e o individual.

“As necessidades de saúde são necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (STOTZ, 1991, p. 86) que, por sua vez, não são atendidas de forma equânime, integral e universal (como preconizam os princípios do SUS). Até porque na dialética social/individual isso remete a uma utopia: podemos nos aproximar desses princípios na mesma medida em que as necessidades de saúde se afastam, a partir de novas traduções e manifestações.

Entretanto, como afirma Stotz (1991), as necessidades de saúde são potencialidades rumo a transformações que motivam e comprometem ações na intencionalidade de equilibrar carências. As necessidades não são “naturais” nem “iguais”, pois s fruto de uma sociedade desigual, de uma sociedade estratificada em classes, onde o acesso à distribuição e ao consumo dos serviços de saúde também é desigual.

As necessidades sociais, no campo da saúde, são frequentemente consideradas comuns a todos os sujeitos abstratos, sem pertencimento de classe, que é o que determina e diferencia as necessidades de saúde, ressaltam Campos e Bataiero (2007). Estudos realizados na área de saúde coletiva reforçam que “atender as necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 605-609).

A leitura de necessidades sociais de saúde realizadas pelas diferentes instâncias de governo, na maioria das vezes, se limita a questão operacional de oferta de assistência à doença, embora toda a legislação do SUS compreenda, pelo menos em seu arcabouço teórico, que a saúde é um conceito bem mais amplo do que isso¹.

Nesse sentido, as esferas governamentais percebem as necessidades sociais de saúde como sinônimos de oferta de serviços e, percebem as discrepâncias regionais que existem no país. Entretanto, em muitas situações, traduzem na regulação do Ensino Superior, conectada à oferta de serviços de saúde à população, a tentativa de minimizar essas discrepâncias. Há explicitamente, nas Políticas Públicas brasileiras (tanto na Educação Superior, quanto na Saúde) a preocupação com a escala regional e o potencial de serviços gerados por uma IES. E, é justamente por esse, dentre outros motivos, que optamos pelo desenvolvimento de uma pesquisa com recorte regional.

Os estudos sobre a saúde, desde a preocupação com as grandes epidemias pelas quais passou a humanidade, sempre tiveram uma vinculação com a delimitação espacial, com o território (compreendido como espaço vivido). Tanto os diagnósticos quanto as ações na área da saúde se materializam, especialmente, no contexto regional, em que a governança territorial procura articular políticas federais, estaduais e municipais nesse campo.

Cabe destacarmos que o território usado, no recorte da saúde, obedecendo a uma lógica hegemônica capitalista, privilegia espaços e pessoas, reforçando uma densidade de recursos humanos e serviços alocados de maneira muito desigual. Nessa perspectiva, é que se insere a pesquisa ora proposta, que tem como título “A necessidade social de uma nova escola médica: análise no contexto regional”.

Por que queremos investigar a implantação de um projeto de Curso de Graduação no cenário² regional? Talvez porque ele se situe no contexto dos projetos sociais de formação de cidadãos e profissionais para o país, o qual frequentemente está associado à expressão “necessidade social”, como já argumentamos. Ou, ainda, porque tal projeto de formação está intimamente relacionado a outro, que também remete à “necessidade social”: a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da preparação de agentes para tal. Também, porque acompanhamos, na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), o processo de

¹ A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Tal conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços. (COUTO; CAMPELO, 2009, p.09).

² Para efeitos dessa tese, cenário é entendido como sinônimo de contexto.

implantação de um Curso de Medicina, bem como os desafios e contradições subjacentes a esse processo.

Mas o que é, de fato, um estudo sobre a implantação de uma nova escola médica no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”? É um estudo ancorado nas reflexões sobre: (1) a regulação e a política de expansão da Educação Superior no país; (2) possíveis aproximações com as definições de “necessidade social”, tradicionalmente, medida através da “oferta” de profissionais e do número de vagas em determinado Curso de Graduação por habitantes; (3) os conflitos decorrentes de posicionamentos distintos do governo e das corporações profissionais; (4) a política nacional de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); e, (5) as respostas regionais de uma nova escola médica frente aos desafios de sua implementação.

Reforçando as opções por essa delimitação da investigação, estão os discursos contemporâneos em torno da formação médica e seus reflexos na sociedade brasileira, em termos de números de profissionais a serem formados, bem como uma distribuição mais equitativa dos mesmos no cenário nacional e suas diferentes regiões. A abertura de novas escolas médicas no Brasil tem sido veementemente defendida, enquanto projeto adotado pelo Governo Federal, de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde/SUS, com a intencionalidade de aumentar o número de profissionais e contribuir para uma melhor distribuição dos mesmos.

O Ministério da Educação, no momento da autorização de funcionamento de novos Cursos de Medicina no Brasil, pelo menos a partir de 2001, com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, tem pautado suas decisões considerando a “necessidade social” da formação e distribuição mais equânime de recursos humanos para o SUS. As Instituições de Ensino Superior/IES que encaminham seus projetos também utilizam a justificativa da “necessidade social” de formação e qualificação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde na sua região de abrangência.

Entretanto, no que diz respeito à expansão do Ensino Superior no Brasil, existe um problema quanto ao posicionamento das corporações profissionais que, no caso de alguns cursos (como a Medicina), declaram-se desfavoráveis à abertura de novos cursos ou ao aumento de vagas nos existentes. As entidades representativas da classe médica alegam que não existe carência de profissionais e que a formação de novos médicos não garantirá necessariamente a responsabilidade ou o comprometimento dos mesmos com a atuação no SUS, da mesma forma que não garantirá que esses egressos ocupem as vagas profissionais existentes na região de abrangência da IES.

Desde a década 1970, há uma preocupação das entidades médicas quanto à expansão de escolas e a qualidade da formação mediante esse fenômeno.

Na década de 70, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis [...] associada ao enfoque da medicina curativa [...]. [Houve] grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. Os Cursos de Medicina desconheciam de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e equipamentos médico-hospitalares. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2011, p. 13).

Já em 2003, em mais uma campanha de esclarecimento contra a abertura de Cursos de Medicina no Brasil, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) enfatiza que os novos médicos formados tendem a fixar-se em regiões metropolitanas e que muitos deles chegam despreparados para atenção ao SUS.

Muitos médicos chegam despreparados ao mercado de trabalho, em grande parte resultado da má formação em escolas que foram abertas sem as mínimas condições de formar bons profissionais [...]. A formação precária e o excesso de número de médicos colocam em risco a saúde da população [...]. O número de médicos cresce numa razão duas vezes maior que o crescimento populacional do país. (CREMESP, 2003, s. p.).

Sem dúvida, o próprio estudo da “Demografia Médica no Brasil” (SCHEFFER, 2013) demonstra que há uma distribuição irregular de médicos entre as regiões, apontando para uma maior concentração nas áreas urbanas das regiões Sudeste e Sul. Assim, o Governo Federal justifica a regulação da oferta de Cursos de Medicina, em seus documentos oficiais, através da análise da “necessidade social”, medida pelos indicadores de existência de profissionais e relação vagas por habitantes, em determinada região.

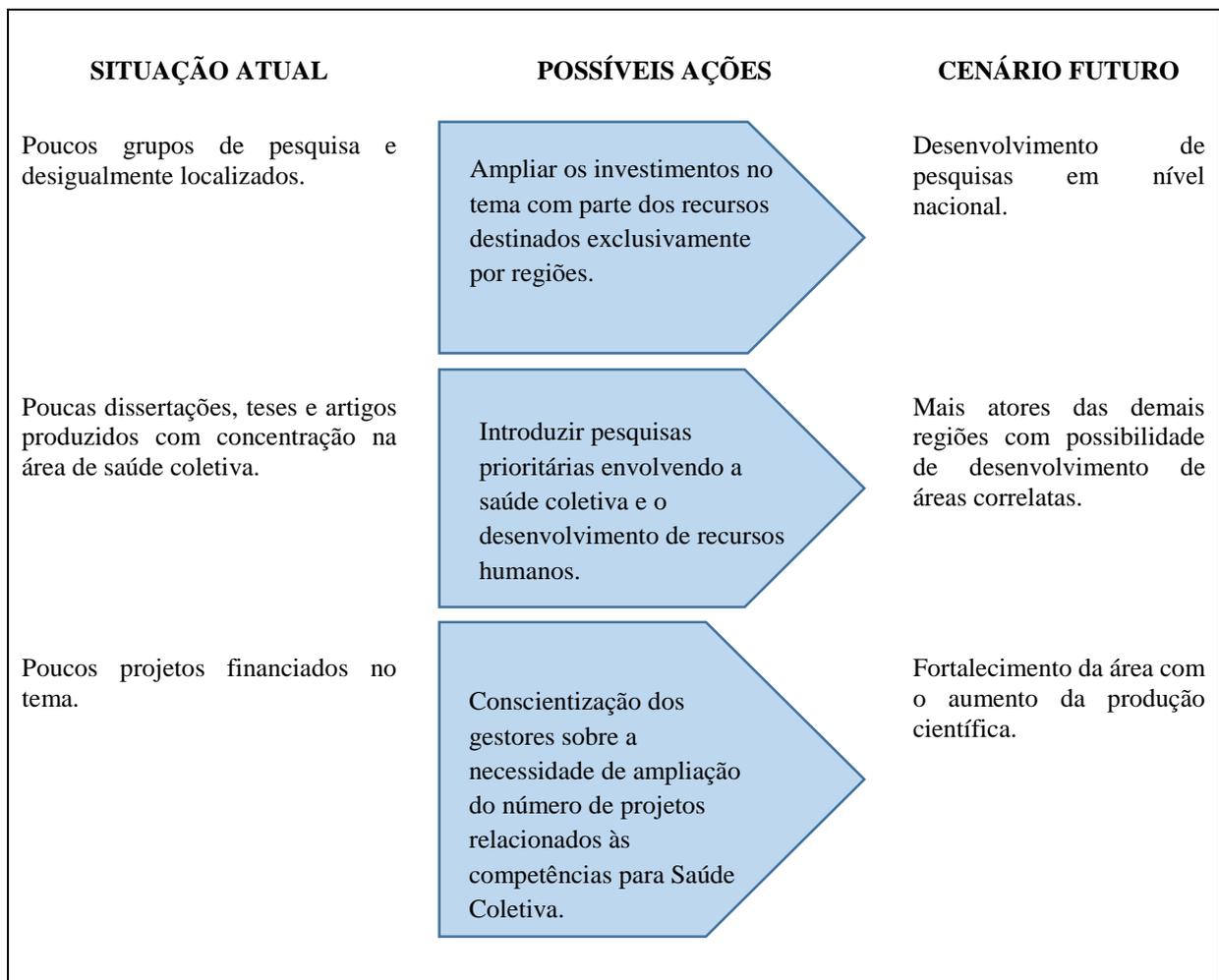
Admitindo que o pressuposto da “necessidade social” seja válido para orientar as políticas de Educação Superior, tal pressuposto está alicerçado em premissas que apresentam fragilidades. A primeira delas, segundo Molhano e Santos (2004), é a de que o número de vagas por habitante reflète, de forma adequada, o número de profissionais que se formarão e que exercerão a atividade profissional naquela região. A segunda premissa assume que o número de profissionais por habitantes é um indicador adequado para atender às necessidades de profissionais da saúde de uma região.

A maior fragilidade da associação do número de vagas por habitantes talvez resida no fato de que a mesma desconsidera a migração entre os profissionais formados. Há a redistribuição desses profissionais em regiões onde os rendimentos são mais elevados e as condições de atuação profissional são privilegiadas. Já, a fragilidade de relacionar número de profissionais necessários ao atendimento de uma população com o número de habitantes está na tentativa de correlacionar duas variáveis que não, necessariamente, mantêm correlação. A própria Organização Mundial da

Saúde (OMS) não define ou recomenda um número de médicos desejável por habitantes e, inclusive, ressalta que características regionais (área urbana, área rural, perfil epidemiológico, entre outras) interferem significativamente nas demandas por assistência médica, impedindo uma definição *a priori* (MOLHANO; SANTOS, 2004).

No contexto da formação médica brasileira, verificamos uma imprecisão no que seja a “necessidade social de formação de recursos humanos” ou no que de fato é relevante, em termos de formação e oferta de serviços, para qualificar o sistema de saúde do país e melhorar a distribuição de profissionais médicos nas diferentes regiões do território nacional. Em 2013, foi publicado um estudo que investigou teses e dissertações nesse sentido (Figura 01).

Figura 01 – Roadmapping dos estudos nacionais sobre o tema



Fonte: FRAGELLI; SHIMIZU, 2013, p. 205.

Tal estudo se ancorou no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no Diretório dos Grupos de Pesquisas do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), bem como nas publicações da Base de Dados SciELO, com o seguinte

objetivo: “verificar o cenário para futuras pesquisas sobre competências profissionais em saúde pública e propor sugestões para o fortalecimento do campo científico no desenvolvimento de recursos humanos em saúde coletiva” (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013, p. 205).

As autoras (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013) concluíram que o tema da necessidade de profissionais preparados para a nova realidade do sistema assistencial brasileiro é pouco explorado no cenário nacional e as pesquisas são desigualmente distribuídas nas regiões, predominando aquelas realizadas na região sudeste.

Assim, o problema a ser enfrentado por nossa pesquisa pretende contribuir com as investigações na área, uma vez que se compromete em responder a seguinte interrogação: **Em que medida a implantação de uma escola médica responde aos desafios e contradições que advém da formação e oferta de serviços médicos para o SUS, em sua região de abrangência?**

Derivadas dessa grande interrogação, definimos como questões norteadoras da nossa investigação: (1) É possível conceituar necessidade social, considerando as contradições e interesses envolvidos nessa conceituação, quando da implantação de uma escola médica? (2) A abertura de uma nova Escola Médica é, de fato, relevante na formação e na melhoria da distribuição de profissionais médicos para a atuação no SUS, de uma região? (3) Como a implantação de uma escola médica responde aos desafios e constrói possibilidades no processo de formação e oferta de serviços médicos para o SUS no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”?

O **objetivo geral** está, assim, sintetizado: analisar como a implantação de uma escola médica responde ou não aos desafios e contradições do processo de formação e oferta de serviços médicos para o SUS, na sua região de abrangência.

Já os **objetivos específicos** foram organizados da seguinte forma: (1) evidenciar as contradições e os interesses envolvidos na conceituação de necessidade social no contexto de abertura e implantação de uma escola médica; (2) analisar a relevância da abertura de uma Escola Médica na formação e na distribuição de profissionais médicos na sua região de abrangência; (3) analisar as contradições, as possibilidades e os desafios advindos da implantação de uma nova escola médica no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”.

Dando sequência, no capítulo dois da tese abordamos a relação entre desenvolvimento, necessidades sociais e qualidade de vida. Os argumentos nessa direção procuraram clarear a concepção de necessidade social e sua aplicação nas áreas do desenvolvimento e da saúde. Procuramos apresentar o conceito de necessidade social associado à qualidade de vida, aos mínimos sociais e ao que as pessoas, de fato, valorizam, tornando-o mais próximo das reflexões sociais, demonstrando que seu significado é muito mais abrangente do que dados estatísticos,

muitas vezes, utilizados em disputas corporativas ou objetivos eleitoreiros. Também, nesse capítulo, fazemos uma associação entre o termo necessidade social e o seu uso nas políticas de regulação do Ensino Superior no Brasil.

O “Sistema Único de Saúde e a Formação de Recursos Humanos” foram abordados no capítulo 3, articulado com as discussões anteriores sobre as políticas de Ensino Superior e a necessidade social, tanto da assistência em saúde, quanto da formação de profissionais capazes de compreenderem e atuarem no SUS.

Procuramos pesquisar um cenário real de articulação entre política de formação superior com assistência no Sistema Único de Saúde, situada em uma determinada região. Para isso, apresentamos, no capítulo 4, argumentações sobre a saúde e a educação, situadas no campo de investigações qualitativas. Também esclarecemos a opção pela metodologia da investigação avaliativa ou avaliação por triangulação de métodos, que é recomendada para o acompanhamento de projetos sociais, como é o caso do projeto de criação e implantação de um Curso de Medicina no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

No capítulo 5 argumentamos sobre a caracterização do projeto de um Curso de Medicina como um projeto social, contextualizando a avaliação de sua estrutura, de seus processos e de seus resultados. Ainda apresentamos e discutimos os dados levantados na análise documental, entrevistas e questionários, sobre as principais repercussões, contradições e possibilidades advindas da implantação do Curso de Medicina pesquisado.

A síntese dos indicadores de avaliação do projeto de uma escola médica, validados pela nossa pesquisa, é apresentada e discutida no capítulo 6.

Nas considerações finais, reforçamos os desafios, as contradições e as possibilidades presentes na formação e oferta de serviços médicos para o SUS na região de abrangência do Curso de Medicina da UNISC.

2 DESENVOLVIMENTO, NECESSIDADES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA

Quando possível, o passar dos tempos leva a procurar não a estagnação de o simples envelhecer, mas a procura de melhoramentos. A vida tem um valor incomensurável. Não há escala para medir o valor da vida. (SEBASTIANY, 2012, p. 167).

Ao longo da história da humanidade, a busca pelo que, convencionalmente, chamamos “qualidade de vida” moveu o mundo, a ciência e foi importante justificativa para o universo das descobertas, para o desenvolvimento. Mas, precisamente, o que é qualidade de vida? Essa é não uma fácil definição, exigindo um grande esforço no sentido de clarificá-la.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. [...] Construção social com a marca da relatividade cultural. [...] Senso comum variável de um indivíduo ao outro. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 08).

A qualidade de vida talvez seja mais bem definida, quando aproximada da distância entre aquilo que uma determinada cultura gera de expectativa de qualidade de existência e a realidade cotidiana. Isso pode ocasionar uma medida: quanto menor a distância do ideal, melhor a qualidade. Nesse caminho, podemos cair no relativismo cultural que explica a qualidade de vida através de modelos padronizados, o que leva a uma interpretação “míope” daquilo que importa enquanto “ideal”, desconsiderando as necessidades sociais da existência humana, uma vez que, tal “ideal de qualidade de vida” está, na maioria das vezes, relacionado ao bem-estar de classes sociais hegemônicas e à passagem de estágios para alcançar esse patamar.

O relativismo cultural, no entanto, não nos impede de perceber que um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário. É o preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 09).

Podemos, então, dizer que “qualidade de vida” é meramente um constructo cultural? Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), sim e não. Sim, porque definitivamente incorpora elementos da cultura e da subjetividade construída a partir de um contexto. Não, porque podemos identificar parâmetros materiais universais nesse conceito, relacionados aos mínimos sociais ou, mais recentemente, às necessidades sociais elementares à existência humana: alimentação, água potável, moradia, educação, saúde, trabalho e lazer.

Esses são, de fato, elementos materiais passíveis de verificação, levando-se em conta a relativização cultural dos mesmos no tempo e no espaço. “No mundo ocidental, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 10).

Para García-Viniegras (2008, p. 15) a qualidade de vida é um conceito polissêmico, multidimensional e de discussões intensas, no entanto, sempre inclui as condições materiais da vida, as satisfações derivadas dessas condições, a situação econômica e as condições de emprego. Qualquer argumentação sobre “qualidade de vida” deve estar contextualizada em seu meio socioeconômico, com seus valores, seu desenvolvimento, seu sistema político e as necessidades derivadas desse contexto.

Nessa pesquisa, utilizamos um conceito normativo de **necessidade social**, pois sustenta uma categoria teórica fundante de nossas análises. Assim, **deve ser entendida como um constructo social e histórico (pois incorpora elementos da cultura e do período), mas que somente pode ser captada e compreendida na sua dimensão individual, pois sua concretização se dá de maneira desigual; assim como desiguais são os acessos aos “produtos” que satisfazem essas necessidades**. Stotz (1991, p. 136) admite a premissa da adoção de um conceito descritivo e operacional, mas alerta para o fato de que o mesmo “precisa ser reconceitualizado cotidianamente para poder exprimir a dialética do individual e do social”.

2.1 Desenvolvimento e Necessidade Social

Pensando em desenvolvimento, do ponto de vista de suas matrizes produtivas, passamos das sociedades pré-industriais, pela fase industrial, para, enfim, alcançar uma perspectiva pós-industrial, com a diminuição do papel preponderante das indústrias como indutoras do desenvolvimento e deslocando esse encargo para uma produtividade a partir da geração de conhecimento. A sociedade pós-industrial é uma *sociedade da informação ou do conhecimento*. O futuro ganha vital importância na perspectiva de *globalização* e certa *homogeneização das necessidades*, que uma existência efêmera e consumista acaba por gerar. A globalização se reveste de um caráter ideológico.

Esta ideologia erige em ideal sem desvios e quase em dever ético a circulação sem controle de mercadorias e a uniformidade progressiva de valores, sentimentos e culturas, ao ponto de considerar qualquer resistência que se oponha ao seu desejo de homogeneização como globo terrestre como obscenidade intolerável. (HERMET, 2002, p. 173).

Já na metade do século XX, percebe-se uma crítica contundente ao projeto moderno. É fato que o declarado projeto Iluminista de igualdade universal se revelou uma impossibilidade histórica, na medida em que a própria lógica da Modernidade acabou por mostrar-se ambígua e implicada com a “domesticação da diferença” a partir da tentativa de legitimar arranjos políticos, econômicos e culturais que fortalecem a existência de níveis desiguais de acesso ao que se chamou de sociedade desenvolvida, com possibilidade de que seus membros satisfaçam suas necessidades básicas e de consumo (VEIGA-NETO, 2000).

Para Hermet (2002, p. 173), na sociedade atual existe certa confusão entre os termos “mundialização”, “internacionalização” e “globalização”. Diferentemente do que é caracterizado como globalização, a mundialização ou internacionalização pode ter consequências muito positivas, se considerarmos que “são sinônimos de abertura de fronteiras, de reforço da obrigação que tem cada povo de não ignorar os demais, de melhora da capacidade de compreensão mútua dos habitantes do planeta” e suas necessidades sociais.

Harvey (2012) apresenta a importância de pensarmos o período atual como “espaços de esperança”, reforçando a necessidade de clarificar a força política possível da mudança, da criação de alternativas que se contraponham à lógica destrutiva inerente ao processo de globalização da contemporaneidade.

Por fim, o desenvolvimento econômico-social da sociedade ocidental foi sempre marcado pela marginalização de sociedades, culturas e pessoas, num contexto de busca incessante pelo aumento da produtividade/acumulação de capital. Em muitas situações, fica evidente a ausência do Estado através de políticas efetivas e da garantia de condições materiais para a satisfação dos mínimos sociais ou necessidades sociais de populações inteiras (PEREIRA, 2011).

O contexto contemporâneo advoga mudanças quanto à forma de encarar e compreender a realidade social efetiva e postula o surgimento de novos sujeitos que são representados numa pluralidade de movimentos sociais e políticos (estudantil, feminista, homoafetivo, ecológico, pacifista...). Há “a passagem do ‘governo da sociedade’ – no liberalismo – para o ‘governo dos sujeitos’ – no neoliberalismo” (VEIGA-NETO, 2000, p. 11).

Acontece uma maximização da liberdade individual e supervalorização dos discursos que se pretendem constituidores de um novo paradigma interpretativo da contemporaneidade. Os desejos, o significante, o jogo de linguagens, a cacofonia de vozes e a fragmentação contribuem para a criação de uma “estética” social fracionária, dispersora, reduzida e efêmera. Em outras palavras, há “a celebração da fragmentação das identidades” (VEIGA-NETO, 2000, p. 12).

O sujeito contemporâneo não tem uma identidade fixa.

A identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam (HALL, 1987). É definida historicamente e não biologicamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções. (HALL, 2006, p.02).

Nesse cenário, há o perigo da linguagem e do discurso se tornarem mais importantes do que as práticas sociais; *as representações podem assumir maior relevância do que suas materializações*; o significante interessa mais do que o significado. “O jogo das significações está acima da verdade e da falsidade. O discurso ganha um novo estatuto teórico com a eliminação de todas as referências a um centro, a um sujeito ou a uma origem” (EVANGELISTA, 1992, p. 22).

A própria difusão do Multiculturalismo³, por exemplo, reconhece as diferenças e a inequidade, a partir dos movimentos sociais, porém, muitas vezes, dentro da lógica neoliberal existente. A coexistência do binômio inclusão/exclusão, nessa perspectiva, parece ter um caráter muito mais discursivo de reconhecimento das diferenças e acaba por não assumir a luta efetiva contra a materialização da exclusão.

O uso ampliado e indiscriminado do termo exclusão gera, por sua vez, um enfraquecimento político nas lutas de grupos específicos contra a produção material (política, econômica, social e cultural) de suas condições de acesso aos “mínimos sociais” e, além disso, a satisfação de suas necessidades sociais.

Exclusão – este se tornou, nas últimas duas décadas na América Latina, um tema de excelência e de recorrências tanto em discursos representativos do Estado, que está cada vez mais mobilizado pela inclusão e, por isso, necessita mapear detalhadamente os excluídos, quanto em discursos sociais, cada vez mais mobilizados pela diferença como elemento festivo de identidades específicas e de mercado – este cada vez mais presente e determinante nas relações entre sociedade e Estado. Os usos cada vez mais alargados e indistintos dessa palavra têm acarretado seu enfraquecimento político nas lutas contra as contingências sociais, econômicas, de saúde e de cidadania que definiram níveis diferenciados de participação dos sujeitos/indivíduos em distintos espaços de representação política. (LOPES, 2011, p. 08).

Muitas vezes, nossas políticas de inclusão (políticas para os excluídos) abarcam “um contingente cada vez maior de miseráveis, pessoas com deficiência, velhos em situação de abandono, crianças e jovens de rua, desempregados, enfim, (...) um leque de pessoas em situação de vulnerabilidade social” (LOPES, 2011, p. 08), sem considerar a historicidade que produziu a

³ “O termo ‘multiculturalismo’ é substantivo. Refere-se às estratégias e políticas adotadas para governar ou administrar problemas de diversidade e multiplicidade gerados pelas sociedades multiculturais (...). Assim como há distintas sociedades multiculturais, assim também há ‘multiculturalismos’ bastante diversos”. (HALL, 2009, p.52-53). “O desafio do multiculturalismo provém do caráter irremediável das demandas de identidade, enquanto elas participam do processo de modernização (...). O campo político do multiculturalismo é um espaço de tensões incerto, tanto do ponto de vista das questões que o estruturam, quando devido ao caráter muito frequentemente evanescente das políticas identitárias”. (MARTUCCELLI, 2011).

exclusão, o distanciamento do acesso àquilo que poderia satisfazer, com dignidade, as suas necessidades sociais.

Aprofundando nossas reflexões, precisamos considerar argumentações sobre “a profunda e ambivalente fascinação (...) pelas diferenças”, o que pode resultar num esvaziamento de sentido desse diferente. “Um tipo de diferença que não faz diferença alguma”, pois não implica, necessariamente, reconhecimento das condições de configuração histórica de cada grupo (HALL, 2009, p. 319-320).

Segundo Stuart Hall (2009, p. 320), é inegável que “a vida cultural tem sido transformada em nossa época pelas vozes das margens”, resultando em discursos e políticas de efetiva inclusão em várias áreas, tais como Educação e Saúde. Entretanto, é necessário “desnaturalizar” os discursos sobre a inclusão na lógica contemporânea neoliberal, compreendendo suas implicações cotidianas. As políticas de inclusão e acesso aos “mínimos sociais” não são boas nem más; elas são resultado de uma condição histórica à qual chegou a sociedade em que vivemos. Isso merece um olhar atento sobre os seus desdobramentos, especialmente, sob o ângulo das políticas de desenvolvimento econômico/social. “A saúde tem sua importância crescentemente institucionalizada no cerne da agenda de desenvolvimento [...] por ser considerada, simultaneamente, um bem social, econômico e espaço de acumulação de capital” (COSTA; GADELHA; MALDONADO, 2012, p. 60).

Entendendo que as necessidades de saúde são necessidades sociais, elas estão vinculadas à estratificação social e aos mínimos sociais estabelecidos em diferentes épocas.

2.2 Necessidades Sociais e Mínimos Sociais

Na história da sociedade de classes (desde o modo de produção escravista, passando pelo feudal e chegando ao capitalista) sempre houve a necessidade de provisão dos parâmetros mínimos de subsistência, como forma emergencial de minimizar os efeitos da pobreza extrema, garantindo a força de trabalho necessária à produtividade. “Tratava-se, portanto, os mínimos sociais, de provisão social residual, arbitrária e elitista, que se constituía e processava a margem da ética, do conhecimento científico e dos direitos vinculados à justiça distributiva” (PEREIRA, 2011, p. 16-17).

Somente no século XX é que os mínimos de subsistência passaram a ter uma vinculação com os princípios da sociedade moderna (liberdade, justiça e equidade), desvincilhando-se de sua conotação de sobrevivência biológica/natural e, enfim, adquirindo o status de direito a ser garantido por políticas formuladas e praticadas na esfera pública.

Disso resultou uma concepção de proteção social que, a par de requerer uma base de sustentação empírica indispensável à elaboração de diagnósticos, explicações teóricas e predições confiáveis, pauta-se simultaneamente por valores e paradigmas democrático-cívicos. (PEREIRA, 2011, p. 17-18).

As necessidades sociais somente se concretizam em políticas quando são problematizadas, quando são capazes de perturbar uma ordem estabelecida. Assim, a ação cidadã (assumida, por classes, organizações, grupos ou indivíduos) faz com que uma necessidade social assuma relevância tal que passa a ser incorporada na agenda de prioridades públicas e que, com a legislação pertinente, acaba se transformando num direito, embora nem sempre vivenciado em sua plenitude. Em cada conquista, em termos de política de satisfação de necessidades, está implícita uma questão social posta numa arena de conflitos de interesses.

Pressupondo que os mínimos sociais correspondem às necessidades fundamentais a serem satisfeitas por políticas sociais, para que possamos falar em qualidade de vida, certamente estamos evidenciando um cenário bastante complexo, a partir do qual são necessárias maiores reflexões e aprofundamentos. Um dos primeiros pontos a serem explicitados, refere-se ao fato de que “a sociedade é aqui considerada como um todo orgânico, e não como a soma aritmética dos indivíduos que a compõem, e, por isso, as necessidades humanas, sendo sociais, não têm identificação com preferências dos membros dessa sociedade” (PEREIRA, 2011, p. 33).

García-Viniegras (2008, p. 23) fala da dimensão objetiva da existência em uma sociedade, que ultrapassa as questões de preferências pessoais: “hay que explorar qué necesita el ser humano para vivir, con qué recursos realmente cuenta para poder satisfacer sus necesidades, como es su realidad y en qué medida el medio social le permite satisfacerlas”. A autora faz o alerta, uma vez que percebe as múltiplas conotações de necessidades sociais as quais podem assumir versões tão genéricas e amplas ou tão restritas e subjetivas, que impossibilitam sua vinculação com políticas e garantias de direitos sociais.

Pereira (2011) também refere à questão da inespecificidade das interpretações sobre necessidades sociais e a confusão das mesmas com outras noções. Isso acarretaria, não somente a deliberação de formas de satisfação confusas e voluntaristas, como a não concretização de direitos.

Frequentemente, necessidades sociais são consideradas como: *falta* ou *privação* de algo (tangível ou intangível); *preferência* por determinado bem ou serviço em relação a outro ou a outros; *desejo*, de que psicologicamente se sente carente de alguma coisa; *compulsão* por determinado tipo de consumo, movida pela dependência ou pelo uso repetitivo ou viciado desse consumo; *demanda* como procura por satisfação econômica, social ou psicológica de alguma carência. Há ainda quem confunda *necessidade* com *motivação*, *expectativa* ou *esperança* de obter algo de que se julga merecedor, por direito ou promessa. (PEREIRA, 2011, p. 39-40).

Essas interpretações acabam por fortalecer muito o discurso neoliberal de ataque às providências tomadas pelo Estado, no sentido de propor políticas que garantam os direitos sociais, muitas vezes, conquistados a partir de movimentos democráticos que protagonizaram muitas lutas. Necessidades humanas transformadas em direitos sociais não podem ser negadas, pois são comuns a todos numa sociedade. Entretanto, a satisfação dessas necessidades ou o exercício desses direitos não se dão de maneira uniforme, como já referido.

De acordo com a autora, mesmo que não haja uniformidade na satisfação de necessidades humanas básicas é possível reconhecer alguns requisitos essenciais à existência, chamados pela mesma de “satisfatores universais”. Esses “satisfatores” se tornam “essenciais à proteção da saúde física e da autonomia e à capacitação dos seres humanos para participar o máximo possível das suas formas de vida e cultura” (PEREIRA, 2011, p. 75).

Definir necessidade social é extremamente difícil, em função dos múltiplos fatores e interpretações advindas desse conceito.

No processo de desenvolvimento humano, as necessidades se desenvolvem, mudam, surgem novas necessidades, algumas inclusive negativas para a vida. Ainda no mesmo processo, como implicação das desigualdades sociais, introduzem-se desigualdades na satisfação das mesmas necessidades. (STOTZ, 1991, p. 72).

Porém, quando necessidade social está associada à qualidade de vida, também García-Viniegras (2008) diz que é possível recorrer a indicadores quantitativos e qualitativos, numa tentativa de aproximação de sua compreensão. “La cantidad de vida se expresa fácilmente en indicadores tales como esperanza de vida en anos y las tasas de mortalidad, pero la calidad requiere otro tipo de indicadores y, como es lógico, cierto patrón de referencia” (GARCÍA-VINIEGRAS, 2008, p. 15).

As necessidades de saúde, ainda que estejam sob a determinação social e histórica (assumindo um caráter normativo), possuem sua dimensão individual, naquilo que o indivíduo sente e expressa. Então, reforçamos a tese de que necessidade social de saúde deve ser compreendida na relação dialética entre o individual e o social.

1. *A necessidade normativa*: é a que define o técnico, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima. Aquele ou aqueles que não respondem a esta norma são considerados em estado de necessidade [...].
2. *A necessidade sentida*: refere-se à percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde ou o que desejam como serviços de saúde.
3. *A necessidade expressa*: equivale à demanda de cuidados e de serviços, a necessidade sentida que finaliza (objetiva) em processo de busca de serviços. Com efeito, alguns indivíduos não recorrem aos serviços ainda que sintam uma necessidade; outros não percebem que tem a necessidade embora a tenham; finalmente, alguns expressam esta necessidade, porém não necessariamente veem esta demanda satisfeita ou pelo menos da forma que eles esperavam. (STOTZ, 1991, p. 60-61).

2.3 Necessidades Sociais de Saúde e Qualidade de Vida

No contexto da saúde, existem alguns critérios que são mais comumente utilizados para a definição de necessidade social, no seu caráter normativo. Porém, todos partem da indagação “quem precisa mais?” e, ao partir dessa indagação, necessariamente, excluem e elegem, portanto, carregam em si, alguma parcela de contradição, incompletude e preconceito.

A tentativa de superar as dificuldades criadas pela criação do conceito de necessidade social, cuja definição ficaria a cargo do administrador de saúde esbarra, por sua vez, no suposto da neutralidade, esquecendo-se do fato pruro e simples de que definir prioridades em função de custos significa necessariamente selecionar interesses. (STOTZ, 1991, p. 63).

Villas-Bôas (2010) cita os critérios geralmente presentes em questões que envolvem a necessidade social x a bioética ou, ainda, a necessidade social x a alocação de recursos em saúde.

Os critérios da necessidade social (abrangendo tanto a condição econômica quanto a responsabilidade social) e do merecimento (sob a forma do reconhecimento do mérito ou de demérito, como na adoção de estilo de vida considerado não saudável) participam do grupo dos parâmetros ditos sociais, que pretendem maximizar o bem-estar dentro da sociedade, ao lado de outros aspectos sociais, como a idade, o sexo, a força de trabalho potencialmente afetada e recuperável, o potencial e a expectativa de vida, a qualidade ajustada de anos de vida (geralmente associada também com a efetividade), o ambiente de suporte para o segmento do tratamento, a adstrição de clientela, a priorização de profissionais de saúde, entre outros. (VILLAS-BÔAS, 2010, p. 76).

Os critérios de alocação de recursos na saúde, tendo como pano de fundo a necessidade social, são frágeis porque contém, no seu cerne, a questão da discriminação inversa, em que é necessário oferecer mais aos mais desfavorecidos. Entretanto, a “sua existência se aproxima mais da equidade do que a total ausência de parâmetros” (VILLAS-BÔAS, 2010, p. 83).

O aspecto controverso e fluído do conceito de “necessidade social” revela a possibilidade de muitas definições e argumentações. Nesse sentido, algumas tendências teóricas (dentre elas, a defendida por Peter Singer, 1993⁴) apontam para o reconhecimento “de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual” (PORTO, s.d., p. 133).

A Carta de Ottawa (1986)⁵ define a relação entre a equidade e a promoção da saúde, deixando claro que “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da

4 Peter Singer (1993), partindo do princípio da igualdade como igual consideração de interesses, defende que a nossa prontidão para considerar os interesses dos outros independa das suas capacidades ou de outras características, com exceção da característica de possuírem interesses. Da mesma forma, afirma que a igualdade na consideração de interesses pode levar a um tratamento desigual; entretanto, esse tratamento desigual representa uma tentativa de obter um resultado mais igualitário.

5 A Carta de Ottawa resultou da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de novembro de 1986.

comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Dessa forma, importantes questões conceituais afetam a compreensão do que de fato é “equidade”, tais como a distinção entre “diferença” e “diversidade”, bem como sua implicação na atenção às necessidades sociais de determinada comunidade.

“Mais adequado seria estabelecer uma distinção entre ‘diversidade’ de fatores alheios à vontade humana (a exemplo da herança genética) e ‘diferenças’ sociais e econômicas consideradas injustas e passíveis de mudança” (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 11). Somente procedendo assim, é que se torna possível pensar na equidade e em políticas de efetivação da mesma.

As dificuldades de definir “necessidade social”, no contexto da saúde, são, mais uma vez, exemplificadas por pesquisas que se iniciaram no final da década de 70 (LE GRAND, 1978) e que remetem para uma tentativa de compreensão desse conceito a partir da “demanda por tratamento” e “possibilidade de pagamento” (como poderiam definir os economistas) ou, por outro lado, a partir do que a área da saúde considera um “tratamento necessário”, em cada caso.

No estudo de Le Grand (1978) é perceptível o interesse em verificar se a posição na sociedade (classe social ou “onde o indivíduo é colocado”) afeta a quantidade de médicos e tratamento que recebe quando está doente, na Grã-Bretanha. Diante do exposto se questiona: a necessidade social muda conforme a classe social? Como os recursos em saúde são realmente divididos entre os indivíduos? Essas são questões essenciais postas pelo autor.

Le Grand (1978) descreve que tanto a mortalidade infantil e adulta, quanto à ausência ao trabalho (em dias), devido a problemas de saúde, diminuem significativamente na medida em que nos movemos a partir das classes sociais mais baixas para as mais altas. Também coloca a questão: “In Britain, health care treatment is free of money charges, so why should those who are, on the whole, poorer appear to demand less than one would predict simply on the basis of the incidence of disease?” (LE GRAND, 1978, p. 136)⁶.

Como se define a necessidade social das pessoas e sua relação com a oferta de serviços de saúde? Novamente, quem precisa mais (em quantidade e qualidade de recursos)? É possível responder essas questões de forma justa? Para Sen (SEN; KLIKSBURG, 2010), a situação é de extrema complexidade e mesmo a noção de equidade, quando aplicada à doença, tende a não dar conta das respostas.

A equidade pode ser importante em alguns campos, mas, quando se trata de saúde débil, qualquer redução da doença de qualquer pessoa deve ser vista como importante e

⁶ “Na Grã-Bretanha, o tratamento de saúde é isento de taxas. Então, porque aqueles que são, em geral, mais pobres parecem exigir menos do que seria de prever, simplesmente na base da incidência de doença?” (tradução livre).

deveria ter a mesma prioridade, independentemente de qual seja o nível geral de saúde ou de opulência dessa pessoa. (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 83).

Ainda é um grande desafio avançar em formulações teórico-conceituais e na operacionalização das definições que possam contemplar a “necessidade social” vinculada à atenção à saúde da população e à oferta de serviços médicos. Retomando a ideia dos “satisfatores universais”, apontados por Pereira (2011, p.78), identificamos os “apropriados cuidados com a saúde”.

Nesse sentido, a autora defende que atenção à saúde da população se refere à oferta de serviços médicos efetivos, com todas as modernas técnicas terapêuticas, sem deixar de reconhecer a importância fundamental da atenção primária para a diminuição da mortalidade e de agravos à saúde de uma comunidade. Dessa forma, os cuidados de saúde vão muito além da identificação e tratamento, bem como prevenção de doenças, tratáveis no primeiro nível de assistência; implicam “colocar a serviço de todos, inclusive dos pobres, a alta tecnologia e recursos de última geração existentes no campo da medicina curativa” (PEREIRA, 2011, p. 78-79).

Por fim, a necessidade social de saúde de uma população, em suas múltiplas tentativas de explicações e argumentações, parece ter assumido uma característica de híbrido biopsicossocial, mediado por situações ambientais, políticas e culturais. A própria literatura referente à necessidade social de saúde e à qualidade de vida é, frequentemente, reduzida a interpretações “biologicistas”, “medicalizadas” e “economicistas”, a partir de dados bioestatísticos.

Para a sociedade em que vivemos, o que a saúde deve ser depende do exame do que seja considerado (a)normal na vida humana e passível de respostas tecnocientíficas, econômicas e políticas [...]. Estas respostas [...] implicam escolhas que têm a ver com as orientações éticas e políticas vigentes nas sociedades, em cada época histórica. Onde ser a saúde uma noção com diversos sentidos. (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 06).

Parece-nos necessário o investimento em pesquisas que possam compreender e aprofundar o conceito e a mediação da necessidade social em saúde, para que possa significar muito mais do que dados estatísticos, ideia de senso comum, disputas corporativas ou imagem objeto de programas eleitoreiros. “A cultura dominante no setor da saúde é [...] pouco reflexiva, fortemente tecnicista e normativa” (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 05).

Por que refletir sobre equidade na saúde? A equidade nas oportunidades de realização da saúde está intrinsicamente incorporada a uma noção mais ampla de justiça social, como argumentamos até aqui, incluindo a distribuição econômica e a liberdade humana de obtenção de uma vida saudável, sem a mortalidade prematura e sem o convívio com sofrimentos e morbidades evitáveis. Quando falamos da realização da saúde, estamos objetivamente fazendo uma distinção entre a capacidade de realizá-la e os serviços oficiais ofertados.

Embora o contexto contemporâneo possa oferecer (não de forma equânime) possibilidades de emprego, educação e cultura, também apresenta problemas graves de atenção às necessidades de sua população. Dentre esses graves problemas estão as condições de saúde das pessoas, entendendo “saúde” de forma mais ampla do que tradicionalmente tem sido concebida (“ausência de doenças”). O conceito de saúde está, intrinsecamente, relacionado às condições de vida, ao acesso à prevenção de doenças e aos serviços de assistência à manutenção da mesma, bem como aos aspectos curativos, quando necessários. Estamos diante da exigência “de não haver discriminação em certos campos fundamentais de vida, o que inclui a necessidade de cuidados médicos para enfermidades tratáveis” (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 89).

A definição de uma necessidade é o resultado do confronto de diferentes perspectivas, colocadas pelos sujeitos individuais e coletivos, resultando tanto mais favorável aos que expressam os interesses das classes, grupos, camadas dominantes, quanto mais à saúde é um direito do indivíduo e da coletividade e um dever do Estado. Ou seja, a definição de uma necessidade será tanto menos reprimida ou distorcida quanto mais universal for o direito à saúde, com base no princípio da equidade e da participação. (STOTZ, 1991, p. 64-65).

Para Lampert (2002), tradicionalmente, os investimentos em saúde têm sido derivados de uma concepção assistencialista/hospitalocêntrica, que reforça o modelo global hegemônico de prestação de serviços ao doente, reforçando apenas o aspecto “curativo” e, mesmo assim, de forma precária, sem levar em conta uma transição de perfil epidemiológico, que necessita que gastos sejam revertidos em melhoria das condições de vida da população.

Embora as doenças infecciosas continuem sendo um problema, elas não são um desafio maior do que as causas externas (como os atos de violência). Entre as novas doenças que podem contribuir para os problemas de saúde, as de maior crescimento são sobrepeso e obesidade. Os recursos financeiros arrecadados pelo governo federal cresceram quatro vezes desde o início da década passada. [...] No entanto, a participação da saúde no orçamento público não aumentou, levando a limitações de infraestrutura, apoio financeiro e recursos humanos. (DZAU, 2012, p. 63).

Sen e Kliksberg (2011) contextualizam o conceito de saúde a partir da compreensão de justiça social na contemporaneidade, enfatizando a necessidade de equidade na realização e na distribuição dos múltiplos determinantes desse conceito. Dizem, também, que a equidade na saúde não pode ser reduzida à distribuição de atendimentos aos doentes.

Uma injustiça particularmente séria é a falta de oportunidade que alguns podem ter de obter boa saúde por causa de arranjos sociais inadequados, ao contrário, por exemplo, de uma decisão pessoal de não se preocupar particularmente com a saúde. Nesse sentido, uma doença que se deixa de prevenir ou tratar por razões sociais (como a pobreza ou a força brutal de uma epidemia localizada em determinada comunidade) e não por razões de escolha pessoal (por exemplo, fumo ou outros comportamentos arriscados de adultos) tem uma relevância particularmente negativa para a justiça social. (SEN; KLIKSBERG, 2011, p. 57).

Na perspectiva da atenção à saúde da população, as ações empreendidas necessitam de uma concepção mais ampla, capaz de incorporar os condicionantes biológicos, econômicos, sociais, ambientais, políticos e culturais do processo saúde/doença. Ao assumirmos essa concepção, também precisamos considerar, de acordo com os autores, a capacidade de realização de uma vida saudável e os condicionantes concretos para que essa realização de fato ocorra.

O argumento pela equidade em saúde não pode ser apenas uma exigência sobre como o atendimento de saúde, especificamente, deve ser distribuído (ao contrário do que se presume algumas vezes). Os fatores que podem contribuir para a conquista e a perda da saúde vão muito além do atendimento de saúde, e incluem muitas influências de diversos tipos, variando desde predisposições genéticas, renda individual, hábitos alimentares e estilos de vida, por um lado, até o ambiente epidemiológico e condições de trabalho, por outro [...]. Equidade na saúde não pode ser entendida em termos de distribuição de atendimento em saúde. (SEN; KLIKSBURG, 2011, p. 57-58).

A concepção de saúde incorpora à “assistência” e à “cura”, aspectos fundamentais de promoção da saúde, a partir da compreensão dos seus condicionantes, presentes no modo como as pessoas vivem e nas oportunidades que podem desfrutar para se manterem saudáveis. A já referida “Carta de Ottawa” (1986) marca uma nova postura ao descrever os pré-requisitos básicos para a saúde da população:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. (CARTA DE OTTAWA, 1986, s. p.).

A compreensão desses pré-requisitos à saúde das populações não permite mais que a tentativa de equacionar os problemas nessa área fique circunscrita ao setor “saúde” e oferta de médicos. O envolvimento de outros setores no planejamento e acompanhamento dos movimentos de “mudanças no setor saúde” é fundamental para a tentativa de equilíbrio das iniquidades e garantia de respeito aos direitos humanos, em especial, à realização da vida, em seu sentido pleno.

As políticas instituídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) têm sido referendadas a partir de conferências internacionais. Dessas conferências, as que tiveram um maior destaque são a de Alma Ata, em 1978, que pontuou a necessidade de ações integradas de saúde (AIS) e a de Ottawa, em 1986, que reforçou a ideia de promoção da saúde. A representação brasileira se deu somente em Alma Ata, uma vez que a Conferência de Ottawa foi exclusiva para países desenvolvidos e alguns poucos convidados. Após Ottawa, a OMS adotou a regionalização de conferências, com o mesmo tema, em Jacarta (Indonésia), em *Port Spain* (Caribe) e em Bogotá (Colômbia), contemplando os países periféricos. O Brasil esteve representado em Bogotá (STOTZ; ARAUJO, 2004).

A descentralização das conferências internacionais de saúde ocasionou uma mudança das estratégias adotadas pela Organização Mundial da Saúde, em âmbito planetário. Também é

possível se perceber um importante deslocamento do próprio conceito de saúde, que passa a ter um sentido hegemônico universalizado.

No encaminhamento das estratégias regionais, a Carta de Bogotá recomenda a disseminação da “cultura da saúde”, no sentido de modificar valores e atitudes das populações. Enfatiza que é fundamental criar novas ideias sobre a saúde.

Criar ideias de saúde mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto nesse campo’. Exceto as ‘ações transcendentais’, que não atinamos o que possa ser, todos os demais pontos compõem claramente um programa de extremo autoritarismo. Pressupõe que as pessoas não têm uma cultura da saúde, não veem a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância. Há subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular (STOTZ; ARAUJO, 2004, p.12).

O resultado de Bogotá permite-nos inferir que, se não é possível tornar a saúde decorrência de um novo patamar de desenvolvimento social e humano (portanto, multissetorial), resta investir na disseminação de uma nova cultura de saúde. “Como a ação educativa tem um custo menor, pode-se concluir que chegamos a um modelo de saúde a um custo promocional...para os pobres, naturalmente” (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 13).

No Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária e a Oitava Conferência Nacional de Saúde (em 1986)⁷, impulsionaram a discussão de estratégias multissetoriais para dar conta da mediação saúde x condicionantes políticos, econômicos, sociais, estruturais e culturais. Entretanto, essa discussão parece ter se restringido ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua rede de prestação de serviços.

A promoção da saúde enfrenta esta realidade sanitária na medida em que oferece condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural e coloca a serviço da saúde, os saberes e ações produzidos nos diferentes campos do conhecimento e das atividades. (BRASIL, 2002, p. 14).

Com honrosas exceções, a discussão das estratégias de atenção à saúde não conseguiu atingir setores como educação, transporte, habitação, trabalho e planejamento urbano/rural, adotando-se, de fato, uma perspectiva de promoção da saúde (respeitando os condicionantes culturais) e prevenção de morbidades perfeitamente evitáveis na atualidade. Para que sejam adotadas medidas realmente adequadas ao conceito ampliado de saúde é necessário um diagnóstico apropriado da situação atual das regiões e suas contradições quanto às condições de vida das populações.

⁷ A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um importante marco no Brasil, pois pela primeira vez a população participou das discussões que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir de um conceito ampliado de saúde: promoção, proteção e recuperação.

La elevación de la calidad de vida es un ideal para todas las personas y también, con mayor o menor intensidad, con mayor o menor acierto, para las políticas de los Estados. Las políticas sanitarias han de procurar no sólo prolongar la vida, sino también incrementar su calidad. Claro que en este empeño debieran participar todos los sectores de la sociedad y no sólo el sector de la salud. (GARCÍA-VINIEGRAS, 2008, p. 33).

No contexto urbano, o grande crescimento demográfico das cidades, sem mecanismos regulatórios e infraestrutura apropriada, teve repercussões importantes na saúde das pessoas. São comuns os problemas relacionados: (1) aos serviços de saneamento básico; (2) à coleta, seleção e destinação adequada de lixo; (3) às condições de habitação das famílias; (4) à poluição da terra, do ar e da água, além de outros problemas ambientais. Normalmente, todos esses problemas assumem um peso maior na existência das populações carentes, gerando ainda mais desigualdade e iniquidade na atenção à saúde (GOUVEIA, 1999).

A saúde emerge como um tema interdisciplinar que merece especial atenção na compreensão da dinâmica da vida contemporânea. As cidades, cada vez mais, têm se tornado ambientes insalubres, onde é visível a incapacidade de assegurar qualidade de vida às pessoas. Além disso, convivemos com as consequências da industrialização e da degradação ambiental o que repercute, também na saúde urbana e na qualidade de vida.

Cabe salientar que a crescente urbanização, a partir da Modernidade, bem como o desenvolvimento da ciência, especialmente, na área da saúde, teve um papel fundamental no aumento da expectativa média de vida das populações. Contudo, se no princípio do fenômeno de migração do campo e expansão urbana, as cidades eram tidas como sinônimos de melhor qualidade de vida e saúde, hoje, esse quadro vem mudando radicalmente, com a deterioração das condições ambientais, o aumento dos índices de pobreza, o surgimento de novas ameaças epidemiológicas à saúde e o ressurgimento de epidemias até então controladas (GOUVEIA, 1999).

Problemas se acumulam em diversas áreas: na mortalidade materna, nos abortos ilegais, nas doenças infecciosas, como dengue e leishmaniose visceral, nas doenças crônicas e na violência e acidentes. Todos eles se misturam aos desafios sociais, ambientais e econômicos, que afetam diretamente as condições de saúde e com os quais os problemas de saúde listados se articulam. (BARRETO, 2012, p. 49).

A busca pelo aumento da equidade e melhoria das condições de saúde da população, como pudemos perceber, não se limita aos atendimentos de saúde, ou mais especificamente, aos atendimentos médicos, contrariamente ao que muitos presumem. O que de fato importa, em termos de conquista ou perda da saúde abarca várias outras questões, que merecem uma análise interdisciplinar e multiprofissional, além de ações interssetoriais.

A equidade na saúde tem muitos aspectos, e é mais bem vista como um conceito multidimensional. Ela inclui questões sobre a realização da saúde e a capacidade de realizar a boa saúde, não apenas sobre a distribuição de atendimento de saúde. Mas ela

também inclui a justiça processual e, portanto, deve associar importância a não discriminação na entrega de atendimento de saúde. (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 90).

Sem dúvida, a questão da equidade na saúde nos remete a reflexões muito mais amplas do que a distribuição de atendimentos e envolve o que se entende por justiça social, bem como a análise dos arranjos sociais presentes nos diferentes contextos.

Um engajamento adequado com a equidade na saúde também requer que as considerações sobre saúde sejam integradas a questões mais amplas de justiça social e equidade como um todo, prestando a atenção adequada à versatilidade dos recursos e ao alcance e impacto diversos dos diferentes arranjos sociais. (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 90-91).

No Brasil há a vinculação entre as discussões sobre a necessidade social de atenção integral à saúde da população, via Sistema Único de Saúde (SUS), e uma política social que preconiza a formação de profissionais da saúde capazes de compreender e atuar nesse sistema, o que auxiliaria no rompimento da visão hegemônica de priorização da assistência especializada em doenças.

De acordo com Cecílio (2015, p. 02-03), as **necessidades de saúde** (enquanto necessidades sociais) poderiam ser organizadas em quatro grandes conjuntos de necessidades: **(1) boas condições de vida**, traduzidas, individualmente, em como o sujeito vive e quais necessidades de saúde esse modo de vida gera; **(2) acesso à tecnologia de saúde**, identificada como ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida do sujeito (aqui se fala tanto de tecnologias duras/complexas, como tecnologias leves)⁸; **(3) insubstituível criação de vínculos** (a)efetivos entre as pessoas (usuários) e os profissionais da saúde; **(4) crescente autonomia na condução da sua vida** e das suas escolhas, bem como na luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

2.4 Necessidades Sociais e Política de Educação Superior no Brasil

Como já ressaltamos, uma das faces das necessidades sociais é que elas podem se concretizar em Políticas de Estado ou de governo pelas múltiplas vozes da ação cidadã. Assim, articulando o tema “necessidade social” no contexto das Políticas de Educação Superior e “formação de recursos humanos” para a nação, percebemos a tentativa de relacionar essas duas variáveis, sempre que possível, nos discursos e na legislação. É necessário procedermos à

⁸ “Cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada momento singular em que vive. O diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial, para determinada pessoa, em determinado momento da sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame de cineangiocoronariografia para outro, que vive outro momento” (CECÍLIO, 2014, p.03).

“análise das relações existentes entre a formulação de políticas públicas, demandas sociais e participação política” (STOTZ, 1991, p. 07).

No processo de autorização de novos Cursos de Medicina há um momento destinado à manifestação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a Portaria Normativa N° 40, Art. 29:

Art. 29. Os pedidos de autorização de cursos de Direito, Medicina, Odontologia e os demais referidos no art. 28, § 2º do Decreto n° 5.773, de 2006, sujeitam-se a tramitação própria, nos termos desta Portaria Normativa. (NR)

§ 1º [...].

§ 2º Nos pedidos de autorização de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e os demais referidos no art. 28, § 2º do Decreto n° 5.773, de 2006, será aberta vista para manifestação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo prazo de 60 dias, prorrogável por igual período, a requerimento do CNS. (NR)

Essa manifestação (favorável ou desfavorável à criação do curso) está embasada na Resolução N° 350/CNS que, por sua vez, define três eixos de análise: (1) necessidade social; (2) projeto político pedagógico coerente com as necessidades sociais; (3) relevância social do curso.

Esses três eixos, assim postos, já remetem para a dificuldade de compreensão de qual seria mesmo o objeto de avaliação de cada um deles, embora a referida Resolução discrimine alguns pontos a serem considerados. Não se nega a importância de vinculação da autorização de funcionamento de um curso com o contexto da realidade social em que está inserido; entretanto, a indefinição dos eixos mencionados, por remeterem necessariamente a interpretações subjetivas, dificulta a avaliação de diferentes solicitações a partir de critérios aproximados.

Nesse sentido, a própria Resolução (N° 350/CNS, de 09 de junho de 2005) reconhece a implicação subjetiva da avaliação e recomenda, no item 4-c:

Aplicação dos princípios gerais e dos critérios sem ser genérica, devendo implicar, sempre que possível ou necessário, o estudo caso-a-caso, a fim de contemplar a relevância social do curso diante das necessidades sociais e regionais ou da sua capacidade de apoiar locais e regiões do país de maneira responsável, contínua e capaz de ampliar capacidades assistências, tecnológicas e pedagógicas locais.

Segundo Oliveira Filho (2012, p. 01), “há uma indefinição sobre o significado do termo *necessidade social*. Corre-se o risco de obter consequências imprecisas ao se tentar construir políticas educacionais quando se utiliza dessa expressão como referência”. A imprecisão conceitual presente na Resolução do CNS “impossibilita a determinação das dimensões e, conseqüentemente, dos indicadores (medidas) que devem ser considerados relevantes” (OLIVEIRA FILHO, 2012, p. 01).

Apesar de sua compreensão ambígua, o termo “necessidade social” tem sido amplamente utilizado pelo Ministério da Educação (MEC) em diferentes documentos que procuram apontar critérios para a oferta de Cursos de Educação Superior no Brasil. Como exemplo, pode ser citada

novamente a Portaria Normativa Nº 40, de 12 de dezembro de 2007⁹ (principal referência para processos de regulação, avaliação e supervisão da Educação Superior no sistema federal de educação) que, no parágrafo §8º, do mesmo Art. 29 diz:

§ 8º Os pedidos de autorização de Cursos de Medicina deverão ser instruídos com elementos específicos de avaliação, que possam subsidiar a decisão administrativa em relação aos seguintes aspectos:

I - demonstração da relevância social, com base na demanda social e sua relação com a ampliação do acesso à Educação Superior, observados parâmetros de qualidade.

Percebemos que tanto a política regulatória do Ministério da Educação (MEC) quanto à do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere às imposições destinadas às Instituições de Ensino Superior (IES) ficam comprometidas pela imprecisão conceitual de “necessidade social” e sua falta de indicadores e medidas observáveis.

Observa-se, ademais, que, embora recorrentemente utilizado pelo poder público para referenciar a política da Educação Superior, a expressão “necessidade social” ainda não foi devidamente definida ou qualificada. Talvez, justamente em decorrência desta indefinição, o conceito esteja sempre presente nos dispositivos legais – sem os devidos esclarecimentos dos critérios a serem observados pelos cursos e IES para o cumprimento das exigências estabelecidas – mas seu efeito prático e objetivo seja, no mínimo, controverso. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p.07).

Supondo que a indefinição conceitual de “necessidade social” seja proposital para respeitar a autonomia das instituições e não criar “amarras” ao sistema de Ensino Superior, então parece não haver motivos para que esteja presente em vários textos legais. Enquanto houver imprecisão no conceito, o mesmo acaba por permitir a criação de diferentes indicadores, justificando diferentes políticas educacionais e diferentes propósitos de ações das IES e do poder público.

“É possível justificar a criação de cursos [...] em todas as localidades do país, apenas tomando-se o cuidado de apresentar justificativas diferenciadas por região” (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p.09). Isso significa que, conforme os indicadores eleitos se pode coibir ou justificar a criação de cursos de Educação Superior em qualquer localidade. Persistindo a imprecisão, a justificativa da abertura ou não de um curso acaba por depender da criatividade daqueles que elaboram os indicadores e as argumentações, justificando a importância daquele curso naquele contexto.

Em face do exposto até então, persiste a interrogação: por que o poder público utiliza o conceito de necessidade social na regulação da abertura de cursos superiores? Com que intenções o Governo Federal pode estar trabalhando quando coloca tanta ênfase na necessidade social? O

⁹ Republicada em 29 de dezembro de 2010. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da Educação Superior no sistema federal de educação, e o Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos Superiores e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banco de avaliadores (Basis) e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e outras disposições.

governo tanto pode estar preocupado com o acesso à Educação Superior, pela população brasileira, quanto pode estar considerando a possibilidade de prover, através das instituições de Ensino Superior, melhorias nas condições de vida do país. A existência de um conjunto de carências (necessidades), cujo atendimento é socialmente sancionado como legítimo (inclusive em certos casos, do ponto de vista jurídico) implica a obrigação política na sua atenção (STOTZ, 1991, p. 15).

Na área da saúde, a relação entre instituição formadora e serviços prestados/assistência aos problemas de saúde prioritários é muito perceptível, embora questionável, pois, sozinha, uma instituição não conseguirá atuar nesse sentido.

Os problemas de saúde prioritários devem ser identificados em conjunto por governos, organizações de saúde, profissionais de saúde e pelo público. A responsabilidade social pode ser traduzida, portanto, como um esforço conjunto do sistema de saúde e das instituições de ensino em fornecer pessoal técnico pronto para servir comunidades e países. (GRANT, 2012, p. 225).

Considerar a importância de uma instituição superior na prestação de serviços à comunidade pode ser uma alternativa facilmente utilizada para direcionar e justificar a abertura de cursos, porém, dificilmente servirá como estratégia para coibir a oferta. Para Martignoni e Molhano (2005), é praticamente impossível que a não oferta de um curso superior acarrete prejuízos à vida econômica, social e cultural de determinada localidade.

A partir dessa afirmativa percebe-se a utilização de mais um critério, associado à necessidade social, nos documentos legais que reportam a abertura de cursos superiores no nosso país. Esse critério refere-se ao número de profissionais por habitantes nos Estados, nas Regiões ou nos Municípios da Federação.

O Ministério da Educação, através das Portarias Normativas Nº2 e Nº3¹⁰, de 1º de fevereiro de 2013, (que normatizam a abertura de novos Cursos de Medicina, bem como o aumento de vagas em cursos já existentes) condicionam a definição da autorização de funcionamento e do número de vagas autorizadas à análise de uma tabela, confeccionada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde. Nessa tabela é informada a relação entre número de vagas e número de médicos, por habitante, por Unidade da Federação.

¹⁰ Portaria Normativa Nº2, de 1º de fevereiro de 2013 – estabelece os procedimentos e o padrão decisório de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013.

Portaria Normativa Nº3, de 1º de fevereiro de 2013 – estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino e dá outras providências.

Assim, por exemplo, as referidas portarias estabelecem limites máximos de números de vagas para Unidades da Federação, utilizando como parâmetro a relação de vagas por 10.000 habitantes maior ou igual a 1,3 ou menor que 1,3. No primeiro caso, o limite máximo de vagas autorizado é menor do que no segundo caso.

Procura-se regular a localização da formação do profissional de medicina, a partir do diagnóstico da necessidade de melhor distribuição de médicos. Isso seria realizado tanto através do levantamento da demanda pela Educação Superior como por indicadores de necessidade social. Nesse sentido, o(s) documento (s) associa(m) a distribuição de profissionais de medicina, medidas pela razão médicos por habitante, à distribuição da localização da formação de profissionais, medida pela razão entre vagas em Cursos de Medicina e o número de habitantes. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p. 14).

Na área da Medicina, a explicitação da relação profissionais médicos por habitantes e da relação vagas de formação por habitante, reforça o que tem sido apontado por estudos do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013)¹¹, dentre outros: a distribuição de médicos nas diferentes regiões do território nacional não é equânime; há uma concentração de profissionais em áreas urbanas e economicamente mais desenvolvidas.

A utilização da relação profissionais/vagas/população pode estar apoiada nas seguintes premissas:

(a) o número de vagas por habitante reflete, de forma adequada, o número de estudantes que se tornarão profissionais na mesma localidade em que se formaram; (b) aqueles que se formam na região exercerão a profissão na própria região; (c) a constatação de que a fixação do número de profissionais por habitante é um indicador adequado para o atendimento das necessidades de profissionais da saúde; (d) os indicadores de “necessidade social”, utilizados refletem de forma adequada à demanda por profissionais da área; (e) os profissionais existentes atuarão para resolver a “necessidade social” identificada. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p. 16).

Entretanto, os mesmos autores apontam fragilidades nessas premissas, ressaltando que somente é possível acreditar na fixação do profissional na região em que se formou se também acreditássemos na ausência de migração entre os profissionais já formados. O fenômeno da migração resulta de um sistema capitalista de livre oferta e demanda, em que o salário e as oportunidades em determinadas regiões servem de incentivos para que profissionais formados migrem em busca de melhores salários e melhores oportunidades de desenvolvimento e exercício da ocupação.

A realidade contradiz o discurso feito pelas corporações e pelo governo. A realidade desautoriza os instrumentos de política para a educação quando, por exemplo, procura-se relacionar o número de vagas nas instituições de Educação Superior, por não considerar as elevadas taxas de migração interestadual e municipal existentes no país. (NUNES; CARVALHO, 2007, p. 208).

¹¹ Em fevereiro de 2013, o Conselho Federal de Medicina apresentou um Relatório de Pesquisa com o título “Demografia Médica no Brasil”, que aponta cenários, indicadores e resultados da distribuição dos profissionais no território nacional.

Quanto à migração intermunicipal acresce-se um dado importante. Muitas IES estão localizadas em cidades universitárias que recebem estudantes de vários municípios de sua região de abrangência e de fora dela. Além disso, muitas dessas cidades não possuem um mercado de trabalho com a capacidade de absorver toda a mão de obra formada, favorecendo a migração enquanto um fenômeno obrigatório. Além da inevitável migração, a formação ou existência de profissionais em determinada região não é garantia de que as “necessidades sociais” existentes serão atendidas ou superadas.

Para isso, seria preciso incorporar esses profissionais a políticas públicas capazes de solucionar os problemas existentes. Isso ultrapassa o escopo de atuação e responsabilidade das IES [...]. Formar qualquer tipo de profissional (médicos, advogados ou engenheiro, etc.) e fixá-los em região não se relaciona necessariamente com a solução de problemas, uma vez que o livre exercício profissional pode levá-los a atuar em programas públicos ou a favor de clientela específicas. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p. 22-23).

Outro aspecto controverso se refere à fixação de um número “ideal” de profissionais por habitantes, uma vez que é facilmente questionável a partir da análise de múltiplos e diversos contextos. A própria Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), não fixa um número recomendado de médicos por habitante e remete a discussão para a análise das diferenças de realidades entre os países, as regiões e os municípios.

A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país. Isso torna impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma “cifra ideal” a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta. (FRANGIEH, 2013, p. 01).

O Brasil é um perfeito exemplo desse problema, se analisado a partir de suas dimensões continentais. O número ideal de médicos e leitos requeridos por determinada região rural do norte do país, onde os principais problemas de saúde são as doenças tropicais, certamente, não é o mesmo presente nas regiões metropolitanas de capitais como São Paulo, onde está presente uma altíssima concentração de população urbana e cuja necessidade de assistência médica e hospitalar está relacionada a causas externas (acidentes de trânsito, violência...) e a doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer), ocasionadas pelos estilos de vida (FRANGIEH, 2013).

Também a quantidade de leitos hospitalares ou de médicos, por número de habitantes, em determinado município, não se configura numa evidência suficiente para avaliar o sistema de saúde do mesmo. Se tivermos como exemplo um pequeno município, que não dispõe de hospitais, mas que está integrado a um consórcio de saúde, pode se tornar mais viável, economicamente falando, levar seus pacientes a um hospital de referência num município

vizinho, do que manter um hospital próprio. O índice de leitos por habitantes é zero, entretanto a população não está desassistida.

Não existe modelo teórico ou científico unanimemente aceito para prever a necessidade de médicos [...]. É preciso ir além da contagem dos médicos “por cabeça”, método usado em várias abordagens do estudo *Demografia Médica no Brasil*. Contar a população e dividi-la pelo número de médicos é útil para demonstrar desigualdades e fazer comparações, mas ao tratar como iguais unidades de um universo tão complexo quanto heterogêneo, o indicador é insuficiente para orientar políticas e tomadas de decisões. (SCHEFFER, 2013, p. 13).

Então, é possível afirmar que não existe uma especificação objetiva e precisa do número de profissionais que seriam necessários para atender às necessidades de determinada população. Assim, regular a oferta de Educação Superior a partir da definição de número de profissionais e de uma indefinição conceitual de “necessidade social” é, no mínimo, uma atitude temerária.

Entretanto, em notícia veiculada no Portal do Ministério da Educação, em 09 de julho de 2013, novamente o Governo Federal se utiliza da relação número de médicos por habitante para justificar a implantação do Programa Mais Médicos, lançado na mesma data:

O Brasil tem hoje, 1,8 médico por mil habitantes. O número é baixo em relação a países como Uruguai (3,7) e Argentina (3), além de Estados Unidos (2,4), Alemanha (3,6), França (3,5), Espanha (4) e Portugal (3,9). São Paulo (2,4), Rio de Janeiro (3,4) e Distrito Federal (3,4) são unidades federativas com número de médicos superior ao da média nacional.

O Programa Mais Médicos, como já colocado, tem como finalidade a formação de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde - SUS e destaca, dentre os seus objetivos, o de “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde” (BRASIL, 2013).

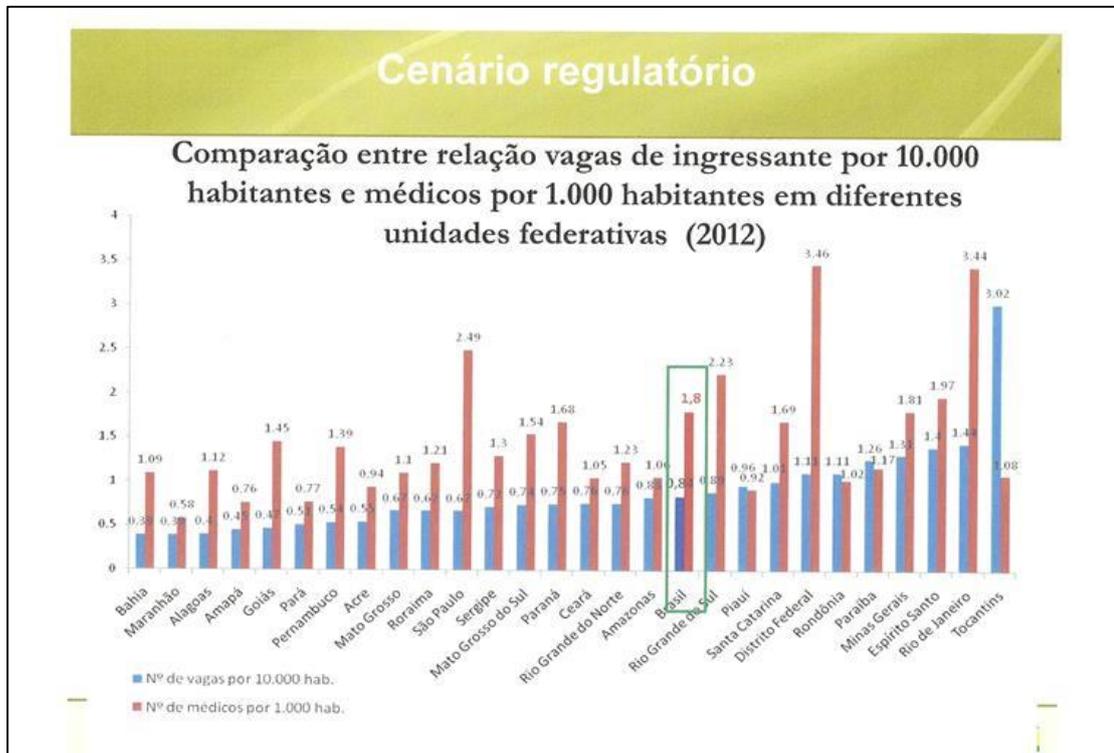
As duas figuras (02 e 03), a seguir, ilustram outra tentativa de comparação dos números brasileiros com os números de outros países, no que se referem à formação médica, justificando a adoção das medidas previstas no Programa Mais Médicos, tais como a ampliação da oferta de vagas em Cursos de Medicina do país, especialmente, em regiões onde a densidade médico por habitantes é baixa.

Figura 02 – Ingressantes de Medicina



Fonte: Ministério da Educação, 2013.

Figura 03 – Cenário Regulatório



Fonte: Ministério da Educação, 2013.

Na Figura 03, percebemos a ênfase dada às discrepâncias entre número de médicos por 1.000 habitantes e número de ingressos em Cursos de Medicina por 10.000, nos diferentes estados brasileiros. Essas discrepâncias, de acordo com o Programa Mais Médicos, é que deveriam ser minimizadas no cenário nacional.

Cabe lembrar que são legítimas as preocupações do governo federal no que se refere ao acesso da população aos serviços básicos e à qualidade da formação dos profissionais no cenário nacional. Entretanto, a garantia de que tais preocupações estão sendo atendidas com ações específicas não virá da especificação de número de vagas/profissionais/habitantes. É preciso uma análise muito mais complexa, que contemple outros indicadores.

O governo percebe as necessidades de saúde da população de uma forma: a demanda por serviços. “O conceito se apresenta de modo “prático”, “operacional”, posto que incorporado a uma subárea técnica, voltada para a racionalização de recursos escassos e que tem como implicação a atenção a interesses parciais de uma dada sociedade” (STOTZ, 1991, p. 16).

Martignomi e Molhano (2005) questionam a utilidade de se estabelecer um teto de pessoas que podem exercer uma profissão. Os autores vinculam a resposta a reservas de mercado e atitudes corporativas que, não só restringem a liberdade das pessoas de buscarem a formação profissional que desejam como impedem as instituições de contribuírem positivamente para o sistema educacional local.

Qual a utilidade de se estabelecer o número máximo de pessoas que podem exercer determinada profissão? Restringir o número de profissionais só atende a demandas corporativas e de reservas de mercado. Por que estabelecer teto máximo na formação acadêmica? [...] Formação acadêmica não precisa ter nexos algum com a formação profissional. A educação como forma de transmissão formal de conhecimento deve estar franqueada a qualquer cidadão. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p. 28).

A sociedade do conhecimento, em pleno século XXI, não pode negar acesso à educação formal àqueles que assim o desejarem; como justificar a limitação de vagas à determinada formação universitária?

A educação é um bem público de apropriação individual [...]. Corre-se o risco de limitar o acesso ao Ensino Superior a enormes contingentes populacionais, de “politizar” a questão educacional, desviando o foco do principal objetivo da IES, ou seja, oferecer ensino e, também, de impedir abertura de cursos que poderiam ter consequências positivas sobre o sistema educacional local. (MARTIGNOMI; MOLHANO, 2005, p. 29).

O Ensino Superior é fator importante nos condicionantes de desenvolvimento e melhoria das condições de vida de determinadas regiões e não há nada errado em pensá-lo enquanto instrumento de política pública para alavancar soluções para problemas existentes. No entanto, a Educação Superior possui uma dimensão muito maior, em termos de possibilidades e, uma vez

instituída, pode dar origem a projetos, programas e ações que nem sequer haviam sido pensados em sua concepção inicial.

A esse respeito, em 2009, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) realizou a Conferência Mundial sobre a Educação Superior em Paris, França, cujo objetivo foi o de enfatizar as possibilidades de mudança social e de desenvolvimento advindas da Educação Superior. Nessa Conferência, percebemos o destaque para as instituições de Ensino Superior como responsáveis sociais pela redução das lacunas no desenvolvimento nos diferentes países, devendo aumentar substancialmente as transferências de conhecimentos (especialmente, para países em desenvolvimento), atuando na diminuição do impacto da transferência de “cérebros” para países desenvolvidos e no fortalecimento da circulação da ciência (UNESCO, 2013).

Em outros dois artigos, Rolim e Serra (2009a, 2009b) apresentam resultados de uma pesquisa que procurou avaliar o impacto de uma instituição de Ensino Superior na região na qual ela está inserida. Nessa pesquisa, constataram que tal impacto é muito grande, superando as questões da demanda agregada regional, que é absorvida pela oferta do Ensino Superior, mas, também, alcançando a qualificação da força de trabalho, o aumento da produtividade gerado por pesquisas focadas, a solução de problemas locais e o aumento significativo do nível geral de conhecimento e de cultura. Os autores salientam a instituição de Ensino Superior como um lócus regional de inovação e constituição de cidadania.

Rolim e Serra (2009b, p.89) destacam que “o papel das universidades no processo de desenvolvimento regional vem recebendo uma atenção crescente, nos últimos anos, e está sendo considerado como elemento-chave deste processo”. Entretanto, fazem uma importante distinção entre a universidade que está na região e a universidade que é da região. No primeiro caso, a universidade simplesmente está na região, porém não estabelece vínculos e compromissos de desenvolvimento com a mesma e todo o produto do seu trabalho é drenado para o contexto nacional ou internacional. Já o segundo caso, refere-se à universidade concebida, gestada e articulada com o contexto regional; uma instituição que está inserida nos cenários nacional e internacional, mas que está intimamente comprometida com as questões e com o futuro da sua região de abrangência.

A sinergia existente entre os objetivos e interesses da universidade e os objetivos e interesses da região colocam desafios no sentido de potencializar as oportunidades e enfrentar os problemas e as dificuldades surgidas. No caso da saúde, essa sinergia é fundamental no enfrentamento histórico das necessidades de saúde da população.

Experiências localizadas – muitas vezes associadas a programas de extensão universitária ou a movimentos sociais – apontam possíveis caminhos para a democratização dos serviços e da política de saúde. A atuação cotidiana dos profissionais, dos médicos aos agentes comunitários, passando por odontólogos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, cria ‘representações de clientela’, quer dizer, uma classificação da população, dos seus problemas com relações mais amplas, com modos de vida. (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 16).

Tais representações, por vezes, trazem consigo uma carga de preconceitos que ficam evidentes em comentários jocosos, com relação aos usuários dos serviços de saúde, no dia a dia, entre as equipes. Isso pode ser exemplificado quando dois profissionais comentam sobre uma paciente: “lá vem a Maria das dores novamente; será que não tem o que fazer em casa?”. Entretanto, a presença do meio acadêmico junto ao serviço pode ser uma importante oportunidade de avaliação e reflexão acerca das práticas desenvolvidas, no sentido de superar as limitações impostas pelas rotinas exaustivas nas unidades de saúde. Na ambientação de aprendizagem, os serviços conseguem visualizar o alcance das suas metas, adequar suas propostas e compreender o atendimento a partir da perspectiva da população.

Deve-se admitir que, para sobreviver, todos precisam dispor de uma teoria implícita. Para a maioria da população – que vive apenas de seu trabalho numa vida em que o presente está mais marcado pelo passado do que pelo futuro – os problemas de saúde relacionam-se a impasses da vida, situações de opressão e injustiça. A humildade e a timidez dessas pessoas costuma ser interpretada como expressão do ‘conformismo’ gerado pela pobreza. Mesmo quando isso acontece, pode ser que a tentativa de negar certos aspectos dramáticos seja uma atitude defensiva, uma alienação consciente e não ignorância. (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 16).

Então, a lógica do desenvolvimento, da compreensão das necessidades sociais e da atenção à saúde deve ser aquela que prioriza a possibilidade de escolhas, o acesso aos serviços, compreendendo a saúde como um direito social.

Contudo a equação fica incompleta, caso não se supere o autoritarismo típico da cultura da saúde pública vigente. Por isso consideramos um equívoco quando os macros programas (ou ‘ideários’) internacionais como a Promoção da Saúde preconizam uma nova cultura de saúde para a população. (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 17).

Parece-nos que, dessa forma, é o setor saúde que precisa de uma redefinição da cultura; precisa de uma “nova cultura”. E, essa nova cultura depende, dentre outras ações, da reorientação da formação em saúde, pensando nos novos profissionais, bem como naqueles que já estão atuando e que, por receberem estudantes em seus locais de trabalho, são também educadores. “A saúde é um tema de grande importância para a elaboração de um projeto nacional, já que se relaciona profundamente com as [delimitações] socioespaciais e com os anseios de autodeterminação da cidadania plena em uma dada sociedade” (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009, p. 69).

Aprofundar a importância de uma nova cultura de valorização dos saberes locais e regionais acerca da saúde, bem como a importância de estratégias pactuadas regionalmente torna-se pauta fundamental na formação dos recursos humanos para a atuação no Sistema Único de Saúde Brasileiro, o qual vamos procurar conhecer com mais propriedade no capítulo que segue.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Estava viajando de ônibus a Porto Alegre quando, olhando pela janela, vi em certo lugar uma pequena oficina mecânica [...] escrita em sua frente: "Oficina Mecânica Especialista em Serviços Gerais". Então, quando me perguntam sobre a minha especialidade, eu respondo: "Sou quebra galho" ou, como é mais pomposo, "sou especialista em gerais" (Narciso Sebastião, Clínico Geral. In: SEBASTIÃO, 2012, p. 136).

O Sistema Único de Saúde do Brasil, embora tenha tido início nos movimentos políticos e sanitários das décadas de 1960 e 1970, teve seu ideário principal norteador pela Carta Constitucional de 1988, que garantiu à população brasileira a saúde como “um direito de todos e um dever do estado”.

O texto constitucional demonstra claramente no que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente se refere à saúde coletiva consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (ALEXANDRE, 2011, p. 137).

Apesar da existência do SUS ter sido atribuída à Constituição Federal de 1988, somente foi regulamentada através da Lei 8080 – “Lei Orgânica da Saúde”, de 19 de setembro de 1990. Essa lei deu origem, por sua vez, a uma série de programas governamentais, nas três escalas (federal, estadual e municipal) para garantir a implementação adequada de um novo sistema que rompia, definitivamente, com o modelo anterior, o qual não tinha como prioridade a proposição de políticas sociais abrangentes e solidárias.

O SUS é a maior política pública que o Brasil já construiu. Do ponto de vista de inclusão social, nenhuma fez tanto. Do ponto de vista de acesso, deu oportunidade a contingentes imensos da população brasileira que não tinham entrada ao sistema de saúde. Ao fazer o máximo com os poucos recursos existentes, o SUS prima pela constante busca da qualidade e eficiência. Não há nada no mundo que faça tanto, com tão pouco. (SOLLA, 2012, p. 78).

Muitas metas importantes foram traçadas para garantir o sucesso do SUS, dentre elas, Alexandre (2011, p.141) destaca: “formação e capacitação adequadas dos recursos humanos para o SUS, com distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país”. O próprio sistema federal de formação universitária passou por uma importante mudança, definindo, no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, Diretrizes Curriculares Nacionais de Formação (DCNs) que, no campo da saúde, estabeleceram competências comuns aos profissionais dessa área para atenção ao Sistema Único de Saúde.

No caso específico dos Cursos de Medicina, em 2001, as DCNs indicaram um perfil profissiográfico profundamente marcado pelos princípios do SUS. “Tal perfil deve ser adequado

para que, logo ao graduar-se, este profissional possa ingressar no mercado de trabalho, atendendo às demandas das necessidades básicas de saúde (NBS) da população de forma competente, desempenhando papel relevante no setor” (LAMPERT, 2002, p.21).

Em junho de 2014, novas DCNs para o Curso de Medicina foram homologadas pelo Ministério da Educação. Nessa versão, os princípios de vinculação entre a formação médica e os princípios do SUS não somente são mantidos, como também aprofundados. No art. 8, parágrafo único lê-se:

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2014, p. 07).

Atrelando competência profissional à capacidade de trabalho e atenção aos diferentes cenários do SUS, há uma grande ênfase nas políticas públicas federais à formação de recursos humanos capazes de atenderem nessa perspectiva.

O tema da formação de recursos humanos para o SUS acaba por permear uma discussão mais abrangente que se refere à expansão das vagas em Cursos de Medicina ou abertura de novos cursos. Como já argumentamos anteriormente, tanto o governo federal (para garantir certo controle na autorização de novas vagas/cursos), quanto às instituições de Ensino Superior, sustentam seus argumentos na pretensa contribuição, em termos de formação, capacitação e distribuição equitativa de profissionais no país, para atenção às necessidades básicas de saúde da população.

Trazendo à tona, novamente, as ações do governo federal, através do “Programa Mais Médicos”, ele seleciona municípios que estariam aptos a receberem a autorização para a abertura de Cursos de Medicina, novamente utilizando o argumento da relevância social.

Para determinar a relevância e a necessidade social da oferta do curso, serão observados ainda critérios como número de médicos por mil habitantes na microrregião; demanda social por vagas de graduação em medicina na unidade da Federação na qual se instalará o curso; o respectivo número de vagas por dez mil habitantes e o impacto esperado com a ampliação do acesso à Educação Superior na região. (BRASIL, 2013, s. p.).

Com certeza, é importante darmos o devido destaque ao Projeto de um Curso de Medicina, enquanto formador de recursos humanos, contextualizando-o no processo de concepção e implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. O país precisa, sim, de profissionais formados e qualificados para atuarem no seu sistema de saúde, capazes de

reconhecerem e contribuir com os condicionantes de saúde da população de uma determinada região (e suas especificidades), considerando as dimensões continentais da nossa nação.

De acordo com o relatório “Demografia Médica no Brasil” (SCHEFFER, 2013, p.12), a revisão histórica da formação e distribuição dos médicos “sugere que o aumento persistente do efetivo médico não beneficiou de maneira homogênea todos os cidadãos brasileiros, pois uma série de fatores conduz à heterogeneidade do fluxo de médicos no território nacional”.

O que parece nos faltar é a capacidade de acompanhar, avaliar, evidenciar contradições e redefinir ações, com base em indicadores construídos para esse fim, que possam dar conta do conhecimento mais próximo do real, daquilo que, hoje, se chama “necessidade social” de formação e distribuição de novos médicos. Com apenas pouco mais de vinte anos de existência, o SUS ainda carece de muitas análises e reflexões e contribuições que possam auxiliar na atenção às suas metas ou revisão das mesmas.

É, portanto, uma política muito jovem que tem pela frente muitos desafios, mas que também já galgou muitos avanços no campo da saúde da população e, inclusive, na impulsão de outras políticas sociais [...]. Apesar de todas as dificuldades, o reconhecimento mundial quanto a excelência de vários programas de atendimento à saúde – AIDS, imunização, entre outros – a melhoria de vários dados epidemiológicos e de satisfação da população quanto à qualidade de atenção ofertada pelo SUS são alguns avanços que apontam para a legitimação da política de saúde brasileira. (ALEXANDRE, 2011, p. 142).

O SUS é um importante lócus de pesquisa e possibilita, pela sua complexidade e incompletude, várias abordagens e enfoques, especialmente quando analisado sob a perspectiva regional.

3.1 Política de Atenção à Saúde da População Brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS) é como o nome refere o sistema de saúde oficialmente reconhecido no território brasileiro, tendo formalmente sido estabelecido na Carta Constitucional de 1988. A sua incorporação na Constituição foi configurada mediante proposições que vinham sendo debatidas pelo movimento da Reforma Sanitária, principalmente no que se refere às mudanças necessárias ao papel do Estado. Houve uma reescrita do arcabouço jurídico-institucional da saúde pública no Brasil, remetendo a diretrizes válidas para toda a nação.

O SUS “é composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como elementares” (AGUIAR, 2011, p. 46).

Embora a existência formal do SUS tenha como marco a Constituição Federal, a sua formalização foi amplamente debatida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, momento em que a sociedade brasileira já se encontrava ansiosa por mudanças. Os princípios que fundamentaram essa institucionalização tiveram origem, como já comentamos, nos movimentos sociais das décadas de 1960, 1970 e inícios dos anos de 1980, em prol de uma reforma sanitária.

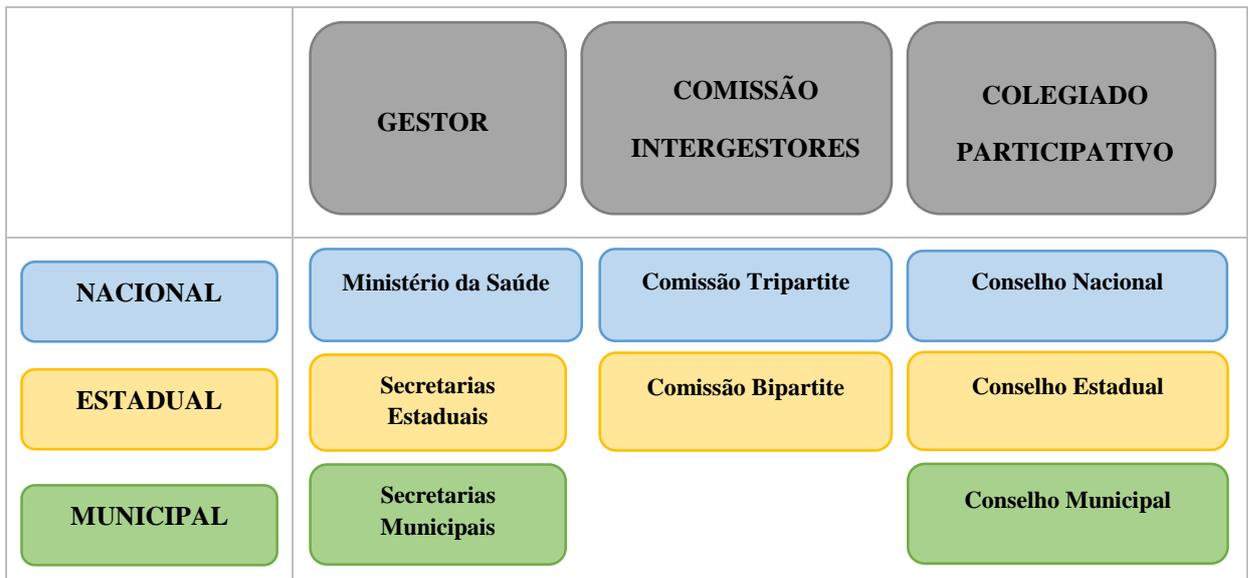
A 8ª CNS representou o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão meramente biologicista; a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade. (AGUIAR, 2011, p. 46).

Trazendo grandes princípios doutrinários, o Sistema Único de Saúde coloca a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção como pauta de organização dos serviços prestados à população. Já os princípios organizativos contemplam a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema, bem como a participação popular e o controle social.

A universalidade, a equidade e a integralidade dependem efetivamente de uma rede devidamente articulada de serviços e recursos, envolvendo todos os níveis de complexidade do sistema. Todo o cidadão brasileiro, por esses princípios, teria acesso a um conjunto de ações relacionadas entre si (preventivas e curativas), de baixa, média e alta complexidade, ou seja, a esse cidadão que procura a rede é oferecida a assistência e o acompanhamento de seu tratamento, através do processo de referência e contra referência no SUS.

Entretanto, para que possa prover as ações derivadas de seus princípios, o sistema precisa da conjugação dos recursos de todas as esferas: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nesse sentido, a formalização de repasses financeiros fundo a fundo, convênios e acordos entre as esferas governamentais por meio de pactuação entre gestores é fundamental. O objetivo maior seria o de oferecer um serviço final de qualidade a todos os entes da federação.

Na Figura 04 temos as esferas governamentais e suas respectivas entidades gestoras. Entretanto, cabe referir que a hierarquização somente funciona quando a logística da rede de atendimento está presente.

Figura 04 – SUS: Esferas governamentais

Fonte: PINTO, 2013, s. p.

Para fins das discussões empreendidas nessa tese, cabe salientar o princípio da regionalização, que mais tarde será aprofundado. A regionalização é vista como uma alternativa de descentralizar as ações de saúde, a partir da construção de redes de atenção que devem permitir acesso aos diferentes níveis de assistência, com resolutividade e qualidade.

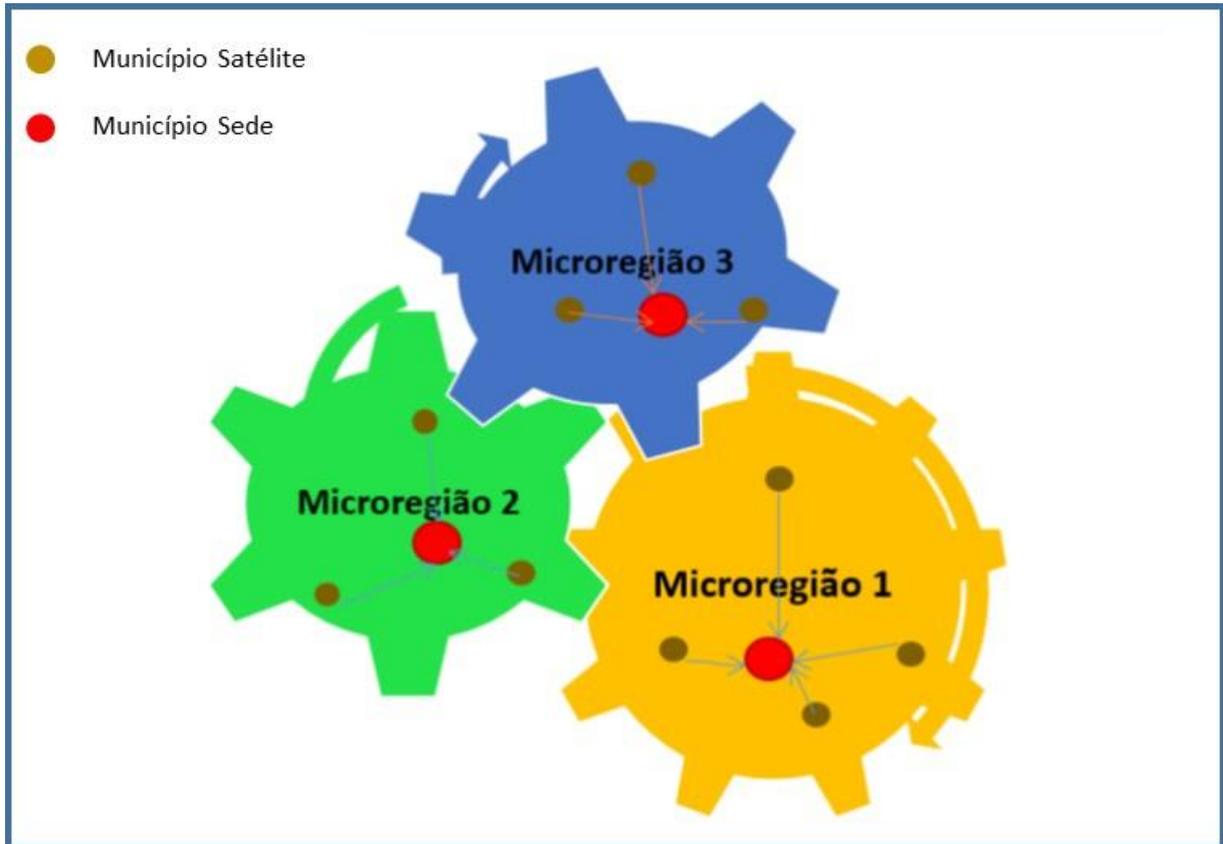
A essas redes, propõe-se o termo “Regiões de Saúde”, definidas como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. (LIMA; LOBO; ACIOLI, 2011, p. 104).

Na configuração das redes estão envolvidas as pactuações de responsabilidade dos gestores municipais (atenção básica, ações de vigilância em saúde...) e estaduais, responsáveis, quando necessário, pela complementação da atenção de média complexidade, por meio da constituição de macrorregiões.

A regionalização é uma importante diretriz do Sistema Único de Saúde devendo orientar a descentralização de ações, recursos e serviços, por meio dos processos de negociação e pactuação entre os gestores. Nos Planos Estaduais de Saúde é possível verificar essa diretriz e suas especificidades.

Na sequência, segue uma representação (Figura 05) de uma rede regionalizada de atenção, onde na microrregião é necessário que se alcance a suficiência na atenção básica e na média complexidade. Já na macrorregião deve haver a preocupação com a atenção de alta complexidade, além das necessidades da vigilância em saúde.

Figura 05 – SUS: Regionalização



Fonte: Adaptado de PINTO, 2013, s. p.

O sistema de saúde do Brasil não pode ser analisado de forma descontextualizada, pois ele é fruto de transformações sofridas nas dimensões político-econômicas dos diferentes momentos históricos. Assim, é possível identificar na política de saúde do nosso país a estreita relação com a ótica capitalista nacional que, por sua vez, também sofre influência da lógica capitalista internacional.

A saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política do estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemias ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda assumida pela Previdência Social e pela medicina liberal. (AGUIAR, 2011, p. 17).

Sendo fruto de uma estrutura econômica, política e social capitalista e tendo como princípios a equidade e a universalidade (que possuem uma racionalidade diferente da lógica de mercado), é possível identificar no SUS uma série de contradições. De acordo com Sen e

Kliksberg (2010), o setor saúde tem essa capacidade de lidar com uma racionalidade contrária à racionalidade de mercado.

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, no final da década de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais de esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 22).

Entretanto, apesar das importantes motivações éticas condicionantes da criação do SUS, por que ele não ainda não atingiu a universalidade na sua cobertura? Alguns autores, como Costa e Carbone (2009, p. 05), mencionam que para muitos o SUS é considerado utopia e que a Constituição Federal de 1988 foi totalmente ousada, assim como a Lei 8080/90, quando estabeleceu os princípios do sistema. De fato, nem a universalidade, nem a equidade e nem a integralidade foram alcançadas no sistema de saúde brasileiro, que teve sua inspiração, dentre outros, no modelo europeu de bem-estar.

Estudiosos da área procuram explicações para as incoerências e contradições do sistema e identificam um forte componente relacionado à existência de “dois” sistemas de saúde paralelos: um público e um privado.

Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta rendas, executivos e funcionários públicos. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 23).

Percebemos, claramente, a existência de simultaneidade entre a introdução do SUS no Brasil e o processo de privatização do seguro social, antes atendido pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps). Houve um aumento muito significativo de consumidores de planos privados de assistência o que, em última instância torna maior a presença das desigualdades sociais, reproduzidas na duplicidade do que deveria ser um sistema único; fica absolutamente clara a existência de iniquidade de acesso a serviços de saúde pelos brasileiros. Conclui-se então que ocorreu a privatização do seguro social, o que somado ao crescimento endógeno do mercado de planos, interditou o projeto estratégico do SUS, o projeto da reforma sanitária (OCKÉ-REIS, 2012, p. 25).

Para Lampert (2002, p. 12-13):

A medicina de modelo hospitalocêntrico foi incentivada e subsidiada pelo Estado, mais precisamente pela cultura "INAMPS" [...]. O especialismo e a mercantilização da medicina, em oposição ao primado da visão integral e à humanização nas relações médico-pacientes, são temas cravados na história das origens da profissão médica no Brasil.

Considerando as iniquidades de acesso um entrave à universalidade, outra situação que merece ser mencionada se refere aos custos imensos que são abrangidos quase que na totalidade pelo sistema público, quando relacionamos os atendimentos a pacientes crônicos e dependentes de hemodiálise, situações de transplantes, cirurgias cardíacas, tratamentos de câncer, entre outros.

Esse fato explica a ampla prestação pública de serviços caros e sofisticados para os consumidores do sistema privado [...]. Ademais, os pacientes de alto risco e com doença crônica “expulsos” dos planos de saúde são atendidos pelo SUS, sem que haja qualquer transferência financeira significativa ao sistema público – apesar do mecanismo do ressarcimento. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 26).

O SUS encontra problemas, ainda, quanto à gestão do sistema e quanto ao financiamento da demanda sempre crescente e o alto custo das ações de saúde. O fato de estar numa realidade econômica, política e social capitalista faz do Brasil um país com uma pirâmide populacional com enormes discrepâncias.

Mais abertamente, existem problemas como: alta prevalência de doenças crônicas entre grupos de mais baixa renda e pobres deixados à espera nas salas de emergência de hospitais; gastos altos e regressivos com medicamentos (desembolso direto); baixo nível de investimentos; falta de médicos em regiões mais carentes e mesmo nos estabelecimentos públicos das grandes cidades brasileiras, uma vez que os médicos são mais bem remunerados em estabelecimentos privados etc. Sem mencionar os problemas sociais que afetam diretamente o sistema, tais como pobreza, injustiça, violência, acidentes de trânsito [...], condições sanitárias precárias. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 26).

Ainda com relação às ações da Política de Atenção à Saúde é possível verificar a grande ênfase colocada na formação de profissionais conhecedores do SUS e habilitados para atender suas demandas como uma grande estratégia de diminuição dos problemas relacionados à universalização (mais profissionais atendendo e em municípios que hoje não contam com os mesmos) e a demanda por serviços de saúde que podem ser financiados nas parcerias com instituições formadoras e prestadoras de serviços do setor privado.

É notável a estreita relação entre a implantação do SUS no Brasil e a ordenação para a formação de recursos humanos para a saúde. A Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, em seu artigo 6º define os seus campos de atuação explicitando o papel norteador do mesmo na definição de políticas e diretrizes para os profissionais da saúde. Também, refere os serviços do SUS como locus dessa formação, bem como possibilidade de incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde.

A repercussão da implantação do SUS nas transformações da formação médica é o que abordaremos a seguir.

3.2 História da Formação Médica no Brasil

Ao estudar a história da formação médica no Brasil descobrimos sua íntima conexão com o processo de construção e de mudanças no sistema de saúde do país. Da mesma forma, a organização do sistema de saúde reflete as concepções, as crenças, as prioridades e as influências econômicas e culturais sofridas pelo povo brasileiro. Entretanto, também a contextualização histórica da medicina no mundo ocidental favorece a compreensão do que somos hoje e das contradições com as quais convivemos na área da saúde. A historicidade é, sem dúvida, uma importante categoria de análise dos fenômenos sociais e permite uma reflexão mais profunda, além da contextualização de discursos, conceitos e ações.

Em 1632, Rembrandt retratou uma aula de anatomia, onde um professor e seus alunos estão diante de um cadáver, para a dissecação de um braço em estudo. O famoso quadro se chama “Lição de Anatomia do Dr. Tulp” e revela o paradigma científico ingressando na formação médica (Figura 06).

Figura 06 – “Lição de Anatomia do Dr. Tulp” (Rembrandt)



Fonte: História Viva, 2014.

Na história de compreensão médica, que nos trouxe à formatação atual do Sistema Único de Saúde, as origens e transformações da chamada Medicina Social foi um fator determinante. “Entre os anos de 1830 a 1850, a concepção de Medicina Social tornou-se hegemônica em alguns

países da Europa (Prússia, Áustria-Hungria, Inglaterra e França) mantendo o seu prestígio nesses países até o século XIX” (OLIVEIRA, 2007, p. 10).

No final do século XIX e início do século XX, as descobertas científicas estavam em grande ascensão e o conhecimento foi se fragmentando em áreas que permitiriam o seu aprofundamento conceitual. “Na medida em que os conhecimentos sobre anatomia, histologia, patologia, bioquímica, fisiologia e microbiologia ampliaram-se, por volta de 1880 a 1905, a visão de Medicina Social perde a hegemonia na Europa e muitos médicos (formadores de opinião)”, especialmente com a descoberta das bactérias, passaram a acreditar que problemas médicos poderiam e deveriam ser tratados sem uma conexão imediata com os problemas sociais. O controle social de doenças esteve, em sua gênese, intimamente ligado ao controle do corpo saudável necessário à produção, ao desenvolvimento industrial (OLIVEIRA, 2007, p. 11).

O fortalecimento da teoria bacteriana e seu prestígio nos Estados Unidos, especialmente a partir da criação da John Hopkins University (1876), inaugurou uma nova lógica hegemônica na educação médica: a associação das ciências básicas com o treinamento clínico para a atenção hospitalar e a expansão das especializações, a partir das descobertas científicas.

Em 1910, há uma importante reforma curricular nas escolas médicas americanas, influenciadas pelo Relatório Flexner (elaborado por Abraham Flexner¹²) que, por sua vez, resultou de um trabalho financiado pela Fundação John Hopkins. Tal relatório visava uma avaliação das diferentes formações médicas que existiam no país e propunha a adoção de um currículo padronizado. O ensino, então, deveria passar a ser realizado por disciplinas oriundas das especialidades, além de abordar um ciclo de ciências básicas e outro ciclo profissionalizante. As especialidades adquirem força e status conforme a ciência avança da mesma forma que a medicina social acaba perdendo espaço na formação da identidade profissional do médico.

Em decorrência dos estudos de Flexner, a formação médica passou a adotar o que ficou conhecido, no meio acadêmico, como “Paradigma Flexneriano”, que possui pelos menos duas características extremamente visíveis nas estruturas curriculares: (1) clara demarcação entre o ciclo básico de formação e ciclo profissionalizante; (2) fragmentação do conhecimento em disciplinas isoladas, com pouca ou nenhuma conexão entre si.

¹² Em 1910, Abraham Flexner publicou o livro “Medical Education in the United States and Canada”.

Figura 07 – Abraham Flexner (1866-1959)



Fonte: NNDB - tracking de entire world, 2014.

Flexner (Figura 07), independentemente de suas intenções, acabou por instituir um modelo dominante de educação médica nos Estados Unidos e, conseqüentemente, por “importação” no Brasil. A “lógica científica” impregnada em sua estrutura paradigmática formou várias gerações de profissionais, impulsionou a pesquisa científica, o avanço das especializações, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de produtos médico-hospitalares.

As recomendações do relatório Flexner, no ano de 1910, impregnaram as escolas médicas brasileiras (EMB) pelo modelo hospitalocêntrico; e a falta de sintonia entre as demandas- sociais e a política educacional propiciou urna enorme expansão no número de EMB nas décadas de 60 e 70. (MARCONDES; GONÇALVES, 1998, p. 307).

Desde o final do século XX a medicina ocidental sofre uma nova crise paradigmática. A ênfase biologicista predominante, associada à alta especialização da atenção médica, tem gerado uma necessidade cada vez maior de equipamentos, exames e fármacos de alto custo. Assim, o debate sobre o custo da medicina contemporânea e a insatisfação da grande maioria da população mundial, que não tem acesso a essa prática médica curativa, impulsiona novas discussões sobre a formação e a atenção à saúde em diversos países.

O rápido avanço científico e tecnológico trazendo a acentuação do processo de especialização/subespecialização da profissão, a progressiva substituição da prática liberal pelo assalariado e a vinculação/submissão a convênios e seguradoras de saúde, a elevação nos custos de procedimentos e serviços, a discussão da Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde no final da década de 80 levaram à exigência de que as EMB fossem forçadas a dar respostas a estas demandas e a participar deste processo de um novo modelo de atenção à saúde da população brasileira, estabelecendo uma nova ética nas relações do sistema como um todo. (MARCONDES; GONÇALVES, 1998, p. 307).

No Brasil, até o início do século XIX, coexistiam vários “tipos” de medicina: “a medicina indígena, a jesuítica e a africana (representada na Figura 08) consideradas de base mais empírica, a holandesa (exercida por cirurgiões e físicos com diplomas obtidos em escolas europeias) e a ibérica considerada oficial pelos colonizadores portugueses” (OLIVEIRA, 2007, p.16). O profissional que praticava a medicina ibérica era formado em instituições e hospitais luso-espanhóis, com tradição academicista teórica, a partir de textos clássicos da antiguidade.

Por mais de duzentos anos nosso país teve a assistência de físicos e cirurgiões habilitados (que detinham licença, carta ou diploma para o exercício da profissão) e de práticos, também chamados de curandeiros, barbeiros, entendidos etc. Mais próxima ao século XIX é que a formação médica adquire status no contexto das profissões, quando começam a trabalhar, no nosso país, brasileiros formados nas faculdades francesas.

Figura 08 – “O Cirurgião Negro” aquarela de Debret (Séc. XIX)



Fonte: Museu Unopar EaD, 2014.

O ensino médico no Brasil teve seu início com a chegada da família real portuguesa e sua corte na Bahia, no ano de 1808. Foram criadas, inicialmente, duas escolas médicas (figuras 09 e 10) nesse ano, na Bahia e no Rio de Janeiro. Isso ocasionou o regramento para a nomeação de professores, que deveriam lecionar anatomia teórica e prática, bem como fisiologia. “O curso completo era realizado em cinco anos, podendo ter matrícula no primeiro ano o aluno que soubesse ler e escrever corretamente” (OLIVEIRA, 2007, p. 17).

Em 1813, essas duas primeiras instituições tornam-se Academias Médico-Cirúrgico e, em 1832, são transformadas em Faculdades de Medicina adotando as regras e programas da Escola Médica de Paris. [...] O enfoque do ensino nessas faculdades permaneceu até o final do século XIX centrado na observação clínica (o modelo de ensino implantado nestas escolas foi orientado pelos princípios adotados nas Escolas Médicas de Paris). (BATISTA; SILVA, 2001, p. 21).

A gênese do modelo de educação médica em nosso país foi inspirada no modelo da Europa ocidental, especialmente França e Alemanha, de onde vieram os primeiros médicos e para onde foram buscar formação os cidadãos brasileiros.

Figura 09 – Faculdade de Medicina da Bahia



Fonte: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014.

Figura 10 – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro



Fonte: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014.

A terceira faculdade de Medicina foi implantada em Porto Alegre, 91 anos depois das duas primeiras. Uma característica marcante dessas faculdades é que funcionavam isoladamente, sem a articulação em torno de um perfil nacional de formação. O diálogo começa em 1929, com a criação da primeira Universidade Brasileira. Dessa forma, do final do século XIX até a República, seguimos com a nítida influência europeia, embora com algumas distorções.

Os modelos aqui adotados, muitas vezes já distorcidos e defasados no tempo, sofreram ainda a influência do darwinismo biológico, do positivismo francês e do materialismo filosófico e político. [...] Ao longo do tempo, ocorreram sucessivas reformas apontado para progressivo distanciamento da influência francesa, substituída pela hegemonia de escola americana. (BATISTA; SILVA, 2001, p. 23).

A “americanização” do ensino médico dá-se (como já comentamos) com a incorporação das recomendações do Relatório Flexner, resultando nas seguintes transformações: (1) as escolas de medicina deveriam ser ligadas às universidades; (2) essas universidades, por sua vez, necessitariam criar departamentos em substituição às cátedras; (3) era fundamental o aprimoramento da pesquisa e, conseqüentemente, do ensino nas áreas biológicas básicas; (4) demarcação de um ciclo de formação básico e de um ciclo de formação profissionalizante; e, (5) priorização do hospital como o lócus de treinamento profissional clínico.

Independente das intenções de Flexner ao elaborar o relatório, a consequência mais preocupante é a incorporação do hospital como campo fundamental do treinamento clínico. Isso ocorreu na maioria das escolas médicas Brasileiras desencadeando a ênfase quase que unicamente hospitalocêntrica do ensino médico da graduação (BATISTA; SILVA, 2001, p. 25).

Em 1969, o hoje existindo Conselho Federal de Educação (substituído pelo Conselho Nacional de Educação) oficializou a adoção de um mesmo modelo de formação para todas as escolas médicas brasileira, fixando os conteúdos mínimos que deveriam ser trabalhados. A existência de “currículo comum” dificultava a autonomia das universidades no sentido de organizarem respostas formativas em decorrência do perfil epidemiológico de suas regiões. Cabe lembrar que o modelo norte-americano de “conteúdos mínimos” foi adotado para a formação de todas as profissões regulamentadas no país.

Para o ciclo básico: noções de Biologia, Ciências Morfológicas e Fisiológicas; Agentes Patogênicos Animados, Imunologia e Processos Patológicos Gerais. Disciplinas profissionalizantes: Fundamentos da Relação Médico-Paciente, Anamnese, Semiologia e Métodos Complementares do Diagnóstico; Aspectos Clínicos, Cirúrgicos e Anatomopatológicos das Doenças dos Aparelhos e Sistemas, no adulto e na criança, Doenças Infecciosas e Parasitárias; Saúde Mental; Saúde Coletiva; Bases da Técnica Cirúrgica e da Anestesia; Aspectos Legais e Éticos do Exercício da Medicina. (BATISTA; SILVA, 2001, p. 36).

Nessa época, final dos anos 1960 e início dos anos 1970, identificamos um modelo desenvolvimentista no Brasil calcado na busca pela industrialização do país e na tentativa de

seguir o ideário norte americano de produção em massa e incorporação de tecnologias no processo produtivo. Nesse sentido, também a formação médica e o exercício da medicina incorporaram as características desse cenário.

Na área da saúde, esse período histórico foi marcado pelo crescimento da corporação médica, pela intensificação da medicina privada, da especialização, da incorporação de tecnologias aprimoradas de diagnóstico e tratamento, criando-se duas linhas de ação muito claras: a medicina liberal dos consultórios e o modelo hospitalocêntrico. (LAMPERT, 2002, p. 59).

Propostas curriculares para a formação médica que procuram articular as ciências básicas, as ciências sociais e as ciências clínicas, preocupadas com a integralidade da assistência em ação, bem como com o exercício profissional interdisciplinar são recentes nos debates da educação médica. Hoje é possível identificar a tentativa de “desvendamento crítico do modelo médico cartesiano-racional-biologicista; [...] a proposta flexneriana de formação e de prática hospitalocêntrica e tecnicista” (LAMPERT, 2002, p. 10), baseada numa “nova racionalidade científica”. Como já explicitamos, essas discussões estão estreitamente vinculadas às transformações no sistema de assistência e nas próprias transformações conceituais dos campos da saúde e da educação.

Para Santos (2003), a nova racionalidade científica imposta é um modelo totalitário, visto que nega a racionalidade de toda e qualquer forma de conhecimento e organização que não se pautar pelos seus princípios epistemológicos e determinações metodológicas.

As necessidades sociais em saúde, por suas dimensões culturais e contextuais/históricas, sempre sofreram a influência dos modelos hegemônicos na área. Portanto, a intensa valorização da tecnologia e especialização, pós Relatório Flexner, também motivou, nos sujeitos, a necessidade de acesso à tecnologia de ponta em termos de máquinas e recursos, nem sempre relacionada à demanda específica de seu estado de saúde/doença.

A revolução das ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos. A saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais, com um disputado movimento de inclusão, nele, de especialistas de diferentes categorias. (AMORETTI, 2005, p. 137).

Essa avalanche de incorporação tecnológica acabou por determinar a gestão e organização dos hospitais, das clínicas, dos consultórios e, conseqüentemente, a formação dos profissionais da saúde.

Torna-se necessário distinguir necessidades de saúde dos serviços de saúde (ou da prática médica [...]) como uma forma do trabalho social; e, não se pode deixar de compreender a implicação relacional dos conceitos à luz da história das sociedades. Sob o capitalismo, essa prática “condensa” contradições profundas, pois funda-se num sujeito que é considerado um objeto, mas que deve agir como sujeito: Ciência e arte, eis o núcleo de contradição gritante da medicina clinicamente fundamentada, ao mesmo tempo fisiológica e, portanto, ‘cientificamente’ praticada. (STOTZ, 1991, p. 119).

Na história da formação médica, por muito tempo, as necessidades de saúde foram confinadas, pelo saber que orienta o cuidado médico, em doenças. A adoção de Diretrizes Curriculares de Formação, alinhadas com o SUS, teve como objetivo alterar essa tradição.

3.3 Políticas e Diretrizes para os Cursos de Formação em Medicina no Brasil

No final da década de 1990, depois da aprovação da atual Constituição Federal (1988) e da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº9394/96), em meio ao contexto de redemocratização política em nosso país, o Ministério da Educação publicou o Edital Nº04/97, convocando as instituições de Ensino Superior a apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCNs).

Procurando superar a rigidez de organização dos currículos mínimos, as DCNs pontuam princípios que tem possibilitado às instituições usarem de liberdade (até certo ponto) para organizar currículos e modificá-los.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) visam proporcionar à instituição de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos pedagógicos. Não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES fala mais alto e exige inovadoras formas de saber, fazer e ser. (SANTANA; NAKATANI; SOUZA; CASAGRANDE; ESPERIDIÃO, 2005).

Tendo recebido várias contribuições e propostas, uma Comissão de Especialistas de cada curso de graduação sistematizou a versão final, analisada e homologada pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. No caso do Curso de Medicina, essa elaboração contou com a participação ativa da Comissão de Especialistas designada pelo Ministério da Educação, bem como da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) que, em diferentes fóruns, já estava discutindo a necessidade de mudanças.

Resultando de um processo histórico e de uma construção coletiva, as DCNs da Medicina tiveram como matriz referencial a própria Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei Nº8080/90), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº9394/96), a Declaração Mundial sobre Educação Superior para o Século XXI (Paris, 1998), Documentos da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Associação Brasileira Rede UNIDA, Relatório da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) de 1997, dentre outros.

A homologação pelo Ministério da Educação da Resolução Nº04, de 07 de novembro de 2001, finalmente firma uma importante direção para as transformações curriculares das escolas médicas brasileiras – as DCNs de 2001. Entretanto, vencer a tradição e assumir um novo

paradigma não é algo fácil; envolve investimentos em formação, mudanças estruturais e mudanças subjetivas.

Minayo, prefaciando o livro de Lampert (2002, p. 11) diz:

Existe dificuldade cultural e subjetiva da mudança [...]. Refiro-me àqueles sentimentos e sensações que ficam ocultos no discurso politicamente correto das análises acadêmicas, mas que, na verdade, conformam a vontade irresistível da repetição, a tendência ao conservadorismo [...]. Os processos de mudança devem ser vistos não apenas como uma proposta bem formulada de gestão, mas também como uma mobilização emocional, que toca fundo nos interesses, nas rotinas estabelecidas e nos sentimentos de poder.

A introdução do novo paradigma de formação, chamado por muitos como “paradigma inovador” ou “paradigma da integralidade” (BATISTA; SILVA, 2001; LAMPERT, 2002) contrapõe ao modelo tradicional ou flexineriano/hospitalocêntrico. Da mesma forma, contempla algumas das discussões empreendidas desde a década de 1960, com o advento da medicina preventiva, até as necessidades de compreensão do funcionamento do SUS no Brasil.

Segue um quadro síntese (quadro 01) dos dois paradigmas, tendo como referência Batista e Silva (2001) e Lampert (2002).

Quadro 01 – Paradigmas na Formação Médica

| Paradigma Flexineriano | Paradigma da Integralidade |
|---|--|
| Centrado no docente. | Centrado no estudante. |
| Avaliação Somativa. | Avaliação formativa contínua. |
| Formação de profissionais da saúde para a atenção à doença. | Aproximar da formação de profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. |
| Predominância de aulas teóricas, enfocando o conhecimento fragmentado em disciplinas. | Integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante como sujeito dá aprendizagem e no professor como mediador do processo de construção de conhecimento. |
| Processo de ensino-aprendizagem centrado em aulas expositivas e demonstrativas. | Processo de ensino-aprendizagem centrado em metodologias ativas, que possibilitam o desenvolvimento da autonomia intelectual no estudante. |
| Centrado no hospital e em patologias. | O ensino da prática se dá no sistema de saúde existente, em graus crescentes de complexidade, voltado para as NBS, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra referências entre os níveis de atenção. |
| Ênfase na formação de especialistas. | Ênfase na formação do médico generalista. |
| Preponderância das ciências biológicas e clínicas. | Articulação entre ciências biológica, clínicas e sociais. |

| | |
|--|--|
| Compreensão do sujeito/paciente a partir da sua patologia. | Compreensão do sujeito/paciente a partir da sua história e contexto de vida. |
| Ênfase na excelência técnica. | Equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. |

Fonte: Adaptado de Batista e Silva (2001) e Lampert (2002).

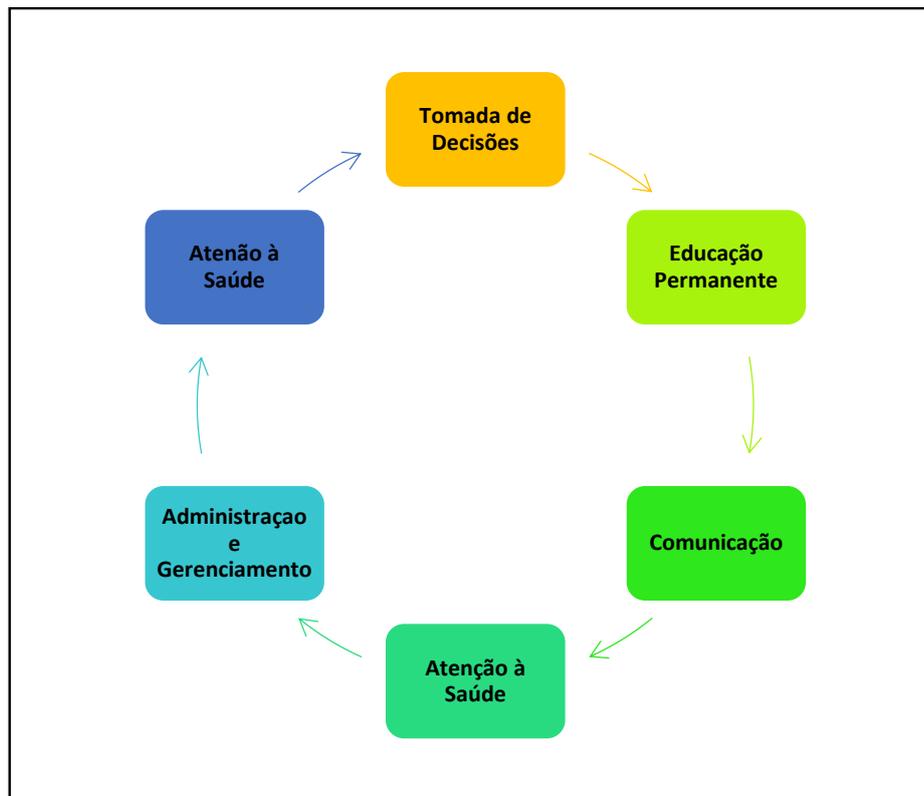
Talvez a principal mudança, no que se refere à educação médica, seja a mudança de ênfase na formação: do ensino especializado para o ensino a partir da organização do SUS e seus níveis de complexidade. Com essa mudança, percebemos outras decorrentes da mesma: valorização das ciências sociais (conjuntamente com as biológicas e clínicas) na formação; ensino centrado no estudante; e, percepção do no paciente/sujeito e seu contexto de saúde/doença.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, quando aprovadas, passam a definir os princípios, os fundamentos, as abordagens, as condições, os procedimentos e os grandes objetivos, enfim, o perfil de formação de uma profissão regulamentada em nosso país. Assim, a Res. CNE/CES N°04, de 07 de novembro de 2001, diz:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o 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.

O paradigma da integralidade, presente nas DCNs, valoriza a formação e a atuação multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais da saúde, respeitando os princípios do SUS, especialmente quando apresenta uma série de competências comuns a todos esses profissionais (Fig), seguidas de competências específicas.

Figura 11 – Competências Gerais aos Profissionais da Saúde



Fonte: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2011.

Tendo como parâmetro as competências e habilidades determinadas nas DCNs (2001), a formação do profissional médico obedece, como parâmetro de sua organização, o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção integral em saúde, respeitando a regionalização e a hierarquização das referências e contra referências desse sistema, bem como o fundamental trabalho em equipe. Já os conteúdos essenciais à formação médica são prescritos como: (a) processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade; (b) integração da realidade epidemiológica, social e profissional, visando à integralidade das ações de cuidar na área médica.

As DCNs (2001) trazem o desafio de uma nova organização didático-pedagógica dos currículos, contemplando conceitos fundantes do sistema de saúde brasileiro e de uma nova forma de compreender e articular os conhecimentos durante a formação. Um dos desafios é trabalhar articuladamente com as ciências básicas, as ciências clínicas e as ciências sociais. Promover maior autonomia intelectual do estudante, a partir de abordagens multiprofissionais e interdisciplinares configura-se em outro desafio. Também, permitir que o estudante conheça profundamente os cenários de atuação profissional futura, vivenciando situações variadas de vida, de organização e prática profissional. Por fim, aprofundar as relações entre ensino e serviço, contemplando as necessidades sociais da saúde a partir das experiências no SUS.

A mudança do paradigma flexineriano para o paradigma da integralidade está se dando de forma gradual no cenário das escolas médicas brasileiras. O acompanhamento feito pela ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), através da CAEM (Comissão de Avaliação das Escolas Médicas) demonstra que, mais de dez anos após a aprovação das DCNs, ainda há dificuldades das escolas em realizar mudanças na formação do profissional. Talvez, porque essas mudanças sejam paradigmáticas e rompam com questões fundantes da formação em medicina.

A mudança do paradigma flexineriano para o paradigma da integralidade que visa à produção social da saúde é um processo radical. Um prestigia o processo fisiopatológico e focaliza o indivíduo; o outro focaliza as causas de doença do indivíduo no contexto global, ainda que, no seu interior, considere o papel da subjetividade e do sujeito na construção de sua saúde pessoal. (LAMPERT, 2002, p. 89).

No momento da aprovação das DCNs havia a percepção do quão desvinculado estava o Ensino Superior da reorganização dos serviços de saúde no país. As universidades, a partir de suas propostas curriculares, não contemplavam a formação dos recursos humanos necessários para as mudanças já previstas em lei. Uma nova concepção de formação se torna o indicativo para a abertura de novos cursos e para a reestruturação dos já existentes.

A organização curricular, a partir das diretrizes curriculares, precisa contemplar uma série de quesitos.

(a) A redefinição dos conceitos de saúde e doença em um âmbito transdisciplinar e de articulação do conhecimento biológico e social; (b) o redirecionamento do avanço tecnológico em função da necessidade política de se ajustar aos problemas nacionais, a partir de um esforço investigativo centrado na realidade; (c) o redirecionamento dos espaços da prática, tomando em conta seus níveis de complexidade e o próprio desenvolvimento de uma nova prática. (LAMPERT, 2002, p. 72).

Um grande desafio que as diretrizes trouxeram para os Cursos de Medicina é o processo de estudar e propor um projeto pedagógico coletivo, ancorado nas necessidades do sistema de saúde brasileiro, capaz de colocar o estudante como protagonista de seu processo de aprendizagem e delegar ao docente o papel de mediador desse processo. Na prática, junto à elaboração de novos projetos de formação, fez-se necessário traçar estratégias que viabilizassem, de fato, as mudanças necessárias e, a mais importante delas, se refere ao investimento na formação do formador. Acreditamos que a formação permanente dos docentes é que assegura a aplicação efetiva do novo paradigma de formação e atuação médica.

Recentemente, em 20 de junho de 2014, o Ministério da Educação homologou a Resolução de N°03/2014, que institui mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. As diretrizes mais recentes procuram contemplar as mudanças no cenário de formação e atenção à saúde ocorridas nos treze anos de existência das primeiras DCNs. Assim, maior ênfase na formação para a atenção em urgências/emergências, saúde mental e gestão na/da saúde estão em destaque nessa nova versão.

O aumento de situações cotidianas (como acidentes de trânsito e violência nas grandes cidades) que levam à busca por atendimento em pronto socorro, bem como a precariedade dos serviços oferecidos aos usuários, geralmente assumidos por médicos recém-formados, configura uma justificativa para que essa área seja reforçada na formação inicial do estudante da graduação.

Também a elevação da dependência química na população brasileira e a gravidade dos casos de uso de drogas ilícitas de maior agressividade (como o crack e as drogas sintéticas) fazem com que o perfil epidemiológico das cidades ganhe novos contornos, necessitando de profissionais habilitados para a sua atenção. Dessa forma, o incremento das discussões em saúde mental, durante a formação, deverá melhorar a abordagem da atenção a esse novo quadro.

Por fim, a preocupação com os rumos tomados pelo projeto de implantação de um Sistema Único de Saúde no Brasil faz com que o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, estabelecesse como prioridade a formação de gestores capacitados a conduzirem o SUS, sem desviarem de suas principais metas, garantindo a existência de recursos financeiros e organizacionais para a sua existência. Na gestão, “o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso”. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 28).

A adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode servir de base para que se corte o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS; pelo contrário, a maior eficiência traz a possibilidade de exigir o aumento de gastos. Essa hipótese merece séria reflexão, em especial quando economistas renomados internacionalmente sugerem que há pouca evidência de que o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo.

Talvez o grande debate sobre a saúde e o desenvolvimento, no Brasil (e um dos entraves para a realização do SUS), esteja “baseado, sobretudo, na indagação a respeito dos conflitos políticos gerados ao se separar a política econômica, voltada para o complexo industrial da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde” (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009, p. 65).

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não atingiu seu nível de excelência na atenção à saúde da população brasileira. Tanto a universalização da atenção quanto a qualidade dessa atenção são palco de debates na esfera política e econômica. Portanto, a ordenação da formação de recursos humanos, a partir de diretrizes curriculares nacionais, é perfeitamente justificável, assim como a regulação da abertura de novas escolas médicas no território nacional, embora não

sejam suficientes. No contexto do SUS, educação e saúde formam uma unidade que deveria ser indissociável, tornando-se terreno fértil para o desenvolvimento de muitas pesquisas.

4 SAÚDE, EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Ciência é isso. Você passa o bastão, vem uma pessoa de outra geração, corre a corrida e o passa para a seguinte... E, assim por diante. (NICOLELLIS. In: VARELLA; NICOLELLIS; DIMENSTEIN, 2008, p. 105).

Tanto o campo da saúde como o campo da educação se constitui a partir de contextos históricos permeados por concepções hegemônicas e contra hegemônicas, interesses coletivos e privados, enfim, contradições que emergem das configurações desses fenômenos sociais (saúde e educação) em diferentes épocas e espaços.

Com a preocupação de analisar as respostas de uma nova escola médica frente ao desafio de formar e ofertar serviços médicos para o SUS, na sua região de abrangência, situamos nossa investigação ora no campo da saúde, ora no campo da educação, sem deixar de perceber as conexões interdisciplinares resultantes desse recorte; assim é a realidade social: síntese de múltiplas determinações, situada no tempo e no espaço, configurada a partir de sujeitos, viva e dialeticamente mutante.

Retornando ao conceito de necessidade social, Stotz (1991, p. 87) alerta para o fato de que “toda a caracterização empírica do conceito [...] contém implícita ou explicitamente, uma análise dos mecanismos através dos quais necessidades de saúde são socialmente reconhecidas e politicamente definidas”.

Compreendendo o movimento dialético de constituição do que chamamos de saúde e educação, optamos pela realização de uma investigação de abordagem qualitativa, capaz de apreender esse movimento do real, respeitando e qualificando o objeto de análise a partir de seus determinantes objetivos e subjetivos, sem, no entanto, desprezar os importantes dados quantitativos, na possibilidade da triangulação.

4.1 Dialética, Historicidade e Abordagem Qualitativa

Uma vez relacionada intrinsecamente a nossa trajetória de vida profissional e assumindo um papel constituinte de nossa subjetividade e da representatividade simbólica que as vivências nos permitiram, a temática investigativa só poderia ser realizada a partir de uma abordagem qualitativa, porém tendo estreita relação com dados quantitativos.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Também, a abordagem qualitativa permite uma compreensão mais abrangente da realidade social em suas múltiplas determinações, além de favorecer a compreensão da historicidade dos fenômenos em estudo.

Nosso ponto de vista geral, em relação à função do pesquisador [...] está baseado na necessidade de uma concepção dinâmica da realidade social. Achamos que não podemos prescindir, quando pesquisamos, da ideia da historicidade e da íntima relação e interdependência dos fenômenos sociais. (TRIVIÑOS, 1994, p. 14).

Embora o objetivo dessa investigação remeta para uma abordagem qualitativa de seu desenho, também a utilização de dados quantitativos foi importante. Isso não configura uma contradição e, sim, a necessidade de complementaridade entre a análise qualitativa e a proposição de um quadro matemático válido de alguns fenômenos/dados. Em muitas circunstâncias, há a necessidade da utilização da abordagem qualitativa e quantitativa para abarcar todo o contexto a ser analisado. “Os métodos quantitativos e qualitativos podem ser associados de diversas maneiras no planejamento de um estudo”. (FLICK, 2009, p. 42).

Já a tarefa epistemológica da pesquisa reside na análise da realidade estudada (em seus movimentos histórico-sociais objetivos) e na análise dos sentidos atribuídos pelos sujeitos sobre o contexto e os conceitos em estudo. Para tanto, exige-se do pesquisador uma postura dialética. “A dialética trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e todo” (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011, p. 24).

Triviños (1994, p. 54) diz que “a categoria essencial do materialismo dialético é a *contradição* que se apresenta na realidade objetiva”. É a contradição (ou a luta dos contrários) a responsável pelo movimento do real, pelo desenvolvimento. O mesmo autor ainda refere que no contexto de análise da dialética “as categorias não constituem um número definido. Aparecem novas categorias em razão das atividades que desenvolve o homem atuando sobre a natureza e a sociedade, em seu afã de conhecer e transformá-las” (TRIVIÑOS, 1994, p. 55-56).

Entretanto, destaca três categorias básicas, além da contradição, que estão presentes nas pesquisas orientadas pela dialética: a matéria (materialidade), a consciência e a prática. Quando falamos da “*matéria*” estamos nos referindo à realidade objetiva, que está integrada por inúmeros objetos e sistemas que fazem parte do mundo real; está vinculada à existência do mundo de objetos e fenômenos, capazes de se autodesenvolverem; é a objetividade do mundo que existe independentemente da consciência do ser humano.

A categoria “*consciência*” envolve a capacidade humana de refletir sobre a realidade objetiva. “Assim surgem as sensações, as percepções, representações, conceitos e juízos [...]. É fundamental estabelecer que o cérebro por si só não pensa. A consciência está unida à realidade material” (TRIVIÑOS, 1994, p. 62). A atividade e a linguagem estão intrinsecamente unidas à capacidade de refletir a realidade objetiva e, com isso, promover o movimento permanente da ação/reflexão/ação.

A terceira categoria básica, a “*prática*” é compreendida “como processo objetivo de produção material, que constitui a base da vida humana [...]. É toda a atividade material orientada a transformar a natureza e a vida social” (TRIVIÑOS, 1994, p. 64). A transformação visa superar as contradições, mas não as elimina, na perspectiva do inacabamento da existência material da humanidade. Na perspectiva dialética, todo o “novo” contém o “velho”, mas, na mesma medida, o supera.

Também é considerada, nessa pesquisa, a categoria da “*historicidade*”. A perspectiva da historicidade visa “resgatar a história do conhecimento, ajudando a ressignificá-lo, na medida em que se entende em que contexto surgiu, que tipo de problema veio resolver, etc.”. Não somente a dinâmica passado-presente envolve a categoria da historicidade, mas também o quanto esse passado nos remete ao futuro, enquanto possibilidade de projeção (VASCONCELLOS, 1992, s. p.).

Com base nas considerações feitas até então, a abordagem da pesquisa realizada está fundamentada na dialética, com “ênfase à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e sua compreensão pela ciência” (MINAYO, 2006, p. 107).

A historicidade reconhece a dialética como a forma de compreensão da realidade, reconhecendo-a, também, como processo histórico do inacabado e da transformação inerente às ações humanas. A dialética tem como tese fundamental a própria especificidade histórica da vida humana, onde o princípio da contradição/conflito explica esse inacabado.

A reflexão dialética atua mais profundamente no nível dos significados presentes nas ações humanas objetivas, mas também pressupõe a análise das estruturas objetivas, portanto, analisa o objeto empírico sob diferentes dimensões e perspectivas. “Diante dele, a abordagem qualitativa e quantitativa produzirá a unidade sintética do múltiplo e do uno. Em torno do *objeto* aprofundam-se as reflexões em busca de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas determinações” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 32).

As contradições presentes nos objetos de investigação requerem uma interpretação dinâmica, processual e contextualizada da realidade. Os recortes de pesquisa não podem ser

analisados de maneira isolada. No método dialético esses recortes devem ser interpretados perante um contexto social, político, econômico etc.

Segundo dialética, a análise [...] não pode prescindir da compreensão das contradições presentes na ação, pois incorreria ao erro de negar-lhe seu caráter histórico e dinâmico. Entende-se o real [aqui delimitado pelo objeto da pesquisa] é móvel, múltiplo, diverso e contraditório. No movimento dialético de investigação, o conceito de contradição desempenha papel crucial, pois não se trata de uma oposição excludente entre o “sim” e o “não”, uma relação com profundas vinculações no concreto, que se apresentam sob termos que se negam ativamente, mas que se interpenetram e criam algo novo. O princípio de identidade dialética é, por definição, uma unidade das contradições. (DESLANDES, 1997, p. 105-106).

Ainda nos parece necessário esclarecer que a aproximação conceitual intencional do pesquisador, no que se refere à realidade pesquisada, gera uma série de categorias simples ou categorias de conteúdo. “São aqueles elementos iniciais, determinados pelo conteúdo da análise crítica que fez o pesquisador, ao eleger seu objeto de estudo e ao se deparar com a dificuldade de tomá-lo por um ou mais aspectos que sua análise lhe indicou” (WACHOWICZ, 2001, p.05). Essas categorias são articuladas com as categorias metodológicas.

Categorias metodológicas são aquelas que constituem a teoria que vai informar a maneira pela qual o pesquisador trabalha o seu objeto. Se ele o toma em sua totalidade, então esta é uma categoria metodológica. Se ele contextualiza seu objeto, então estará respeitando a categoria metodológica de historicidade. E se ele optar pelo estudo de seu objeto na relação que se estabelece em seu pensamento, entre os aspectos pelos quais tomou esse objeto, e verificar que as relações assim estudadas se apresentam numa relação de tensão, então terá chegado à dialética. (WACHOWICZ, 2001, p. 175).

A análise dos dados coletados, a partir das categorias teórico-metodológicas iniciais e das categorias de conteúdo (que emergem da revisão da literatura e do aprofundamento teórico) é o que define a operacionalização de uma pesquisa de caráter qualitativo. No caso da pesquisa que desenvolvemos as categorias fundamentais podem ser assim nomeadas: a necessidade social (especialmente necessidade de saúde) e projeto social de formação médica (estruturas, processos e resultados).

Precisamos entender necessidade social e, em especial, necessidade de saúde, como uma “categoria histórico-antropológica”.

O conceito de necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser deduzido nem do indivíduo isolado e livre, abstraído de suas relações sociais concretas, nem da estrutura social [...]. Elidindo-se o sujeito de necessidades, elide-se o papel ativo do sujeito em determinar as suas próprias necessidades. Mas a perspectiva analítica oposta, a qual supõe que o indivíduo possa eleger livremente suas próprias necessidades, também termina por reduzir o conceito de necessidade ao de interesse. Necessidade denota as exigências de que a pessoa toma consciência quando adquire valores que requerem a luta por certo objetivo ou determinado comportamento numa dada situação. (STOTZ, 1991, p. 129-130).

Já um “projeto social é a unidade mínima de alocação de recursos que, através de um conjunto integrado de atividades pretende transformar uma parcela da realidade, reduzindo ou eliminando um déficit, ou solucionando um problema” (CEPAL, 1997, p. 05).

A observação de um recorte da realidade, contextualizado histórica e espacialmente, situado em relação às suas interfaces, com o levantamento das contradições inerentes a esse recorte, tornam a pesquisa única no espaço e no tempo de sua realização.

4.2 Projeto de Formação Médica e Avaliação por Triangulação de Métodos

A pesquisa aqui relatada foi realizada a partir da “avaliação por triangulação de métodos”.

A abordagem da triangulação [...] refere-se à combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa apropriados que sejam convenientes para levar em conta o máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema [...]. A utilização de conceitos-chave para a obtenção de acesso a processos relevantes e o uso da triangulação [...] aumentam o grau de proximidade ao objeto. (FLICK, 2009, p. 105).

Utilizar a avaliação como método de pesquisa pressupõe a opção pela realização de “um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto proposto ou programa” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.19). Nesse sentido, a investigação fez perguntas sobre a necessidade social, o mérito e a relevância do objetivo de formar médicos para o SUS, presente nos projetos de novas escolas de formação médica.

A avaliação por triangulação de métodos é geralmente aplicada em projetos e programas sociais. Então, a combinação de dados qualitativos e quantitativos tem como objetivo a interpretação de uma realidade social à luz das circunstâncias e dos processos que a influenciam.

Se, por um lado os indicadores quantitativos podem ser úteis para [...] uma intervenção – dimensionando, por exemplo, quantas pessoas foram beneficiadas por determinadas ações -, por outro, expressam muito pouco uma realidade social que é dinâmica e que, mesmo quando observada a partir de uma intervenção delimitada no tempo e no espaço, está em permanente mutação. (CALIL, 2012, p. 57).

Os indicadores qualitativos, combinados com os quantitativos, aprofundam uma situação de avaliação quando se voltam para “situações ou estados não facilmente mensuráveis, mas ainda assim perceptíveis” (CALIL, 2012, p. 66).

Sendo o projeto de um Curso de Medicina condicionado pelos dispositivos legais para atuar enquanto protagonista diante da necessidade social de formação de recursos humanos para atuação no Sistema Único de Saúde, fica evidenciado seu caráter social e, também, a possibilidade de avaliar seu êxito, seu alcance e seus limites nesse intuito.

Na avaliação por triangulação de métodos é necessário avaliar as estruturas, os processos e os resultados de determinado projeto. No recorte proposto nesse trabalho, foram avaliadas as

estruturas disponíveis para a efetivação da formação de médicos para o SUS, os processos/ações desencadeadas nesse sentido, bem como os possíveis resultados desses processos.

A avaliação das *estruturas* contém informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), especificação de equipamentos e tecnologias disponíveis. O estudo dos *processos* se dirige às atividades realizadas pelos provedores da intervenção, incluindo-se aí os componentes técnicos e as relações interpessoais. A análise *de resultados* se refere aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos de intervenção. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 26-27).

Também chamada de *investigação avaliativa*, a avaliação por triangulação de métodos centra-se na teorização do contexto e do conteúdo do projeto em pauta, mas também utiliza instrumentos operacionais que permitem analisar os alcances/efeitos e os limites das ações empreendidas. Entretanto, Calil (2012) alerta para o reconhecimento de que não há indicadores perfeitos para nenhuma avaliação de um projeto social; eles precisam ser construídos no processo de investigação.

Não há indicadores perfeitos. Os quantitativos, conquanto sejam mais fáceis de formular e aplicar tendem a não expressar as nuances de um processo de mudança social, restringindo ou não sendo capazes de mostrar algumas de suas dimensões mais importantes. Por sua parte, os qualitativos requerem maior esforço no sentido de explicitar estados ou situações que possam evidenciar as mudanças observadas e o recurso a formas criativas de obtenção das informações requeridas. (CALIL, 2012, p. 81).

Outro ponto fundamental está na possibilidade de compreensão interdisciplinar de um fenômeno complexo e contraditório, que a avaliação por triangulação de métodos propicia. A utilização do referencial de várias áreas do conhecimento na análise da necessidade social de formação de recursos humanos para o SUS (que vai desde a área da educação até a da saúde, passando pela sociologia, pela antropologia, pela biologia e pela administração, dentre outras áreas), está presente na construção do objeto de investigação, na discussão conceitual, na opção por determinados métodos e na análise dos dados. O exercício interdisciplinar é realizado na triangulação de conceitos/perspectivas teóricas e na triangulação de métodos.

A *investigação avaliativa por triangulação de métodos*, [...] em lugar de se apoiar num marco referencial disciplinar, [...] amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 28-29).

Na abordagem de um tema complexo, é fundamental esclarecer o que vamos perguntar às áreas do conhecimento sobre o tema, cruzando seus pontos de vista e produzindo um conhecimento novo.

A triangulação significa a combinação entre diversos métodos qualitativos, mas também a combinação entre métodos qualitativos e quantitativos. Neste caso, as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema. (FLICK, 2009, p. 43).

Do ponto de vista operacional, a triangulação de métodos pode ser desdobrada, didaticamente, em oito passos, conforme quadro 02 (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005):

Quadro 02 – Passos da Avaliação por Triangulação de Métodos

| Passos | Descrição |
|---|---|
| (1) Formulação do objeto e dos objetivos geral e específicos. | Formulação o objeto ou da pergunta principal seguida da formulação de objetivos geral e específicos. |
| (2) Criação de indicadores. | Para Neves e Sobottka (2002, p. 16), existe indicadores objetivos e subjetivos: indicadores objetivos são estatísticas sobre assuntos independentes das avaliações pessoais; indicadores subjetivos envolvem a experiência e a avaliação individual referentes a assuntos pessoais. |
| (3) Definição das fontes de informação. | As fontes são os diferentes atores sociais (formuladores institucionais, gestores, técnicos, população atendida, financiadores), os documentos instituidores e históricos, os de convênio, os instrumentos operacionais, os relatórios de avaliação interna [...] e outros. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 41). |
| (4) Definição e a elaboração dos instrumentos de investigação. | A definição e a <i>elaboração dos instrumentos de investigação</i> [...]. As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teoria e métodos próprios [...]. As quantitativas visam a dimensionar e a quantificar os dados de processo ou de resultado. Já as qualitativas são apropriadas para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 42). |
| (5) Trabalho de campo. | O momento do <i>trabalho de campo</i> . Deve seguir um cronograma de coleta de dados: busca de documentos, aplicação de questionários, entrevistas etc. |
| (6) Análise das informações recolhidas. | Do ponto de vista operacional, esta etapa consiste na ordenação dos dados, na sua classificação e na análise propriamente dita (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 43). |
| (7) Elaboração do relatório. | Elaboração do <i>informe final</i> ou <i>relatório</i> . |
| (8) Comunicação dos resultados. | Merece relevância a dinâmica de comunicação dos resultados. Se possível é importante ter a parceria dos atores que estão sendo avaliados em uma discussão preliminar dos achados da pesquisa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 45). |

Fonte: adaptado de MINAYO, ASSIS e SOUZA (2005).

Por fim, do ponto de vista analítico, a avaliação por triangulação de métodos reflete sobre “as relações entre o universal e o particular; entre o global e o local; entre o micro e o macro; entre o coletivo e o individual; entre o todo e as partes; entre a análise e a síntese” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 34).

4.3 Avaliação por Triangulação: definição de fontes

Para cada dimensão da avaliação da necessidade social de formação de recursos humanos para o SUS, no projeto de um Curso de Medicina, foram eleitas, inicialmente, algumas fontes de informação, que, após serem aplicadas na pesquisa, foram consolidadas ou descartadas.

Considerando as três dimensões da avaliação de um projeto social – estruturas, processos e resultados –, selecionamos as fontes de consulta capazes de fornecerem os dados necessários à pesquisa. Assim, foram considerados os sujeitos (estudantes, professores, funcionários, preceptores, egressos, coordenação, dirigentes dos serviços de saúde e usuários do SUS) e os documentos (projeto, relatórios, documentos e legislação pertinente) que retratam a história de implantação do Curso de Medicina da UNISC.

4.4 Avaliação por Triangulação: definição dos indicadores preliminares

Após a revisão da literatura, tendo como referências as categorias analíticas metodológicas e de conteúdo, propomos alguns indicadores, considerando além das dimensões da avaliação de um projeto social, as diferentes fontes de informação e os dados possíveis de serem coletados com cada uma, os quais serão relatados posteriormente.

Na seleção dos indicadores, percebemos a existência da triangulação de métodos na realização da pesquisa, uma vez que contempla dados quantitativos e qualitativos, que foram analisados conjuntamente. A descrição das estruturas, dos processos e dos resultados da implantação do projeto de formação de médicos na UNISC contemplou indicadores numérico-estatísticos e indicadores baseados em depoimentos dos sujeitos envolvidos no processo, portanto, indicadores qualitativos, conforme a síntese apresentada no Quadro 3.

Também a definição das técnicas para a coleta de dados para os indicadores, nas diferentes fontes, se deu a partir de nossa experiência em pesquisas qualitativas e a partir da análise dos referenciais teóricos e metodológicos.

As diferentes técnicas podem, em certa medida variável e com rendimentos desiguais, contribuir para o conhecimento do objeto, contanto que sua utilização seja controlada por uma reflexão metódica sobre as condições e limites de sua validade que, em cada caso, depende de sua adequação ao objeto”. (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2004, p. 64).

Considerando as fontes de informação identificadas para a pesquisa utilizamos a **análise documental**, o **questionário** e a **entrevista**, como instrumentos de investigação.

“A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38). Assim, buscamos dados

para a análise no dossiê da etapa de elaboração do projeto pedagógico do Curso de Medicina (documento com a compilação de reportagens de veículos de comunicação, publicadas na época), no projeto pedagógico do Curso de Medicina, nos relatórios emitidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Hospitais da região, DATASUS (sistema informatizado de dados do SUS) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), bem como análise na legislação pertinente à formação de médicos para atuação no SUS.

Nessa etapa, utilizamos **um roteiro de coleta de dados documentais**, conforme consta no **apêndice A**. Tal roteiro foi preenchido e analisado, em consulta direta às fontes de pesquisa.

Igualmente fundamental ao estudo efetuado foi a aplicação de **questionários impressos** com os seguintes sujeitos: (1) estudantes do Curso de Medicina (**apêndice B**); (2) professores do Curso de Medicina (**apêndice C**); (3) preceptores no Hospital Santa Cruz (**apêndice D**); (4) funcionários do Curso de Medicina (**apêndice E**); (5) funcionários de Unidades de Estratégia de Saúde da Família/SUS de Santa Cruz do Sul (**apêndice F**); (6) secretário municipal de saúde do município sede do Curso de Medicina, Santa Cruz do Sul (**apêndice G**); (7) egressos do Curso de Medicina (**apêndice H**); (8) usuários do SUS (**apêndice I**).

O questionário contemplou um número de questões apresentadas por escrito e que também foram respondidas por escrito. Na escolha desse instrumento, levamos em consideração que ele:

- a) possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado [...];
- b) implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige treinamento dos pesquisadores;
- c) garante o anonimato das respostas;
- d) permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente;
- e) não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado. (GIL, 1991, p. 125).

Como a pesquisa se deu, prioritariamente, a partir de uma abordagem qualitativa, sendo os dados quantitativos complementares, a aplicação dos questionários respeitou uma **amostragem intencional não probabilística**, que “é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo” (OLIVEIRA, 2001, p. 01). Assim, a partir do nosso julgamento, determinamos a amostra da população que consideramos uma boa fonte de informações da qual necessitávamos (quadro 03).

Quadro 03 – Sujeitos da Pesquisa

| População | Amostragem |
|--|--|
| Estudantes matriculados no Curso de Medicina – 360 estudantes | 13,33% de cada semestre do curso 04 estudantes por turma x 12 turmas = 48 estudantes |
| Professores atuantes no Curso de Medicina – 103 professores | 26,21% do total 27 professores |
| Preceptores atuantes no Hospital Santa Cruz e Unidades de Estratégia de Saúde da Família – 35 preceptores | 17,14% do total 06 preceptores |
| Funcionários atuantes no Curso de Medicina – 31 funcionários | 45,16% do total 14 funcionários |
| Funcionários das Unidades de Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul – 12 funcionários por unidade (média) | 04 funcionários por Unidade x 02 Unidades = 08 funcionários |
| Secretários municipais de saúde da região de abrangência do Curso de Medicina em estudo – 12 municípios | 5% do total 01 secretário |
| Egressos do Curso de Medicina – 147 egressos | 14,95% do total 22 egressos |
| Usuários do SUS na Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA) do Curso de Medicina; no Serviço Integrado de Saúde (SIS); nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESFs) e no Centro Materno Infantil (CEMAI) – 1200 atendimentos mês (média) | 5% dos usuários de um mês de atendimento 60 usuários |
| Total: 186 sujeitos | |

Todos os questionários, depois de preenchidos, categorizados e tratados estatisticamente, através de planilhas de dados e gráficos, foram arquivados.

A **entrevista por pautas** também foi utilizada, no intuito de aprofundar temas relevantes para essa pesquisa. As entrevistas foram agendadas e realizadas pessoalmente, com a autorização prévia dos entrevistados, para a gravação das mesmas. Após os registros escritos dos áudios, os dados originais também foram arquivados, respeitando a categorização por temas e sujeitos.

As entrevistas foram realizadas com: (1) o Diretor Geral do Hospital Santa Cruz (**apêndice J**); (2) Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul¹³ (**apêndice K**); (3) Coordenadora Regional da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde¹⁴ (**apêndice L**); e, (4) Coordenadora do Curso de Medicina (**apêndice M**).

Com relação aos “Usuários dos Serviços de Saúde” onde atuam estudantes do Curso de Medicina (**apêndice N**), selecionamos dois usuários da Unidade de Atendimento Ambulatorial, dois usuários do Centro Materno-Infantil, dois usuários do Sistema Integrado de Saúde (SIS-UNISC), dois usuários das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e dois usuários do Hospital Santa Cruz para a aplicação de formulário de entrevista. Nosso intuito foi o de aprofundar algumas questões com dez usuários, dos sessenta que responderam ao questionário.

¹³ Município sede do Curso de Medicina e que recebe maior número de estudantes em atividades práticas de formação.

¹⁴ Coordenadoria Regional de Saúde da qual o município de Santa Cruz do Sul é sede.

A aplicação dos questionários e a realização das entrevistas foram precedidas da leitura e assinatura dos “termos de consentimento livre e esclarecido” (**apêndice O**) correspondentes, com informações para os sujeitos da pesquisa sobre a participação voluntária no estudo e sobre a confidencialidade das informações prestadas.

Por fim, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul via Plataforma Brasil, por se tratar de uma investigação que envolve pessoas e procura garantir o tratamento ético, tanto na fase da coleta, quanto no tratamento dos dados e divulgação dos resultados, tendo a sua aprovação sob a CAEE N° 26766514.6.0000.5343.

4.5 Avaliação por Triangulação de Métodos: análise temática dos dados

Todo o esforço teórico (...) visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observações. (MINAYO, 2006, p. 308).

Por fim, os dados coletados passaram por uma **análise temática de conteúdo**, a partir de sua categorização prévia. Para Triviños (1994, p. 160) essa análise auxilia na operacionalização de pesquisas de maior profundidade e complexidade, como o são aquelas que adotam um enfoque dialético. Além disso, destaca a classificação de conceitos, a codificação dos mesmos e a categorização como procedimentos indispensáveis, mas que se tornam frágeis no emprego da análise se o pesquisador não possuir um campo teórico sólido e claro.

Minayo (2006, p. 308) destaca algumas características operacionais da interpretação de dados a partir da análise de conteúdo:

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Podemos assinalar três etapas básicas no processo de uso da análise de conteúdo, sintetizadas a seguir (quadro 04):

Quadro 04 – Etapas da Análise de Conteúdo

| Etapa | Caracterização |
|----------------------------------|--|
| <i>Pré-análise</i> | Refere-se à organização do material. A leitura geral (“flutuante”) do material da pesquisa permite uma redefinição de hipóteses e a determinação do <i>corpus</i> da investigação, ou seja, do campo no qual o pesquisador deve fixar a sua atenção. |
| <i>Descrição analítica</i> | Envolve os procedimentos de codificação, classificação e categorização do material da pesquisa (fontes documentais e empíricas). Há a busca de sínteses coincidentes e divergentes de ideias. |
| <i>Interpretação referencial</i> | Aprofundamento da análise com o objetivo de desvendar o conteúdo <i>manifesto</i> e o <i>latente</i> , presentes dos dados da investigação. Análise dinâmica, estrutural e histórica dos fenômenos sociais. |

Fonte: adaptado de TRIVIÑOS, 1994.

Assim, a análise de conteúdo “busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo” (MINAYO, 2006, p.304), da mesma forma que também considera a regularidade quantitativa de fenômenos e manifestações sociais.

A análise de conteúdo permite um tratamento metódico de dados, informações e testemunhos que possuem certa profundidade e de complexidade, como por exemplo aquilo que é extraído de observações e entrevistas.

Melhor do que qualquer método de trabalho, a análise de conteúdo [ou, pelo menos, a sua variante de análise temática], permite, quando incide sobre um material rico e penetrante, satisfazer [...] as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis. (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008, p. 227).

A produção de inferências sobre um texto e um contexto é a grande finalidade dessa forma de análise na pesquisa qualitativa.

Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo; confere ao método relevância teórica, implicando pelo menos uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor. Um dado sobre conteúdo de uma comunicação é sem valor até que seja vinculado a outro e esse vínculo é representado por alguma forma de teoria. (CAMPOS, 2004, p. 613).

O significado da produção de inferências na análise de conteúdo ultrapassa a produção de meras suposições subliminares e adquire seu valor científico quando aprofunda a reflexão analítica de determinada mensagem, embasando-a em pressupostos teóricos e recortes da situação. “Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção” (CAMPOS, 2004, p. 613).

Assim, os dados numéricos gerados pela análise documental, entrevistas e questionários foram tabulados, ou seja, foram organizados em tabelas e submetidos à análise estatística computadorizada, gerando gráficos que possibilitaram a sua interpretação. Já o material resultante dos indicadores qualitativos pesquisados foi codificado, classificado e categorizado mediante a utilização da análise temática de conteúdo. Por fim, o aprofundamento dessa análise deu-se pela triangulação dos dados qualitativos e quantitativos.

5 PROJETO DE UM CURSO DE MEDICINA ENQUANTO PROJETO SOCIAL

Para a saúde das pessoas é importante a existência de bons e bem formados médicos e uma boa estrutura hospitalar, mas, principalmente, é necessária uma boa estrutura do sistema de saúde oferecido à população [...], com meios adequados para um atendimento em Medicina Preventiva e não apenas a oferta de uma Medicina Curativa e Precária. (SEBASTIANY, 2012, p. 161).

No presente capítulo, apresentamos o projeto do Curso de Medicina enquanto um projeto social, passível de avaliação das suas estruturas, processos e resultados. Ressaltamos que assim como a necessidade social é um constructo social, mas também carrega os mínimos sociais de cada época histórica, sendo traduzido nas demandas dos sujeitos, também um projeto de formação profissional é um projeto social, condicionado pelas mesmas questões.

5.1 Avaliação das Estruturas

De acordo com a metodologia utilizada para a avaliação de um projeto social, a avaliação das estruturas é de crucial importância para verificar o contexto de criação, os recursos necessários, as formas de organização e o delineamento inicial desse projeto.

5.1.1 Contexto da Abertura da Nova Escola Médica

Avaliando o contexto de abertura de uma nova escola médica (situada no tempo e no espaço), conseguimos relacioná-lo com as políticas e posicionamentos hegemônicos na época. Isso se faz necessário, justamente para contemplar as categorias analíticas da totalidade (a relação do recorte estudado com a totalidade¹⁵) e da historicidade que, por sua vez, demonstra os movimentos dialéticos constantes na materialidade das ações humanas.

No documento intitulado “Dossiê Curso de Medicina”, há uma compilação de documentos e reportagens que tratam da abertura de uma escola médica no município de Santa Cruz do Sul. Já no início do mesmo, há uma grande ênfase no estabelecimento de critérios de necessidade social que justificariam a proposta da UNISC.

Podemos verificar o conceito de necessidade social adotado pela instituição, enquanto um constructo, não um dado estabelecido objetivamente. A necessidade social é construída num

¹⁵ Entendendo que o todo não é uma soma das partes, mas com elas se relaciona nos fenômenos de análise e subjetivação.

conjunto de valores, princípios e paradigmas sociais, captada nas manifestações e exposição de demandas.

Nesse sentido, destacamos algumas manifestações, registradas pela imprensa local, na época do encaminhamento do projeto ao Ministério da Educação.

A UNISC não está sozinha na briga pela implantação do Curso de Medicina que vai transformar o Hospital Santa Cruz em um dos mais modernos hospitais universitários do Brasil [...]. Do mais simples trabalhador aos mais importantes líderes da região, todos querem a instalação da faculdade no município e de forma imediata. (SETÚBAL, 2004, p. 08).

Na mesma matéria citada acima, o jornalista destaca o apoio da Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (Amvarp), nas palavras do seu presidente, Conceição Krusser: “Esse é um sonho nosso e de todo o Vale do Rio Pardo, e não podemos deixar que um projeto corporativista impeça a melhoria da saúde nos nossos municípios” (p. 08). Nessa colocação, o presidente da Amvarp se refere às manifestações contrárias das entidades médicas representativas da classe. Entretanto, o apoio ao Curso de Medicina aponta uma das principais contradições que permeia toda a sua implantação. Ao mesmo tempo em que o projeto procura reforçar o perfil de formação generalista para o contexto de atenção primária dos futuros médicos, os apoiadores parecem fixar a preocupação em acabar com a “ambulancioterapia”, ou seja, o sistema de busca de consultas e leitos especializados na capital e nos hospitais universitários, para os pacientes dos pequenos municípios. “Nossa gente está cansada de viajar para Porto Alegre em busca de atendimento especializado, reforça Krusser” (SETÚBAL, 2004, p. 08).

Para Sclyar (2006), o próprio uso do termo “ambulancioterapia” já é fato curioso. “A medicina conhece a psicoterapia, a quimioterapia, a fisioterapia; a ambulancioterapia é uma invenção brasileira, que consiste em enviar pacientes para atendimento em centros maiores”. Mas por que levar tantos pacientes a grandes centros se a maioria dos problemas de saúde da população poderia e deveria ser resolvidos na atenção básica nos municípios? O autor esclarece que “ao invés de melhorar os serviços, os pacientes são mandados para as grandes cidades [porque] é mais fácil, mais barato. O paciente fica ‘devendo um favor’, favor este que será cobrado na próxima eleição”.

O prefeito municipal de Santa Cruz do Sul na ocasião, Sérgio Moraes, também defendeu a abertura imediata do Curso de Medicina da UNISC, dentre outros fatores, porque traria benefícios para toda a região. Segundo Moraes, “hoje temos uma carência muito grande de médicos no Vale do Rio Pardo. Só em Santa Cruz do Sul há um déficit de pelo menos 15 profissionais” (SETÚBAL, 2004, p. 08). Na abordagem do prefeito de Santa Cruz do Sul está uma questão defendida por muitos outros prefeitos da região, assim como pela Câmara de

Vereadores: a implantação do Curso de Medicina ampliaria o número de médicos formados que optariam pela atuação em seus municípios.

Essa é outra contradição evidenciada, com a aplicação dos formulários da pesquisa entre egressos e estudantes do curso, somente metade se mostra interessada em atuar na região, quanto aos formados; já no grupo dos estudantes, a indecisão é ainda maior. São muitas as questões que levam um médico a se fixar num determinado município, especialmente quando mais de 95% dos formados pela instituição tem sua naturalidade em outras regiões do Rio Grande do Sul ou em outros Estados.

A evidente dimensão política e multissetorial do problema da distribuição geográfica de médicos e da fixação desses profissionais ressalta sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas, que precisam contemplar desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos. Aspectos que ao mesmo tempo em que interferem na falta de resultados da política de saúde para lidar com a má distribuição e fixação de médicos, também podem ser tomados como norteadores da necessidade de ações políticas mais abrangentes que insiram o problema no contexto devido, deixando de tratá-lo como restrito ao campo da saúde. (MACIEL FILHO, 2007, p. 209).

Ao investir fortemente na Estratégia de Saúde da Família como a grande política de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, o país também se deparou com a dificuldade de fixação dos profissionais em suas equipes, especialmente do profissional médico. Ney e Rodrigues (2012, p. 1.294) afirmam que essa dificuldade atinge tanto grandes centros urbanos como áreas rurais.

Em um artigo que analisa os fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família, os referidos autores apontam pelo menos três fatores relevantes: (1) municípios que utilizam dispositivos precários para a contratação de profissionais, em muitas situações ferindo a Constituição Federal e os Direitos Trabalhistas; (2) a sobrecarga de trabalho à qual alguns médicos da estratégia são submetidos, com a responsabilidade de prestar cuidados a um número expressivo de pessoas (até quatro mil); (3) a solidão de médicos das ESFs de municípios do interior, que muitas vezes são os únicos profissionais médicos, além da precariedade dos serviços de referência e diagnóstico, comprometendo a resolubilidade da atenção, bem como gerando um sentimento de impotência.

Entende-se que os diversos fatores que interferem no movimento migratório dos médicos podem ser enfrentados mediante políticas que contemplem a garantia de educação continuada, remuneração compensatória, sistema de referência e contrarreferência e manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências [...]. Para a implantação de qualquer política e estratégia que pretenda enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos em nosso país é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. (MACIEL FILHO, 2007, p. 236).

O município de Santa Cruz do Sul tem sua economia fortemente ancorada no setor fumicultor, tanto na produção de fumo em pequenas propriedades, quanto em uma parcela da industrialização e exportação do produto. Assim, também o presidente da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) na época, Hainsi Gralow, manifestou seu apoio à oferta do Curso de Medicina pela Universidade do município. “É algo que precisa se tornar realidade o quanto antes possível”, diz ele (SETÚBAL, 2004, p. 08). Entretanto, Gralow associa o apoio de sua entidade a um contexto mais abrangente, quando afirma: “É lógico. Basta ver como é nas cidades onde isso já faz parte do dia-a-dia das pessoas. Teremos profissionais cada vez mais qualificados e um SUS muito mais eficiente” (SETÚBAL, 2004, p. 08).

Encontramos dados publicados em um artigo, que apontam numa direção semelhante. As pesquisadoras avaliaram a satisfação no trabalho e a rotatividade dos médicos do então “Programa de Saúde da Família”, hoje “Estratégia de Saúde da Família” no município de São Paulo, procurando responder à questão: por que o médico não fica? (CAMPOS; MALIK, 2008). Nas instituições pesquisadas (IP) foi evidenciada uma forte correlação entre as mesmas possuírem vínculos com faculdades de medicina e/ou hospital e a baixa rotatividade dos médicos nesses casos. É possível dizer que o prestígio da IP (quando associada a uma instituição de formação reconhecida: escola médica e/ou hospital) é um importante fator de fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família.

Voltando a setembro de 2004, no Jornal da UNISC (p. 11), Jânio Frantz, então presidente da Associação Comercial e Industrial de Santa Cruz do Sul referiu que “é falsa e unicamente corporativista a oposição do sindicato médico à abertura de novos Cursos de Medicina. Médicos nunca serão demais, basta que se dignem a trabalhar em tantos lugares que não contam com nenhum médico neste nosso País”. Frantz responde, nesse depoimento, a uma das principais argumentações contrárias a abertura do curso, pelas entidades médicas: a de que o Brasil e, especialmente, o Estado do Rio Grande do Sul já formava médicos em número suficiente para dar conta das demandas dos municípios.

Também a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Cruz do Sul, na pessoa do seu então Delegado Regional manifestou parecer favorável à criação do Curso de Medicina na UNISC, dentre outros motivos porque existia dificuldade de municípios do interior no preenchimento de vagas para médicos dos PSFs (Postos de Saúde da Família, hoje, ESFs). Ainda declara que “a proposta curricular e pedagógica do curso se encontra em sintonia com o SUS quanto à formação do médico como recurso humano indispensável para o sucesso do atendimento básico na proposta da política de saúde que se tem implantada em nosso país que é de integralidade, universalidade e equanimidade” (GONÇALVES, 2005b, p. 01).

Em declaração semelhante, a então Secretária Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul apontou para “a dificuldade de encontrar médicos com um perfil para a resolutividade da grande maioria dos problemas de saúde da rede básica [...] resultando na oneração do sistema de saúde na sua média e alta complexidade” (CUNHA, 2005, p. 01). A Secretária ainda manifestou o apoio à proposta curricular do Curso de Medicina da UNISC, que pretenderia apresentar ao mercado de trabalho, médicos com formação adequada para atenção à rede básica e em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Os médicos da cidade estão fazendo um verdadeiro escarcéu contra a faculdade de medicina que a UNISC pretende criar. Alegam que existem médicos sobrando. Porém, no dia primeiro de setembro liguei para dois médicos diferentes e nenhum poderia me atender, pois para o meu plano de saúde os horários já estão lotados. Ou seja, fiquei sem médico até o mês que vem. (TRINDADE, 2005, p. 04).

No depoimento da cidadã santa-cruzensense, publicado no jornal local, se encontra a principal manifestação contrária à abertura de uma nova escola médica: a alegação dos médicos (através de suas entidades representativas), de que não haveria carência de profissionais para o atendimento à população.

O Jornal Zero Hora, em reportagem especial veiculada no dia 03 de outubro de 2005, apresenta o que chamou de um novo embate entre entidades médicas e universidades sobre a criação de um Curso de Medicina no Estado. “Se por um lado a categoria profissional afirma que já há médicos demais no Rio Grande do Sul, por outro, pequenas cidades, afastadas de grandes centros ressentem da falta de profissionais” (JARDIM, 2005, p. 04). A matéria segue procurando explicações para esse paradoxo e revela a distribuição desequilibrada entre profissionais atuantes nas grandes cidades e em pequenas localidades gaúchas. Em função dessa concentração de profissionais, o Sindicato Médico do Estado (Simers) e a Associação Médica do Estado (Amrigs) se declararam formalmente contrários à abertura de um novo Curso de Medicina, apontando que a média gaúcha seria (na época) de um médico para cada 501 habitantes – o dobro do recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Em 16 de agosto de 2005, médicos de todo o Rio Grande do Sul foram convidados a participarem de uma assembleia sindical que tratou das medidas a serem adotadas contra a proliferação de faculdades de medicina no Estado, tendo como principal foco a tentativa da UNISC de criar o 11º curso gaúcho. O presidente do Sindicato Médico, Paulo de Argollo Mendes, se posicionou mais uma vez absolutamente contrário à intenção da universidade e reafirmou que não há falta de médicos para ocuparem as vagas ofertadas pelas prefeituras municipais. Em publicação do Jornal Gazeta do Sul, de 17 de agosto de 2005, lê-se: “ele [Argollo] foi incisivo no que diz respeito à UNISC. Na opinião de Argollo, os profissionais que aceitarem dar aulas na

universidade, caso o curso seja oficializado, devem ser punidos pelo Conselho Regional de Medicina do RS (Cremers) por falta de ética” (GAZETA DO SUL, 2005, p. 06).

Numa data muito próxima (03 de setembro de 2005), o então Delegado Regional da Saúde da 13ª Coordenadoria, o médico Gilberto Gonçalves, publicou um depoimento sob o título “A faculdade de Medicina e a inquisição” na página do leitor do Jornal Gazeta do Sul, do qual transcrevemos alguns trechos.

Convocado pelo Conselho Regional de Medicina do RS para discutir sobre a criação do Curso de Medicina aqui em Santa Cruz, compareci a uma reunião no auditório da Unimed no último dia 30 de agosto [...]. Fui cumprir com minha obrigação de atender a uma convocação do conselho regional de minha profissão. Estavam juntos a Amrigs e o Sindicato Médico. O que assisti se parecia com um filme que vi sobre a Santa Inquisição na assembleia que condenou Galileu Galilei na Idade Média. A forma de intimidação com que foi conduzida a reunião não parecia um fórum de discussão, mas uma “caça às bruxas” que ousassem pensar diferentemente dos componentes da mesa.

Retomando a discussão sobre a falta ou não de médicos no Rio Grande do Sul, é importante destacar que Organizações Internacionais, dentre elas a Organização Mundial da Saúde, em várias manifestações salientam que são desaconselháveis comparações entre países ou regiões utilizando a razão médicos-habitantes. Inclusive demonstram preocupação com tais comparações que desconsideram as extensões territoriais, as opções por sistemas de saúde diferenciados, os perfis epidemiológicos e demográficos, bem como o nível socioeconômico de realidades distintas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definem ou recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante. (...) A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país. Isso torna impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma “cifra ideal” a ser aplicada de maneira generalizada (...) (..) O Brasil, país de dimensões continentais, ilustra bem o problema: o número ideal de médicos e leitos para uma população rural na Região Norte, onde um dos principais problemas de saúde é a malária, não pode ser o mesmo que o exigido na Região Metropolitana de São Paulo, que tem alta concentração de população urbana e cuja demanda por assistência médica e internação hospitalar tem como causas principais as doenças crônicas (ex.: câncer e diabetes) e fatores externos (ex.: acidentes de trânsito, homicídios e violência). (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Ainda na discussão contrária à abertura do Curso de Medicina na UNISC, o então presidente do Conselho Regional de Medicina, o médico Luiz Augusto Pereira, direcionou seus argumentos no sentido de que a instituição (UNISC) investisse em programas de pós-graduação, para os quais havia uma evidência clara de falta de vagas. No mesmo sentido, anos mais tarde, o próprio programa “Mais Médicos”, do governo federal, reafirmou a necessidade de mais vagas para as residências médicas no Brasil.

Precisamos é melhorar os cursos existentes. Se a Unisc quer investir em Medicina, que faça cursos de pós-graduação, pois 40% dos médicos recém-formados não conseguem

ingresso na residência – afirmou Luiz Augusto Pereira, presidente do Cremers. (JARDIM, 2005, p. 04).

Assim, desde o início, embora com vários movimentos contrários das entidades representativas da classe médica, também na tentativa de impedir a criação dos Programas de Residência Médica, o Curso de Medicina vinha sendo gestado em meio à construção de um Hospital de Ensino e em meio à projeção da formação continuada, através das residências.

A Portaria Interministerial (Nº 1000, de 15 de abril de 2004) para a certificação do Hospital de Ensino, na época, exigia que a instituição tivesse, pelo menos, dez vagas em programas de residência médica de áreas básicas, entretanto, o instrumento referente à autorização (e, posteriormente, também reconhecimento) do Curso de Medicina sofreu uma série de mudanças entre 2003 e 2006, fazendo com que houvesse a decisão de investir na abertura das cinco áreas de formação, cada uma com duas vagas.

Com as contínuas e múltiplas transformações pelas quais o Hospital Santa Cruz passou para transformar-se em Hospital de Ensino, em fevereiro de 2010 os Programas de Residência Médica receberam seus primeiros ingressantes, contemplando todas as cinco grandes áreas de formação já citadas. Tais programas já estão devidamente reconhecidos e consolidados na estrutura de assistência prestada pelo hospital e na devida integração com a formação da graduação em medicina. Na própria divulgação do HSC, em seu site, lê-se:

Tem-se convicção de que a sistematização da assistência nas especialidades médicas, que contam com programas de residência, eleva o padrão técnico da própria assistência, razão pela qual não se consegue conceber o HSC sem o dia a dia dos programas de residência médica. E, a partir dessa experiência positiva, novas especialidades devem apresentar propostas de residência nos próximos anos. (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2014).

Cabe destacarmos que as entidades médicas gaúchas levaram, ao Ministério da Educação, a posição contrária de médicos gaúchos à criação do Curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul. Segundo essas entidades, a posição foi tirada em três assembleias realizadas no Estado:

Uma geral dos médicos do RS, dos médicos de Santa Cruz do Sul e dos médicos residentes. O argumento: não existe necessidade social de mais médicos e se deveria alocar os limitados recursos para qualificar os cursos existentes, assim como adaptar os currículos às necessidades da saúde pública. Outro aspecto importante é a preocupação com a mercantilização do ensino. Dos 25 cursos criados de 2004 até agora, 23 são privados. (AMRIGS, 2004).

Apesar de uma grande movimentação contrária, em abril de 2006, iniciaram-se as aulas da primeira turma do Curso de Medicina da UNISC, que teve o seu reconhecimento, pelo Ministério da Educação, homologado no ano de 2010, portanto, antes da formatura dessa

primeira turma. Apesar de um contexto de autorização tumultuado, a instituição cumpriu com todas as normas e exigências legais para uma avaliação favorável da oferta do curso.

A inserção comunitária regional da UNISC gerou expectativas em vários municípios, quanto à abertura do Curso de Medicina. Mesmo antes do funcionamento do curso, a universidade já havia firmado dezoito convênios com Prefeituras da região do Vale do Rio Pardo e Taquari, além da Prefeitura de Santa Cruz do Sul, prevendo cooperação técnica para execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão envolvendo cursos da área da saúde, especialmente o Curso de Medicina. Esse movimento de aproximação da Universidade com as Prefeituras gerou uma expectativa dos governos municipais quanto à transformação de Santa Cruz do Sul em um Polo Regional de Saúde, capaz de ofertar vários serviços especializados, até então, distantes ao acesso da população regional.

Para o poder público, a necessidade social na área da saúde é captada pela demanda externalizada pelos sujeitos. Isso explica o desejo e a expectativa quanto à abertura de novos serviços de assistência.

O conceito de necessidades de saúde aparece referido a um sujeito abstrato, cujas carências são institucionalmente respondidas pela sociedade. Há o pressuposto, portanto, do “Welfare State”. Tal conceito surge, portanto, como um conceito operacional dentro do enfoque normativo, preocupado com a racionalidade técnica. Necessidades de saúde e necessidades dos serviços são funcionalmente articuladas: necessidade é o que requer atendimento. (STOTZ, 1991, p. 50-51).

Em pesquisa realizada pelo Grupo RBS (Grupo de Telecomunicações filiado à Rede Globo de Televisão) entre às 12h de 01/09/2005 até às 11h de 02/09/2005, via consulta interativa com os telespectadores dos Vales do Rio Pardo e Taquari, foram registradas 4.510 (quatro mil quinhentas e dez) ligações sobre a instalação ou não do Curso de Medicina da UNISC. O resultado foi o seguinte: A FAVOR: 3910 (três mil novecentas e dez) ligações ou 88,7% do total; CONTRA: 600 (seiscentas) ligações ou 13,3% do total (REDE BRASIL SUL, 2005).

Já numa notícia publicada no Jornal Zero Hora (CECCONI, 2005, p.05) o então Reitor da Universidade de Santa Cruz do Sul, Prof. Luiz Augusto Costa Campis, salientou sua expectativa com a abertura do Curso de Medicina, enfatizando que o atendimento em saúde no setor público poderia aumentar em, pelo menos, 10% quando o curso fosse instalado. Também o Hospital Santa Cruz ampliaria seu volume de internações e atendimentos, pois contaria com os estudantes e professores da Medicina em seu cotidiano. Ele finaliza dizendo “investimos quatro milhões na restauração das instalações e em equipamentos e já temos 90% dos professores contratados. O Brasil não está em condições de recusar médicos. Há centenas de cidades sem atendimento satisfatório”.

O coordenador do Projeto do Curso de Medicina e, posteriormente, coordenador do curso (a partir da entrada da primeira turma de estudantes), Prof. Pedro Lúcio de Souza, expressou suas expectativas em um texto intitulado “Da Necessidade Social do Curso de Medicina da UNISC” (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2005).

A visão transformadora médica, o paradigma da simplificação que produz um saber fragmentado, reducionista, centrado no orgânico, fornecedoras de mão de obra especializada, atendendo às necessidades de uma parcela perversa da sociedade que visa apenas o poder e o lucro, transformando os pacientes em meros objetos, num sistema incrível de lucro que nada se perde, tudo se transforma (em lucro), o que possibilita que até órgãos humanos façam parte desse sistema [...]. Cabe às instituições médicas em instalação, mais ainda no caso da UNISC- uma universidade verdadeiramente comunitária, romper com o tradicionalismo [...]. As utopias nos parecem sempre da ordem do impossível. Até que as pessoas comecem a acreditar, “construir” um novo médico, uma nova medicina; os nossos caminhos estão postos pelas diretrizes nacionais [...]. Uma universidade como a UNISC que tem uma relação visceral com a sua comunidade, que sempre priorizou projetos e ações que venham ao encontro dos desejos e necessidades de sua comunidade não poderia pensar um Curso de Medicina que não estivesse totalmente adequado a um novo paradigma para os cursos da área da saúde.

Nos documentos analisados, que falam sobre a abertura do curso, há o destaque para o fato de que a medicina da UNISC estava recebendo grande apoio, na região, das lideranças políticas, incluindo prefeitos, vereadores e deputados, das lideranças comunitárias, dos representantes das Igrejas, das lideranças empresariais e da população em geral. Parecia haver uma convicção generalizada que o Curso de Medicina e o Hospital Universitário marcariam um novo tempo na saúde da região e contribuiriam para o desenvolvimento social, cultural e econômico do contexto regional.

Os municípios que assinaram o Convênio com o Objeto de Cooperação Técnica com a APESC/UNISC foram os seguintes: Santa Cruz do Sul; Boqueirão do Leão; Sinimbu; Passa Sete; Vale Verde; Tunas; Segredo; Ibarama; General Câmara; Sobradinho; Arroio do Tigre; Pantano Grande; Herveiras; Estrela Velha; Vera Cruz; Venâncio Aires; Vale do Sol; Passo do Sobrado; e Rio Pardo.

Em todos esses instrumentos legais, lê-se em comum (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2005):

Cláusula Primeira – DO OBJETO

É objeto do presente Convênio o estabelecimento de cooperação técnica entre as partes visando à elaboração e execução de projetos de ensino pesquisa e extensão relacionados à área da saúde, envolvendo Cursos de mantidas da APESC, especialmente o Curso de Medicina que a UNISC pretende oferecer, no intuito de melhorar as condições de saúde da população do MUNICÍPIO.

Cláusula Segunda – DOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS

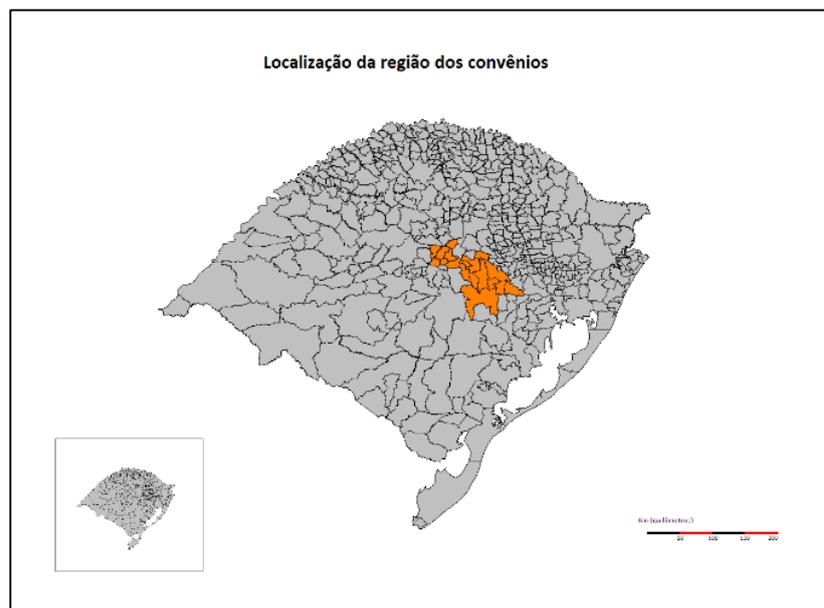
Para realização do objeto do presente Convênio, são celebrados instrumentos jurídicos próprios, aprovados tanto pela APESC quanto pelo MUNICÍPIO, nos quais deve constar o planejamento específico das atividades, contendo todos os detalhes

considerados necessários pelas partes convenientes (as responsabilidades de cada parte; os valores a serem despendidos por cada parte; o prazo de vigência de cada aditivo, etc.).

A expectativa gerada pelo contato inicial com os municípios acabou não se confirmando na implantação do curso, quando nem todos fazem parte da rede de regional de serviços e atendimentos prestados pela medicina. Essa é, sem dúvida, uma importante contradição a ser enfrentada nas discussões e planejamentos futuros. Os gestores possuem uma tendência a redução da necessidade social de determinada população à demanda por atendimentos, especialmente atendimentos médicos; daí a grande expectativa na abertura de um Curso de Medicina no âmbito regional.

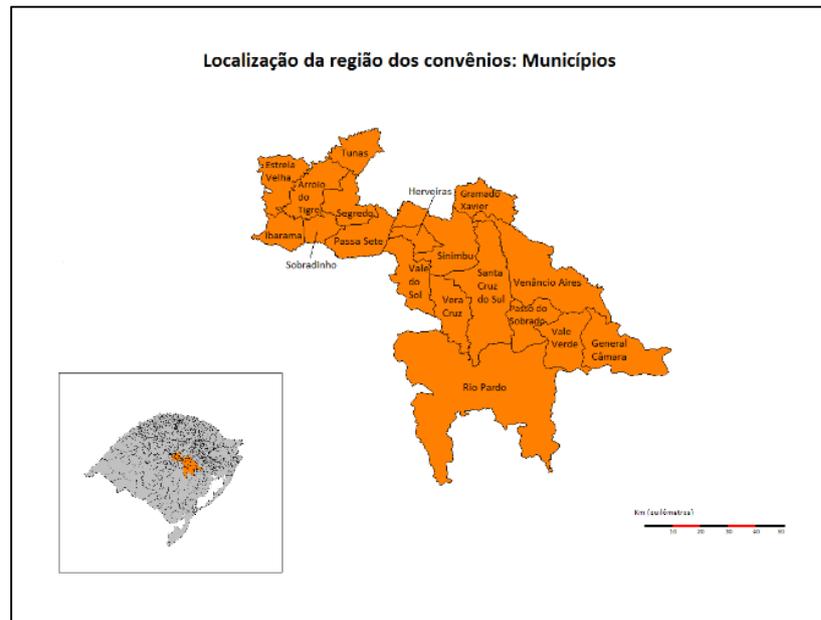
Nos mapas abaixo (Figura 12 e Figura 13) visualizamos a configuração da região de abrangência dos convênios realizados com municípios para viabilizar a abertura do Curso de Medicina da UNISC. Nessa configuração estão presentes municípios de diferentes Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul, com destaque para a 13ª e 8ª coordenadorias, o que, por si mesmo, deveria ter gerado a análise de dados dessas duas regiões distintas no projeto pedagógico protocolado para a autorização de funcionamento do curso. Entretanto, o que verificamos no referido documento é a concentração dos dados referentes à 13ª Coordenadoria, da qual o município de Santa Cruz do Sul é sede.

Figura 12 - Região dos Convênios para abertura do Curso



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Figura 13 – Detalhe da Região dos Convênios



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A própria Reitora da UNISC e Presidente da APESC, em entrevista concedida em março de 2014, para essa pesquisa, admite que muitas expectativas iniciais, geradas em vários municípios, foram frustradas na implantação do Curso de Medicina. *“De lá para cá a legislação mudou muito. Se inicialmente nós tínhamos previsto uma inserção regional maior na implantação do curso, nós víamos que as limitações já apareciam, porque nós temos, no município de Santa Cruz a gestão plena da saúde e os nossos alunos basicamente ficam aqui no período letivo, fazendo suas práticas seus estágios; então, nós temos consciência que houve na implantação limites do curso se integrar a outras comunidades. Sabemos que temos Venâncio Aires, que tem alguns alunos participando, mas a grande maioria dos alunos da medicina está atuando aqui em Santa Cruz do Sul. Porém também tem a repercussão do recém-formado que acaba entrando nos programas de residência médica do Hospital Santa Cruz; alguns alunos se formam e ficam na região [...]. Então, a repercussão no contexto regional foi grande no sentido da oferta e da busca ou do interesse pelo Curso de Medicina. Percebemos alguns egressos atuando, por exemplo, em Vera Cruz, Candelária, Venâncio Aires e Rio Pardo, entretanto, de forma muito pontual, não na forma que pensávamos inicialmente, pelos limites da lei e pelos limites da gestão plena da saúde”*, diz a Reitora.

Considerando que a entrevista com a Reitora aconteceu após o término do ciclo de formação das primeiras turmas, percebemos a sua visão do processo de construção e implantação do curso, bem como de alguns resultados.

Acredito que a discrepância entre a configuração inicial da região de influência do Curso de Medicina e a real possibilidade de implantação de ações efetivas nos municípios constituiu-se numa importante fonte de frustração por parte das autoridades regionais apoiadoras do projeto.

5.1.2 O Projeto da Nova Escola Médica

No contexto de abertura de novas escolas médicas, depois de 2001, a vinculação com as DCNS se constituiu em um elemento essencial. No projeto do Curso de Medicina da UNISC isso fica evidenciado em várias colocações. Já na definição do perfil profissiográfico encontrado no projeto lê-se:

Concordando com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o curso adota como perfil do formando egresso / profissional o 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”. (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 28).

As competências e habilidades descritas no perfil do concluinte são aquelas presentes nas Diretrizes Curriculares homologadas pelo Conselho Nacional de Educação (Resolução CNE/CES N° 4, de 07 de Novembro de 2001).

O projeto pedagógico do curso em análise salienta a ênfase dada na formação do médico generalista, orientado na perspectiva da compreensão da integralidade do atendimento em saúde, com especial ênfase à atenção básica (importante porta de entrada no Sistema Único de Saúde), onde a atuação em equipe é crucial, tanto nas ações de prevenção e promoção da saúde, como nas ações terapêuticas. Há também a descrição e o reforço das cinco grandes áreas na formação médica (no que tange à formação pretendida): clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e saúde coletiva.

Há uma contradição evidenciada a partir da análise da grade curricular, onde os módulos “Saúde de Adulto”, embora tenham uma mesma ementa, fragmentam suas áreas do conhecimento e conteúdos de ensino, naquilo que os currículos tradicionais chamam de “especialidades médicas”. Como exemplo, no Módulo XVII, as áreas do conhecimento previstas são: doenças infecciosas e parasitárias; microbiologia; patologia; oncologia básica; diagnóstico por imagem; dermatologia; cirurgia geral; cirurgia plástica e cirurgia ambulatorial. Mesmo que o perfil profissiográfico dê ênfase à formação generalista, o desvio de foco para as especialidades está presente nesses módulos.

Já os módulos de “Saúde da Mulher”, “Saúde da Criança” e “Saúde Coletiva e Interação Comunitária” apresentam maior articulação entre as áreas do conhecimento previstas em cada um deles e maior proximidade com o perfil de formação do médico generalista.

No Relatório Final da Comissão de Especialistas (BRASIL, 2010, p. 04), que avaliou o curso para fins de reconhecimento, essas mesmas evidências aparecem.

A organização didático-pedagógica, estrutura e conteúdos curriculares demonstram a íntima relação dos objetivos do curso com a formação do médico generalista. Mesmo que tenha sido observada a presença de alguns poucos módulos fragmentados em atendimentos especializados, as características gerais tendem claramente ao aspecto generalista do médico. Com a organização conjunta com os serviços de saúde, certamente o egresso atuará articuladamente com órgãos, programas e unidades loco-regionais do SUS, fortalecendo o sistema público de saúde e assim ajudar a criar condições de saúde para toda a população.

Entretanto, como já salientado, a ênfase colocada no perfil generalista (em grande parte dos programas dos módulos) demonstra a tentativa de organizar um curso em consonância com as DCNS. Se compararmos a organização curricular do Curso de Medicina com os outros tantos cursos de graduação ofertados pela UNISC na mesma época, percebemos claramente uma tentativa de inovação em sua estruturação. Essa organização curricular procurou superar a apresentação de um elenco de disciplinas isoladas, que fracionam o conhecimento e promovem o distanciamento do raciocínio interdisciplinar ou, pelo menos, multiprofissional.

Assim a presença de Módulos Temáticos Interdisciplinares, onde o conhecimento é abordado por diferentes áreas e professores, mas com uma ementa e objetivos em comum foi uma das estratégias adotadas para fugir a abordagem tradicional na educação médica. Na forma como os módulos foram pensados e divididos em áreas e conteúdos, houve uma clara tentativa de permitir um ensino organizado a partir dos determinantes da saúde, permitindo, “ao estudante, desde o início do curso, estabelecer senso de responsabilidade social quanto à saúde coletiva e perceber a integralidade como fundamental na sua formação” (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 26).

O projeto do curso está comprometido com a integração entre aquilo que comumente se chamou de área básica com as áreas clínicas, desde o início da trajetória de formação, requisitando os conteúdos conforme a necessidade e organização dos módulos interdisciplinares. Também a preocupação com a inserção do estudante, desde os primeiros semestres, no meio profissional de atuação e seus diferentes cenários, indica pertinência na compreensão daquilo que desenvolve o raciocínio clínico, bem como uma visão mais integrativa e real da relação saúde/doença.

Com relação aos programas de ensino, os mesmos foram construídos a partir do entendimento de prevenção, promoção e atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher,

do homem, do idoso e do trabalhador. Existiu uma preocupação, nessa construção, com o estudo do ciclo de vida normal e alterado, reforçando a necessidade de reorientação nas estratégias de acolher, cuidar e acompanhar a saúde individual e coletiva.

A referência ao profissional egresso destaca o compromisso com a pessoa e o seu contexto de vida, para além das ações de atenção à saúde de cunho somente assistencial/curativo. O projeto pedagógico, a partir de uma citação literária, destaca que o médico formado pela UNISC deverá:

Comprometer-se com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente [pré-definidos]. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis. Ao tratar da doença, precisa compreendê-la no contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos. (LAMPERT, 2002, p. 98).

Outra importante evidência do ensino organizado a partir dos determinantes da saúde está na presença de mecanismos de referência e contra referência. O curso estabelece o referenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para os Ambulatórios do Curso, localizados na Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA), bem como os atendimentos realizados na UAA são contra referenciados às UBSs.

A orientação acerca desses procedimentos está afixada nos ambulatórios e foi destacada como um fator integrador importante pelos avaliadores externos, responsáveis pelo parecer de reconhecimento do curso (BRASIL, 2010).

No que se refere à pós-graduação, o Curso de Medicina da UNISC teve a preocupação de manter ofertas relacionadas com o seu projeto pedagógico. Mesmo antes do funcionamento da primeira turma de graduação, no ano de 2004, foi ofertado um “Curso de Especialização em Metodologia do Ensino: Medicina”, com o propósito de formar futuros docentes (médicos da região) para a atuação em consonância com a proposta pedagógica diferenciada.

Cabe esclarecer que nem todos os participantes da especialização tornaram-se docentes, pois a UNISC possui um sistema de seleção, via concurso público, para os interessados em ingressarem no seu quadro. Entretanto, cerca de 70% dos trinta médicos daquela turma de especialização ainda atuam no Curso de Medicina.

Admitindo que a frequência em um Curso de Especialização, por uma parte dos docentes, não assegura o seu comprometimento com as transformações necessárias na formação médica (mudança na visão hospitalocêntrica, dentre outras), houve um investimento em cursos de formação continuada (extensão) para todos os professores do quadro, bem como foi evidenciado

o incentivo para que acessassem ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* / Mestrado em Educação e Mestrado em Promoção da Saúde, além das outras opções nesse nível de ensino.

Também a Pós-Graduação, no formato de Programas de Residência Médica, foi estruturada numa parceria entre representantes do Colegiado do Curso de Medicina, Coordenação de *Lato Sensu* da UNISC, Hospital Santa Cruz e Prefeitura Municipal. Tais programas complementam a formação inicial do médico generalista e englobam o aperfeiçoamento nas cinco grandes áreas da mesma: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade.

De 2010 a 2014, quarenta e dois médicos ingressaram nos Programas de Residência Médica no HSC (tabela 01).

Tabela 01 – Residências pelo HSC (2010-2014)

| TURMA | ÁREA | RESIDÊNCIAS MÉDICAS | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------|--------------------|----------------------|
| | | ANO INICIO | ANO TÉRMINO | VAGAS OFERTADAS | VAGAS PREENCHIDAS |
| Residência Médica – Turma 01 | Clínica Médica | 2010 | 2012 | 2 | 2 |
| | Cirurgia Geral | 2010 | 2012 | 2 | 2 |
| | Pediatria | 2010 | 2012 | 2 | 1 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 2010 | 2012 | 2 | 1 |
| | Medicina de Família e Comunidade | 2010 | 2012 | 2 | 2 |
| Residência Médica – Turma 02 | Clínica Médica | 2011 | 2013 | 2 | 2 |
| | Cirurgia Geral | 2011 | 2013 | 2 | 2 |
| | Pediatria | 2011 | 2013 | 2 | 0 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 2011 | 2013 | 2 | 0 |
| | Medicina de Família e Comunidade | 2011 | 2013 | 2 | 2 |
| Residência Médica – Turma 03 | Clínica Médica | 2012 | 2014 | 4 | 4 |
| | Cirurgia Geral | 2012 | 2014 | 2 | 2 |
| | Pediatria | 2012 | 2014 | 2 | 2 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 2012 | 2014 | 2 | 2 |
| | Medicina de Família e Comunidade | 2012 | 2014 | 2 | 1 |
| Residência Médica – Turma 04 | Clínica Médica | 2013 | 2015 | 4 | 4 |
| | Cirurgia Geral | 2013 | 2015 | 2 | 2 |
| | Pediatria | 2013 | 2015 | 2 | 2 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 2013 | 2015 | 2 | 2 |
| | Medicina de Família e Comunidade | 2013 | 2015 | 2 | 1 |
| Residência Médica – Turma 05 | Clínica Médica | 2014 | 2016 | 6 | 6 |
| | Cirurgia Geral | 2014 | 2016 | 3 | 3 |
| | Pediatria | 2014 | 2016 | 2 | 2 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 2014 | 2016 | 2 | 2 |
| | Medicina de Família e Comunidade | 2014 | 2016 | 2 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os Programas de Residência Médica são considerados, no PPC do Curso de Medicina, não somente importantes para a continuidade da formação dos egressos, mas, fundamentalmente para a melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde na região.

Com relação à Residência Médica, é nosso entendimento que ela constitui a mais perfeita modalidade de especialização em medicina, agregando, na formação dos profissionais da área, elevados padrões de excelência e consolidação da relação ensino e pesquisa [...]. É difícil encontrar hospitais, prestando atendimento de bom padrão que não tenham Programas de Residência Médica. (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 79).

Entretanto, cabe uma análise sobre a dificuldade no preenchimento das vagas de residência ofertadas pelas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, mas especialmente na Pediatria e na Medicina de Família e Comunidade. Como compreender o perfil do médico generalista a ser formado e a grande ênfase da formação de especialistas nas cinco grandes áreas de formação e a sua relação com a ausência de candidatos? Nessa análise, devemos considerar que as primeiras turmas do Curso de Medicina da UNISC ainda não haviam se formado na época da abertura das residências. Também, os programas ofertados pelo HSC eram recentes e pouco conhecidos nos cenários estadual e nacional. Mas, sobretudo, ainda vigorava (e vigora) a valorização do especialista, em particular daqueles que recebem maior remuneração, seja pelos procedimentos decorrentes da primeira consulta ambulatorial, seja pela classificação de intervenção de maior complexidade (pelo SUS), com conseqüente maior remuneração.

Para Sampaio (2008) a ociosidade de vagas em áreas generalistas fundamentais para o sistema de saúde brasileiro vem se tornando um problema de difícil solução e que se repete nas várias regiões do Brasil.

A procura pelas vagas está mal orientada, concentrada em áreas supostamente mais bem remuneradas, em detrimento de áreas tradicionalmente mais trabalhosas ou menos “lucrativas”. Sobram vagas em ginecologia, pediatria e medicina de família, e existe uma concorrência gritante em radiologia, dermatologia e oftalmologia, por exemplo. A procura pelas especialidades da moda pode gerar graves entraves para o serviço de saúde, como um todo. (SAMPAIO, 2008, p. 01).

Outro ponto a ser considerado, especialmente na área da medicina de família e comunidade é que para atuar na Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, os municípios não exigem especialização e, além disso, oferecem remunerações para o médico recém-formado de três a quatro vezes maiores do que o valor que o mesmo receberia enquanto bolsa de residência. O ideal, conforme vários debates realizados na ABEM, seria a criação de uma carreira para o médico no SUS, remunerando adequadamente aqueles que buscam especialização para atuação em áreas consideradas prioritárias pelo próprio governo federal.

Tendo como objetivo levantar hipóteses explicativas para o desinteresse nas vagas da Residência em Medicina de Família e Comunidade, em 2009 foi publicada uma pesquisa que sintetizou uma revisão de trabalhos que, até então, haviam focado essa temática (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009). Dessa forma, por ordem de importância em

que foram encontradas, essas hipóteses são as seguintes: (a) pouco prestígio da Medicina de Família; (b) pouca vivência em Atenção Primária durante a graduação; (c) baixos salários; (d) elevada dívida com a universidade; (e) perfil tecnológico e científico de outras especialidades; (f) amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade; (g) perfil socioeconômico elevado dos estudantes de medicina; (h) ideia equivocada de que a Medicina de Família é fácil demais para o estudante motivado; (i) experiência em Medicina de Família com um profissional desmotivado e frustrado.

Como destacamos, essas foram hipóteses levantadas na revisão de publicações e que, certamente, poderiam ser alvo de novas pesquisas com dados objetivos para a comprovação ou não de tais hipóteses.

Ainda em agosto de 2009, o Conselho Regional de Medicina do Paraná divulgou a seguinte nota:

Enquanto especialidades básicas estão em baixa, outras que pagam bem e valorizam os profissionais estão em alta. As áreas ligadas à estética como dermatologia e endocrinologia tiveram todas as vagas de residência ocupadas. Já para pediatria e ginecologia e obstetrícia sobram vagas. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, 2009).

Na área da Residência Médica em Pediatria, o fenômeno nacional de sobra de vagas, antes disputadas pelos egressos em diferentes programas e preenchidas por candidatos convictos de suas escolhas tem preocupado governos, serviços de saúde e hospitais. São vários os motivos que direcionam um médico para a especialização em determinada área: afinidade, influência familiar, influência de docentes, possibilidade de avanço científico/pesquisa, busca de sucesso e boa remuneração, dentre tantas outras.

Entretanto, o que faz um médico não escolher ou desistir de uma especialidade antes tão admirada e procurada? Baixa remuneração, condições adversas de trabalho, consulta demorada, complexa e remunerada de forma inadequada, grande envolvimento emocional com o paciente e sua família, levando a sofrimentos e preocupações, poucas perspectivas a curto e médio prazo de melhoria, mercado fechado para a autonomia, aumento da concorrência com a inclusão de médicos com formação cada vez mais precária, desvirtuando e agravando a baixa remuneração, podendo-se acrescentar a essa lista dezenas de motivos pelos quais o médico não quer ser pediatra. (FERREIRA, 2008, p. 01).

Portanto, o fenômeno de sobra de vagas nas áreas básicas da formação médica (pediatria; ginecologia e obstetrícia; medicina de família e comunidade), excetuando-se as áreas de clínica médica e cirurgia (que são pré-requisitos para outras especialidades subsequentes) não é um fenômeno restrito à Santa Cruz do Sul ou ao HSC. Como percebemos, sua repetição em escala nacional exige políticas de direcionamento e incentivo para formação nessas áreas.

Ainda como proposta de organização, na avaliação das estruturas, uma questão apareceu com um grande desafio: como titular, na modalidade *stricto sensu*, o profissional médico com atuação em Santa Cruz do Sul, mas que ainda não haviam buscado formação acadêmica nessa esfera? Identificamos, na revisão documental, que o Curso de Medicina criou um Plano de Apoio Permanente à Capacitação de Docentes (PAPCD), custeado pelo próprio curso, com o intuito de oferecer bolsas de custeio para Programas de Mestrado e Doutorado. Tal plano foi instituído pela Resolução N° 16, de 05 de maio de 2008 e teve seu artigo 3° alterado pela Resolução N° 02, de 08 de março de 2012 e é justamente nesse parágrafo que se percebe a importante conexão entre o incentivo à formação permanente dos docentes e o projeto pedagógico de graduação em medicina.

Art. 3° Os programas de mestrado e doutorado a serem frequentados pelos docentes participantes do PAPCD devem ser na área da medicina, excetuando-se o Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e o Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, ambos da UNISC.

Parágrafo único. Excepcionalmente, os docentes do Curso de Medicina podem cursar outros programas de pós-graduação na UNISC ou em outras instituições de Ensino Superior – IES, desde que a solicitação do docente seja aprovada pelo Colegiado do Curso de Medicina, com a devida justificativa, e que esteja em consonância com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.

Desde 2009, ano em que começou a funcionar, o PAPCD (tabela 02) contemplou 21 professores com bolsas para o mestrado ou doutorado, o que acabou por contribuir com o incremento na pesquisa relacionada à graduação em medicina, envolvendo, também, cada vez mais estudantes bolsistas.

Tabela 02 – PAPCD do Curso de Medicina

| Ano | Nº Bolsas Mestrado | Nº Bolsas Doutorado |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2009 | 05 | 00 |
| 2010 | 10 | 01 |
| 2011 | 01 | 01 |
| 2012 | 01 | 01 |
| 2013 | 00 | 01 |
| | | Total: 21 bolsas |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ter um corpo docente qualificado e comprometido com o perfil do Curso de Medicina da UNISC parece ter sido o principal objetivo das ações voltadas ao incentivo da formação permanente por parte dos professores.

Como já enfatizamos anteriormente, o Ensino Superior no Brasil, após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, conquistou maior flexibilidade para a construção de seus currículos e, com isso, maior liberdade para a abordagem de concepções pedagógicas que permitam redirecionar o ensino e a aprendizagem. Entretanto, o que comumente se vê, no cenário das universidades e faculdades, é uma organização curricular tradicional, com a justaposição de saberes; o conhecimento fragmentado em disciplinas, hierarquicamente organizadas, com a demarcação clara de um ciclo básico e um ciclo profissionalizante.

Em sua tese de doutorado, Lampert (2002) define uma tipologia para os currículos das escolas médicas que, após passarem por uma avaliação, foram classificadas de acordo com a sua capacidade de transformação: de um paradigma tradicional para um paradigma de abordagem da integralidade na formação em saúde.

A característica conservadora na construção dos projetos de graduação faz com que os mesmos caminhem a passos lentos, mesmo que as discussões sobre a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e a concepção de integralidade nas ações formadoras, bem como a importância da prevenção e promoção da saúde já façam parte do cenário de debates da educação médica desde a década de 60.

A proposição de um novo paradigma, que se contraponha ao modelo hospitalocêntrico, focado na doença e seu tratamento, foi uma preocupação na proposição das DCNs de 2001. Assim, o paradigma da integralidade é construído como alternativa, ressaltando a aproximação da formação médica com a atenção básica, sem, no entanto, descuidar dos cuidados em saúde nos outros níveis de atenção.

As denominações “tradicional”, “inovadora” e “avançada” (LAMPERT, 2002) classificam as escolas médicas de acordo com a sua aproximação, menor ou maior, do paradigma da integralidade. Uma escola *tradicional* é aquela com o currículo predominantemente composto por disciplinas isoladas, onde primeiro há uma abordagem das ciências consideradas básicas para, posteriormente, introduzir-se os conteúdos profissionalizantes, finalizando com uma expressiva carga horária prática (onde os estudantes, então, precisam fazer a junção entre o teórico e o prático; entre o básico e o profissional). Uma escola *inovadora* é aquela que, na sua trajetória formadora, procura aproximar-se do paradigma da integralidade, embora ainda conserve características de um modelo tradicional, com nítida predominância das ações voltadas para práticas hospitalares. Já a escola *avançada* consegue romper com o modelo hegemônico e adota uma postura transformadora nas relações entre o ensino, a aprendizagem e o contexto; o ensino, centrado no estudante, acontece no sistema de saúde existente, contemplando os diversos

graus de complexidade, bem como os determinantes sociais, ambientais, biológicos, psicológicos e culturais do processo de saúde/doença dos indivíduos e da comunidade.

O projeto pedagógico do Curso de Medicina da UNISC, nesse sentido, parece estar mais identificado com as características de uma escola inovadora, pois apresenta uma estruturação curricular modular, com áreas do conhecimento integradas a partir de uma ementa comum. Também, a adoção do Programa Integrado de Aprendizagem/Tutoria, em todos os semestres, com a discussão de situações-problema que integram os módulos e as áreas que estão sendo abordadas, reforçam a tentativa de mudanças na forma de ensinar e aprender.

Tomemos como exemplo o módulo XII, do quarto semestre, Saúde da Mulher II. Ele é composto pelas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Patologia e Políticas Públicas. Mesmo que os estudantes já tenham trabalhado com Patologia e Políticas Públicas nos primeiros semestres, elas aparecem novamente para compor o cenário da Saúde da Mulher e seus vários condicionantes.

Outra característica inovadora presente consiste na existência de práticas comunitárias, ambulatoriais e hospitalares desde o início do curso. No que se refere à abordagem das disciplinas básicas clássicas, evidencia-se a divisão dos conteúdos das mesmas, sendo trabalhados e retomados em diferentes fases da formação. Assim, por exemplo, a área de anatomia não é esgotada nos primeiros semestres; ela é revisitada sempre que necessário para maior integração e compreensão da complexidade do fenômeno saúde/doença.

A partir da análise que fizemos (tendo como parâmetro a classificação de Lampert, 2002), percebemos a dificuldade de abordagem interdisciplinar, especialmente nos módulos de saúde do adulto, onde há uma forte tendência de repetir, sob o “guarda-chuva” do módulo, um elenco de especialidades médicas, com pouca conexão com o paradigma da integralidade.

Para exemplificar, podemos trazer o Módulo XVII, do quinto semestre, Saúde do Adulto III. As áreas que formam esse módulo são Doenças Infecciosas e Parasitárias, Microbiologia, Patologia, Oncologia Básica, Diagnóstico por Imagem, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Cirurgia Ambulatorial. Embora notemos a existência de conteúdos de áreas básicas em um semestre mais avançado, é nítida a fragmentação de especialidades médicas, abordadas individualmente.

No que tange à metodologia, o PPC do Curso de Medicina (2010) conceitua a aprendizagem enquanto um processo contínuo de construção de conhecimentos, onde a significação desses conhecimentos é atribuída pelos próprios sujeitos aprendentes. Também as competências, habilidades, atitudes e valores são trabalhados de forma contextualizada,

confrontando estudantes e professores com a realidade de atuação dos profissionais médicos e seus múltiplos condicionantes.

O professor é descrito como aquele que assume a função de mediador entre o estudante que constrói/efetiva sua aprendizagem e o conhecimento cientificamente acumulado, devendo valorizar conhecimentos prévios e promover uma compreensão o mais complexa possível dos assuntos em pauta.

Outro destaque do PPC é a preocupação com a autonomia científica, intelectual e ética dos futuros médicos. Isso se torna claro na organização das Tutorias, onde o estudante é levado a superar a passividade e imobilidade intelectual, percebendo-se enquanto corresponsável pela qualidade de sua formação, de forma que não se limita ao que é abordado nas atividades didáticas, mas toma isso como ponto de partida para construções mais elaboradas e aprofundadas.

Embora contemple aulas teóricas e práticas, para além da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP) em pequenos grupos, o projeto destaca que a ação pedagógica deve estar pautada no diálogo com o estudante, fomentando a exposição de dúvidas, conhecimentos prévios, questionamentos e hipóteses provisórias. Ao docente, cabe sedimentar o espaço para esse diálogo e fazer com que seus estudantes avancem em suas construções e capacidade de síntese.

Destaca-se, ainda, a preocupação com o acompanhamento das construções dos estudantes. O PPC ressalta que o professor precisa manter uma postura atenta, tendo a capacidade de identificar e propor formas de minimizar possíveis lacunas e dificuldades de aprendizagem, durante suas atividades pedagógicas e não somente no final de um período, onde as chances de uma real recuperação são mínimas.

Em síntese, a metodologia adotada pelo curso traduz-se, prioritariamente, nas seguintes estratégias: aprendizagem baseada em problemas; problematização e contextualização de conteúdos; aprendizagem em pequenos grupos; aprendizagem orientada para as demandas da comunidade; o SUS como cenário fundamental da abordagem curricular; e, o papel ativo do estudante, capaz de avaliar e avaliar-se, bem como conduzir seus estudos e aprofundamentos. (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 27).

No Relatório para fins de Reconhecimento do Curso (BRASIL, 2010), há o destaque para a metodologia adotada nos Módulos de Tutoria que, segundo os avaliadores, cumpre, de maneira excelente, com a função de promover a interdisciplinaridade e articular a integração entre as áreas do conhecimento, diante de situações próximas à realidade da atuação profissional futura.

A preocupação com a indissociabilidade entre o “saber” e o “saber fazer” ou, em outras palavras, entre a “teoria” e a “prática”, fez com que a atuação em diversos cenários de formação, desde o primeiro semestre do curso, fosse uma premissa importante da estruturação curricular do

Curso de Medicina. Essa atuação é realizada sob a supervisão de docentes da instituição, designados para tal fim.

As atividades práticas são previstas em diversos serviços do sistema loco-regional de saúde. A participação em equipes multiprofissionais e interssetoriais, atuantes na rede de saúde, possibilita uma compreensão da integralidade e dos diferentes graus de complexidade da atenção às pessoas.

Dessa forma, o estudante começa a familiarizar-se com os territórios adstritos da Estratégia de Saúde da Família e com as práticas ambulatoriais/hospitalares, desde o primeiro semestre. O objetivo dessa inserção precoce é, justamente, possibilitar a compreensão da realidade complexa do campo de atuação profissional. Especificamente quanto às Unidades da Estratégia de Saúde da Família, objetiva-se que os acadêmicos conheçam as comunidades, suas formas de organização, suas representações culturais, suas características censitárias e seus perfis epidemiológicos.

Conforme sua progressão curricular, o acadêmico intensifica o seu convívio com a estrutura do sistema de saúde brasileiro e passa a melhor compreender a sua dinâmica de organização: os níveis de atenção, a referência e a contrarreferência, bem como o papel dos sujeitos na organização e planejamento das ações a serem empreendidas.

Nas Unidades Básicas de Saúde, conjuntamente com o trabalho de diagnóstico e reconhecimento das características da comunidade, os estudantes desenvolvem competências e habilidades com um grau crescente de complexidade, desde a realização de curativos, verificação de sinais vitais e aplicação de vacinas e medicamentos, até a realização de consultas e acompanhamento de grupos terapêuticos, sempre sob a supervisão e orientação dos docentes.

A formação dos estudantes também acontece por meio de atividades práticas nos ambulatórios de referência da Unidade de Atendimento Ambulatorial, nas enfermarias e demais dependências de assistência do Hospital Santa Cruz e de hospitais conveniados, além dos serviços de urgência e emergência existentes na região.

Observando a complexidade da futura atuação profissional, também são oferecidas atividades formadoras em creches, casas geriátricas, ONGs, Centros Especializados de Referência, tais como, atendimento psicossocial adulto e infantil, centro materno-infantil e de saúde do trabalhador.

Na importante articulação entre teoria e prática, a carga horária destinada a atividades em laboratórios é expressiva, com o intuito de proporcionar, ao estudante, o estudo da base micro e macro funcional das estruturas biológicas do ser humano e sua relação com os processos de saúde e doença.

Um componente de destaque da comprovação da importância curricular dada à articulação teoria/prática, através do incentivo a reflexões a partir do fazer, está no resumo da carga horária curricular do Curso de Medicina proposto. Das 8520 horas de formação, 6039 são práticas e acontece em pequenos grupos, o que facilita a mediação dos docentes no processo de construção do conhecimento.

De acordo com o projeto de curso em análise, o campo de intervenção prática procura abranger uma ampla gama de serviços, favorecendo a formação para atuação generalista e multiprofissional.

A ampliação do campo de intervenção prática nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), creches, ONGs, ambulatórios das áreas básicas e de especialidades, além das enfermarias, laboratórios, setores de imagem, centros cirúrgicos, setor de emergência e intensivismo dos Hospitais, permite, ao aluno, aproximação com a realidade social e envolvimento com equipes multiprofissionais. (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 26-27).

Como podemos verificar, a partir da listagem dos locais de atuação dos estudantes do Curso de Medicina da UNISC em 2014 (quadro 05), de fato há uma diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem, propiciando vivências formativas que contemplam a complexidade da formação médica.

Quadro 05 – Relação de Locais de Atuação dos Estudantes

| |
|---|
| CEMAI – Centro Materno Infantil – Santa Cruz do Sul/RS |
| COPAME – Associação Pró-Amparo do Menor – Santa Cruz do Sul/RS |
| ESFs – Estratégias de Saúde da Família: Faxinal, Menino Deus, Margarida Aurora, SENAI e Pedreira – Santa Cruz do Sul/RS |
| Hospital Ana Nery – Santa Cruz do Sul/RS |
| Hospital Santa Cruz – Santa Cruz do Sul/RS |
| HSSM – Hospital São Sebastião Mártir – Santa Cruz do Sul/RS |
| UIML – Unidade do Instituto Médico Legal – Santa Cruz do Sul/RS |
| Posto de Saúde Avenida – Santa Cruz do Sul/RS |
| PA- Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz – Santa Cruz do Sul/RS |

| |
|--|
| SIS – Sistema Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul/RS |
| Comunidade Terapêutica Recomeçar – Santa Cruz do Sul/RS |
| UAA – Unidade de Atendimento Ambulatorial do Curso de Medicina – Santa Cruz do Sul/RS |
| ESF- Estratégia de Saúde da Família – Passo do Sobrado/RS |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Também há uma preocupação com o constante acompanhamento e avaliação do projeto do curso. O PPC apresenta um item específico sobre as estratégias de autoavaliação utilizadas:

- a. reuniões do Colegiado do Curso, pontuando as avaliações dos semestres desenvolvidos, onde é dada ênfase à verificação do grau de dinamização das atividades propostas para os diferentes períodos do Curso, bem como a articulação entre a prática docente, a Pesquisa e a Extensão. As reuniões de colegiado contam com significativa participação discente (20% com voto);
- b. reuniões de avaliação envolvendo o Corpo Docente, Discente, Funcionários e a Coordenação. Nessa etapa, a ênfase recai sobre o desempenho do Corpo Docente, Técnico-Administrativo e Discente no desenvolvimento das atividades curriculares, condições de infraestrutura necessárias para a execução da proposta pedagógica e levantamento de indicadores das fragilidades e fortalezas do curso;
- c. análise dos resultados das ações de avaliação interna, promovidas semestralmente pela Universidade. (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2010, p. 82).

Também no que tange ao exercício de autoavaliação, o curso faz parte da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e tem participado de seus processos avaliativos, que oferecem indicadores para tal.

O processo de avaliação e autoavaliação permite a reconfiguração curricular, sempre que necessário. Assim como a implantação de um Curso de Medicina assume diferentes perspectivas no tempo e no espaço, também “as regiões” de referência para esse projeto são configuradas e reconfiguradas de acordo com intencionalidades distintas.

Avaliando as estruturas do projeto do Curso de Medicina (as informações sobre os recursos, as formas de organização e as propostas de atender às necessidades sociais na área da formação de recursos humanos), entendemos que as mesmas foram expressas pelos diferentes sujeitos no contexto de abertura: governantes, representantes de entidades médicas, representantes da comunidade, cidadãos, representantes da universidade, do curso e do governo federal deram voz ao que seria essa necessidade; como diz Stotz (1991), expressando a dialeticidade daquilo que é compreendido como uma necessidade social coletiva, baseada nos mínimos sociais e aquilo que é traduzido na subjetividade da voz do sujeito que expressa qual a

sua necessidade. O “prefeito” (aqui compreendido de uma forma genérica, assim como os demais) tem a necessidade de um médico para atender nos serviços de seu município; o “secretário de saúde” tem a necessidade de acabar com a ambulancioterapia; o “cidadão” tem a necessidade de maior agilidade e rapidez para resolver seus problemas de saúde; o “reitor” tem a necessidade de formar médicos generalistas, da mesma forma que o “diretor do hospital” precisa estruturar ambulatórios de especialidades para negociar com as prefeituras.

Múltiplas vozes se manifestaram, concordando ou discordando com a necessidade social da criação de uma nova escola médica no interior do Rio Grande do Sul, ao mesmo tempo compreendendo e demonstrando que a necessidade social de saúde é histórica, cambiante, com implicação e valor individual, captada pela demanda apresentada.

Na sequência, apresentamos a análise avaliativa dos processos desencadeados pelo projeto do Curso de Medicina, ressaltando a tentativa didática de apresentação de cada uma das categorias da investigação avaliativa, uma vez que a complexidade da realidade faz com que haja simultaneidade entre projeção de estruturas, processos e resultados.

5.2 Avaliação dos Processos

Na avaliação dos processos decorrentes de um projeto social conseguimos apreender uma categoria de fundamental relevância para a nossa análise: a da materialidade (da objetividade dos fenômenos e sistemas que se desenvolvem no mundo real).

Para ilustrar o movimento, a dinamicidade dos processos, citamos um trecho da entrevista concedida pela Reitora da UNISC. *“Fizemos o primeiro vestibular e fomos, assim, olhando [...] semestre a semestre, na sua implantação, naquilo que estava previsto no projeto. E houve muitas modificações de legislação durante o projeto, mas [...] o nosso grande trabalho era justamente implementar o curso projetado, os laboratórios, as ofertas de disciplinas, as tutorias, as salas especiais, o ambulatório construído, assim, dentro dos desejos possíveis e impossíveis na época; nós tínhamos um crédito diferenciado alto e comentávamos que o Curso de Medicina exigia um intenso trabalho de implantação [...]. Uma das primeiras coisas que se fez aqui dentro é assumir a diferença que o Curso de Medicina trazia em termos de exigências; não era um curso igual aos outros e [...] não viria para, digamos, ajudar a universidade em tempos de crise financeira. Muito pelo contrário, o Curso de Medicina é um curso que exige muito trabalho, muita dedicação, um olhar apurado, muito acompanhamento para que, de fato, seja uma oferta de excelência, O que eu posso dizer é que temos um dos melhores cursos do Estado. Nós temos retornos agora. Me lembro que naquela época nós tínhamos que [...] estar garimpando espaço*

para que nossos alunos fizessem estágios em internato, haviam resistências externas e que foram quebrando, uma a uma. Hoje nossos alunos são muito bem recebidos nos espaços externos ao Município de Santa Cruz do Sul, nos hospitais do Estado e já temos uma característica de um perfil de aluno que, além do domínio teórico, tem o domínio prático porque uma das grandes preocupações era implantar as práticas desde o primeiro semestre”.

O acompanhamento semestre a semestre, desde o primeiro vestibular é uma das exemplificações que apontam a característica cambiante dos processos de implantação de um projeto social, pois tem como base a também cambiante necessidade social, histórica e geograficamente localizada. As ações, a consciência dessas ações (ou a capacidade do sujeito refletir sobre a realidade objetiva) e a prática (com seus caminhos e descaminhos) manifestam-se nos processos que são materializados nas delimitações espaciais de alcance dos mesmos, conforme abordaremos a seguir.

5.2.1 As “Regiões” da Nova Escola Médica

Os estudos sobre a saúde, desde a descoberta e tentativa de enfrentamento de grandes epidemias, sempre tiveram uma relação explícita com a delimitação espacial. Entretanto, a concepção de espaço subjacente a tais estudos seguiu a tendência de delimitação material de determinada área, de maneira estática e determinada, servindo como parâmetro para a consecução de diagnósticos e ações em saúde. Esse conceito espacial estático, talvez presente na origem da delimitação da Geografia enquanto área do conhecimento, assim como os conceitos na área da saúde transformaram-se, incorporaram novos elementos e contradições, que estão cada vez mais imbricados nas análises mais recentes sobre o tema “saúde”.

Desde o final do século XIX, perdurando ao longo de praticamente todo o século XX, foi exatamente o conceito de espaço abstraído da ação humana, o espaço limitado às suas dimensões materiais, ou seja, a paisagem, que prevaleceu tanto na geografia médica como na saúde pública. Em outros termos, foi o conceito central de espaço em que se assenta a geografia [...] que marcou profundamente a história da saúde pública. (BOUSQUAT; COHN, 2004, p. 564).

No Brasil, a implantação do SUS trouxe consigo os conceitos geográficos de território e territorialidade, sendo incorporados na gestão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como em outras ações governamentais. Dentre as características das ESFs está justamente a “definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua” (AGUIAR, 2011, p. 127).

Podemos perceber a partir da própria expressão “território de atuação”, a presença do conceito de território como espaço vivido, ocupado, construído e transformado por grupos populacionais que possuem características partilhadas e identidades comuns¹⁶. Dessa forma, a territorialização assume um importante papel na gestão da saúde em nosso país, que define vários “territórios”, conforme áreas de abrangência de políticas e ações.

A saúde é resultante de um conjunto de eventos do território usado [...]. O território usado encontra-se em permanente transformação segundo o sentido e a essência dos eventos que acolhe. Tendo como fundamento a totalidade e o território usado, as condições de saúde relacionam-se e transformam-se conforme o sentido e a essência dos eventos relacionados aos diversos usos do território. (ALBUQUERQUE, 2006, p. 11-12).

A governança territorial que caracteriza a área da saúde envolve um processo dinâmico de atuação na identificação e resolução de problemas de determinada região, em sintonia com as políticas nacionais, estaduais e municipais de atenção à população. Há o amparo do compromisso institucional (governo), mas há, também, o envolvimento de atores regionais, que conhecem e estão extremamente envolvidos com os problemas advindos da existência cotidiana. Na gestão das políticas de saúde (nas esferas federal, estadual ou municipal) regionalizar implica numa tentativa de aproximação com as diferenças (enquanto possibilidades) e com as desigualdades (enquanto desafios) de um país de proporções continentais.

O próprio modelo de desenvolvimento globalizado, balizado essencialmente pela economia de mercado, no qual nosso país se insere, ocasiona enormes discrepâncias no quesito saúde da população. São grandes as desigualdades entre as condições de saúde das pessoas, pois “tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que van más allá de lo biológico y que se vinculan con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que la persona vive y los determinantes económicos de su propia realidad” (GARCÍA-VINIEGRAS, 2008, p. 35).

No território usado, o desenvolvimento se materializa reproduzindo lógicas desiguais de acumulação e distribuição de recursos para consumo presente e futuro. Santos (1996) esclarece que mesmo um fenômeno técnico, próprio da nossa sociedade globalizada e informacional, se espacializa desigualmente. Num mesmo território certamente convivem subsistemas técnicos provenientes de épocas diversas e com densidade científica e informacional também diversa. Isso, por sua vez, gera conflitos e embates na vida das pessoas, que materializam sua existência em meio à desigualdade de acesso a subsistemas técnicos.

¹⁶ Para Milton Santos, o território tem como “ponto de partida [...] a sociedade humana realizando-se. Essa realização dá-se sobre uma base material: o espaço e seu uso, o tempo e seu uso; a materialidade e suas diversas formas, as ações e suas diversas feições” (SANTOS, 1996, p.42).

A saúde, como um dado do desenvolvimento técnico, tem as mesmas características de seletividade e geração de desigualdades que todos os outros usos do território promovidos com as intencionalidades e a espacialização das formas-conteúdos próprias da reprodução capitalista, no período atual. (ALBUQUERQUE, 2006, p. 17).

O território, no contexto da saúde, com suas novas técnicas e racionalidades, se especializa de forma desigual, reforçando a densidade de oferta de serviços e conhecimento em lugares já selecionados, próprios da lógica hegemônica capitalista, que privilegia “espaços” e “pessoas”. Nesse sentido, também há pressão pela universalização técnica da atenção em saúde, por parte de territórios “esquecidos” pela assistência, pela técnica e pelo conhecimento. O próprio SUS tem como princípio a “universalização da saúde”, o que significa alcançar o direito à saúde nos lugares onde as pessoas vivem, a partir da realidade desses lugares e dessas pessoas.

Entretanto, cabe lembrar que a existência do SUS é fruto de um processo de materialização de territórios pela modernização incompleta, seletiva e desigual. Isso, por si só, já gera embates e conflitos, uma vez que reflete um SUS também incompleto, desigual e seletivo, embora tenha como um dos princípios a integralidade.

É necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente sucedida no espaço singular dos serviços. (CECÍLIO, 2015, p. 05).

Procurar reduzir as desigualdades em busca da equidade e da integralidade, na esfera da saúde, significa fortalecer as regiões e suas redes de serviços, empoderar os atores sociais e colocá-los na condição de agentes de transformação no enfrentamento dos problemas que vivenciam muitas vezes decorrentes do mundo globalizado. Entretanto, há um grave erro conceitual na explicitação de algumas políticas públicas de saúde, quando ressaltam a necessidade de acabar com as diferenças regionais para resolver os “problemas de saúde” (ETGES, 2005).

Na produção do espaço humano é necessário produzir uma “geografia da esperança”, concebendo o desenvolvimento geográfico desigual como um direito e não como uma necessidade imposta pelo capitalismo, devendo existir, sempre, a supremacia de uns sobre os outros (HARVEY, 2012).

Nem sempre “diferenças” devem ser superadas; muitas vezes, das próprias diversidades (culturais, identitárias...) emergem soluções para minimizar as desigualdades entre as pessoas, as comunidades, as regiões e os países. Os atores sociais de uma região partilham de algo – o seu

território – também partilham de uma identidade coletiva, de um sentimento de pertença que faz com que possam mobilizar forças para o aperfeiçoamento desse território.

O processo de globalização, que vem reconfigurando os territórios mundo afora na atualidade, não se resume a uma única face. Há pelo menos duas faces: a da perversidade do processo em si, expressa na territorialização dos interesses dos segmentos hegemônicos e a da oportunidade, que se apresenta aos atores regionais, quando se apropriam de conhecimentos que lhes permitem reagir, superar a passividade. (ETGES, 2005, p. 07).

A escala regional, então, parece ser a mais adequada para a promoção do desenvolvimento sustentável e solidário e, conseqüentemente, diminuição das desigualdades sociais e econômicas. Enquanto a escala local pode apresentar certa fragilidade ao tentar enfrentar as ondas de massificação transnacional das condições de existência, a escala regional apoia-se em pontos horizontais de convergência, a partir de objetivos partilhados pelos atores sociais daquele território, em busca de qualidade de vida (ETGES, 2005).

Ao particularizarmos para a esfera da saúde, podemos perceber a fragilidade de um município que, sozinho, pode ter dificuldades de dispor de infraestrutura necessária ao atendimento hospitalar, por exemplo. Entretanto, ao fazer parte de uma rede regional, pode potencializar o que já possui em termos de atenção à saúde (e que está dando bons resultados) e complementá-la com a estrutura hospitalar partilhada naquele território.

Regionalizar a partir do conceito agregador “saúde” remete a muitas possibilidades. Existem regiões “dadas” ou “institucionalizadas” pelo poder público; outras regiões são formadas pelas necessidades de compartilhamento de problemas e soluções, como àquelas construídas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde e, ainda, regiões provenientes da territorialização a partir de um componente pontual, como a abertura de um Curso de Medicina. Iniciaremos refletindo sobre a regionalização delimitada pelo Estado, enquanto elemento de governança.

O território usado encontra-se [...] em permanente transformação segundo o sentido e a essência dos eventos que acolhe. As condições de saúde, tendo como fundamento a totalidade e o território usado, relacionam-se e transformam-se conforme o sentido e a essência dos eventos relacionados aos diversos usos do território e a regionalização. (IOZZI; ALBUQUERQUE, 2009, p. 64).

A regionalização, conforme abordamos, não é uma novidade no contexto das políticas de saúde. No caso do Estado do Rio Grande do Sul, como forma de gestão dos territórios pelo Governo Estadual foi instituído o Departamento de Coordenação das Regionais (DCR).

O DCR congrega todas as Coordenadorias Regionais de Saúde e tem como objetivo coordenar o SUS nas esferas regionais, ao mesmo tempo em que oferece apoio técnico e gerencial aos municípios, através dessas Coordenadorias. Suas competências foram definidas no Decreto

Nº 36.502, de 11 de março de 1996, que aprovou o Regimento Interno da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Art. 50):

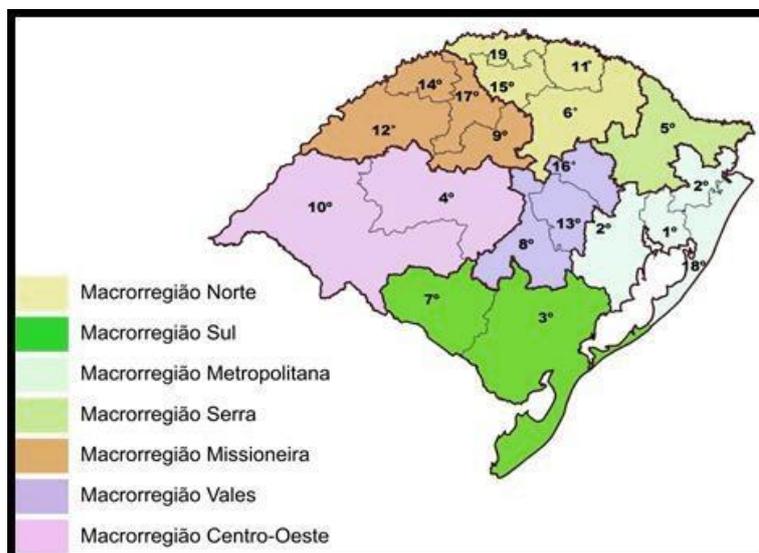
- a) Coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através das ações desenvolvidas pela rede de delegacias [coordenadorias] regionais de saúde;
- b) Coordenar o provimento de suporte técnico e gerencial aos sistemas municipais de saúde, em consonância com a Política Estadual de Saúde;
- c) Participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional;
- d) Coordenar a manutenção e implementação dos Sistemas de Informações do Sistema de Saúde no âmbito regional;
- e) Promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco - regionais, em conjunto com o Departamento Administrativo e Escola de Saúde Pública;
- f) Participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente;
- g) Executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

De acordo com suas diretrizes de descentralização, a Secretaria Estadual de Saúde busca programar suas políticas prioritárias utilizando-se da regionalização que envolve a constituição de dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde, abrangendo sete macrorregiões.

Para Ferla; Geyer; Pritoluk; Breuning (2002, s. p.), a criação das sete macrorregiões de atenção integral à saúde no Rio Grande do Sul (Figura 14) aprovada em 1999, teve como prioridade:

Garantir aos gaúchos usuários do SUS uma nova organização para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Em cada uma dessas macrorregiões foram identificados, instituídos, credenciados e/ou planejados serviços de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos e com menor demanda, serviços de referência regional e hospitais de referência microrregional, e construídos fluxos assistenciais entre eles, com a participação dos gestores regionais e municipais.

Figura 14 – Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Na divisão territorial em regiões de gestão, cada Coordenadoria, com um município-sede, fica responsável por um grupo de municípios; tais regiões foram delimitadas pelo Decreto 40.991, de 17 de agosto de 2001.

Na sequência, segue o detalhamento dos treze municípios que fazem parte da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Essa CRS possui sua sede no Município de Santa Cruz do Sul, onde também está situado o Curso de Medicina em estudo.

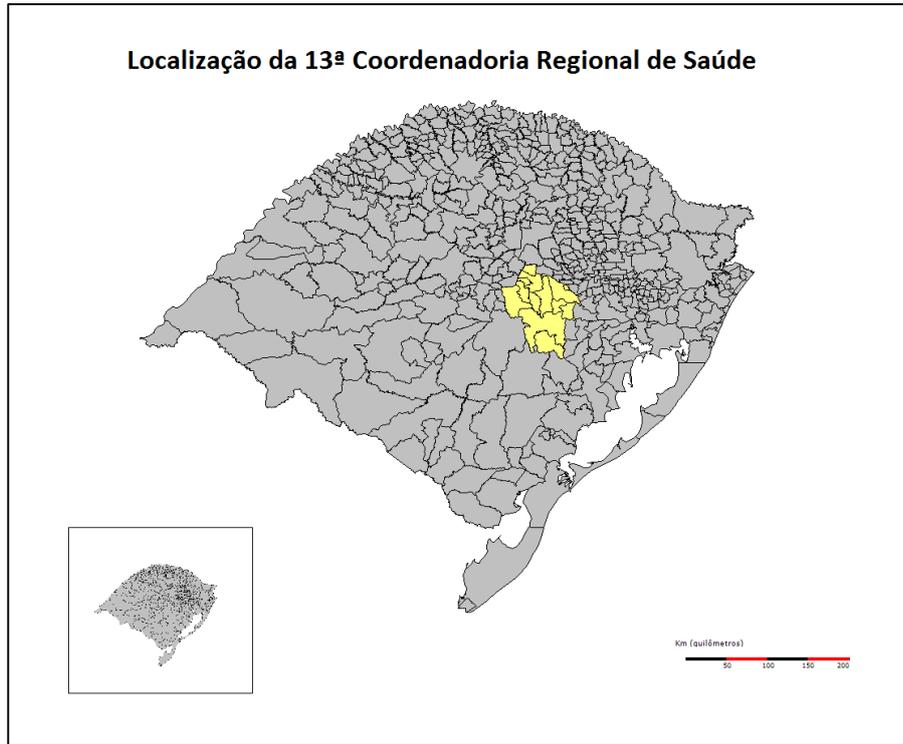
Tabela 03 – Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde

| Municípios | População Estimada 2013 |
|-------------------|------------------------------------|
| Candelária | 31.334 |
| Gramado Xavier | 4.168 |
| Herveiras | 3.056 |
| Mato Leitão | 4.126 |
| Pantano Grande | 10.029 |
| Passo do Sobrado | 6.307 |
| Rio Pardo | 38.861 |
| Santa Cruz do Sul | 124.577 |
| Sinimbu | 10.390 |
| Vale do Sol | 11.569 |
| Vale Verde | 3.404 |
| Venâncio Aires | 69.154 |
| Vera Cruz | 25.338 |

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

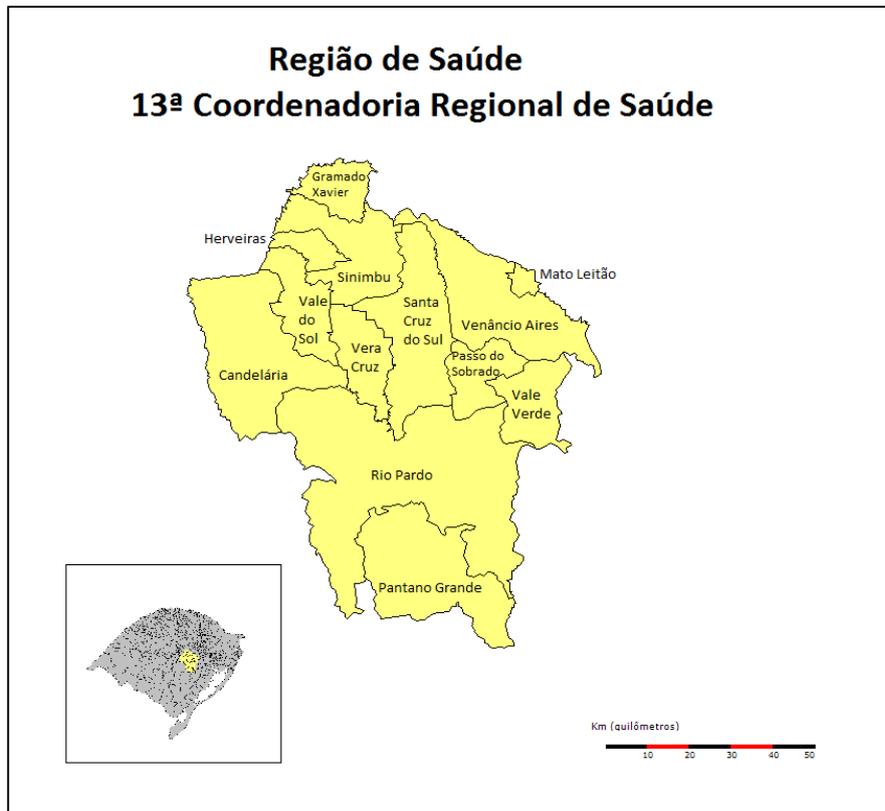
Nas Figuras 15 e 16 apresentamos o mapa com a localização dos municípios de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, salientando a sua localização espacial no Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 15 – Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2014.

Figura 16 – Mapa de Destaque dos Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2014.

Na figura 16, há o detalhamento dos municípios que compõem a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, destacando que a sede da mesma encontra-se em Santa Cruz do Sul.

Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento, as ações e os serviços de saúde em uma rede de atenção do Sistema Único de Saúde/SUS, 19 em novembro de 2012, a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul institui a Resolução Nº 555/12, que divide o Estado em 30 regiões. Para essa resolução, define-se como Região de Saúde (Art. 1º, parágrafo único):

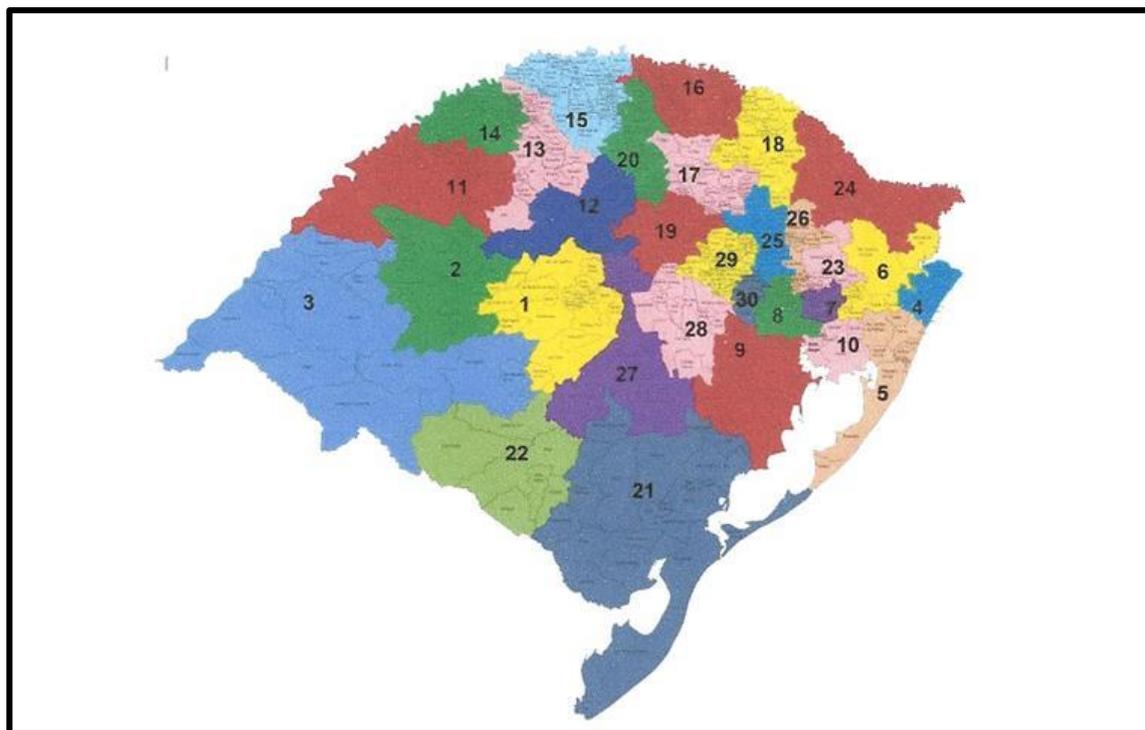
Território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As novas regiões serão a referência para transferência de recursos aos municípios de sua abrangência e deverão organizar e integrar ações e serviços de saúde em rede, bem como definir responsabilidades, formas de acompanhamento, metas, indicadores de desempenho e formas de fiscalização da execução dessas ações e serviços. A divisão proposta visa atender ao decreto do Ministério da Saúde (Nº 7508, de 28 de junho de 2011) que regulamente a Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, no que tange a organização do SUS, planejamento e assistência em saúde.

Enquanto o estabelecimento das 30 regiões trata da constituição das redes de serviços e repasses de recursos, a Secretaria Estadual de Saúde do RS mantém suas Coordenadorias Regionais para uma atuação mais focada no âmbito administrativo.

Um dos critérios para a definição das regiões foi populacional: cada uma tem população entre 100 mil e 500 mil habitantes, em um raio de aproximadamente 100 quilômetros de distância, considerando a disponibilidade de acesso (estradas). Para ser instituída, a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2012, s. p.).

A configuração das regiões da rede de atenção do SUS é a seguinte (Figura 17):

Figura 17 – Regiões de Saúde – Rede SUS

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2014.

Quadro 06 – Regiões de Saúde (SUS/RS)

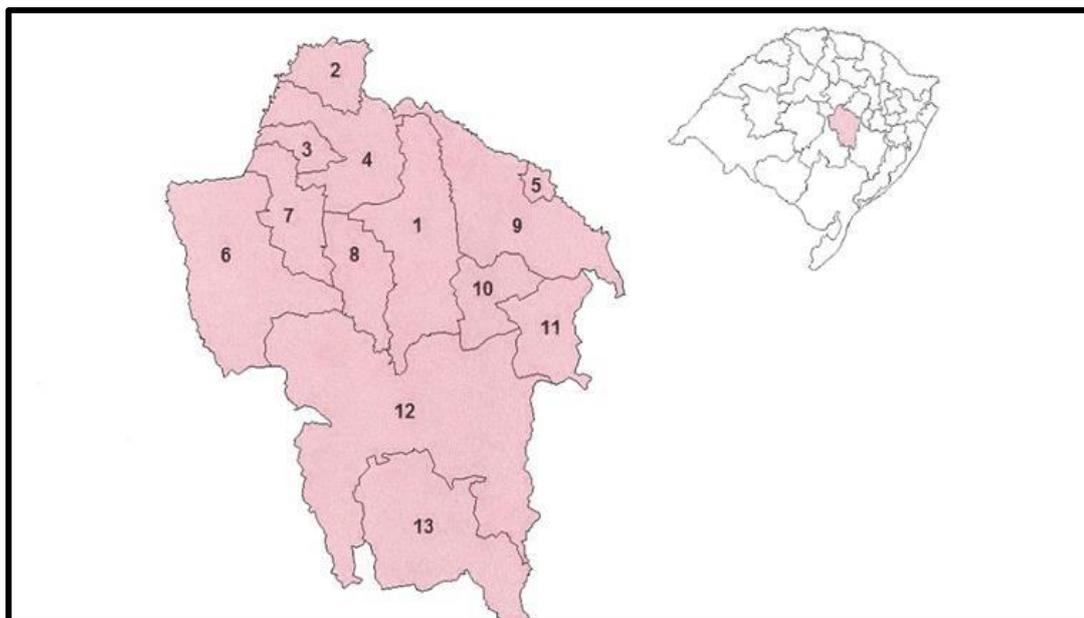
| Número | Nome |
|--------|---------------------------------|
| 01 | Verdes Campos |
| 02 | Entre-Rios |
| 03 | Fronteira Oeste |
| 04 | Belas Praias |
| 05 | Bons Ventos |
| 06 | Vale do Paranhana e Costa Serra |
| 07 | Vale dos Sinos |
| 08 | Vale do Caí e Metropolitana |
| 09 | Carbonífera / Costa Doce |
| 10 | Capital e Vale do Gravataí |
| 11 | Sete Povos das Missões |
| 12 | Portal das Missões |
| 13 | Região da Diversidade |
| 14 | Fronteira Noroeste |

| | |
|----|-------------------------|
| 15 | Caminho das Águas |
| 16 | Alto Uruguai Gaúcho |
| 17 | Região do Planalto |
| 18 | Região das Araucárias |
| 19 | Região do Botucaraí |
| 20 | Rota da Produção |
| 21 | Região Sul |
| 22 | Pampa |
| 23 | Caxias e Hortênsias |
| 24 | Campos de Cima da Serra |
| 25 | Vinhedos e Basalto |
| 26 | Uva e Vale |
| 27 | Jacuí Centro |
| 28 | Região Vinte e Oito |
| 29 | Vales e Montanhas |
| 30 | Vale da Luz |

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

O Município de Santa Cruz do Sul, nessa configuração, integra a **Região 28** (Quadro 06) juntamente com os municípios de Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz. A Região 28 coincide, em todos os municípios, com a Região da 13ª Coordenadoria, entretanto, ambas diferem da configuração inicial dos convênios firmados para fins de autorização do Curso de Medicina da UNISC, conforme demonstramos na Figura 18.

Figura 18 – Região Vinte e Oito – Rede SUS



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

Entre os anos de 2003 e 2006, quando o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (que é objeto desse estudo) foi construído, percebemos que sua contextualização deu-se a partir dos dados epidemiológicos, populacionais e de serviços de saúde informados pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

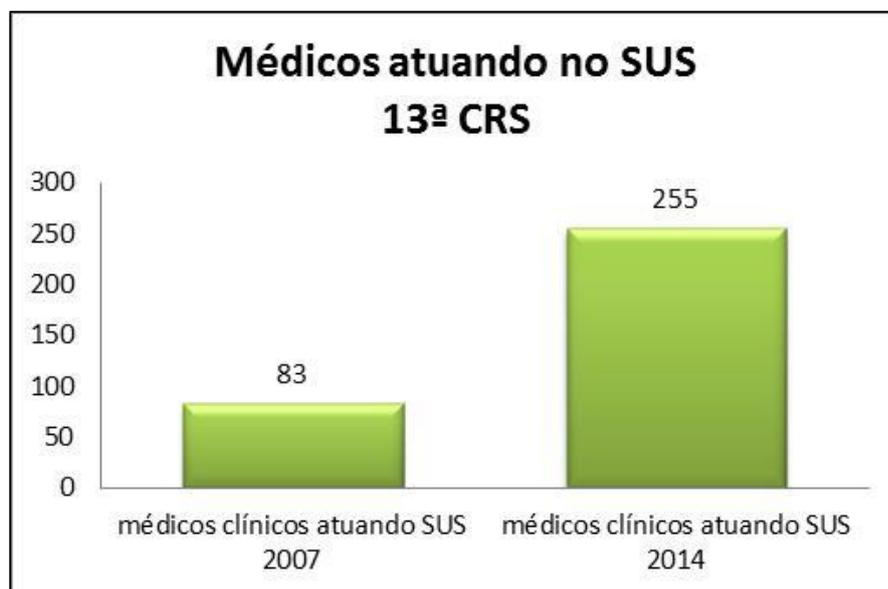
Dessa forma, aplicamos indicadores de **avaliação da implantação do Curso de Medicina a partir da delimitação inicial da 13ª Coordenadoria**, bem como fizemos um comparativo com a região construída a partir das interações geradas nessa implantação.

5.2.2 Indicadores de avaliação dos processos na 13ª CRS

Na sequência, apresentamos os dados coletados na delimitação inicial da 13ª CRS, começando pelo número de médicos clínicos que atuavam na região em 2007¹⁷ e número de médicos clínicos que atuam em 2014, considerando o cadastro no Sistema Único de Saúde.

¹⁷ Os anos tomados como referência para a análise foram definidos pela proximidade com a data de abertura do Curso de Medicina e conforme a disponibilidade dos dados cadastrados na base de dados DATASUS/set. 2014. Também a escolha da categoria “médicos clínicos” se deve ao perfil de formação generalista determinado pelas DCNs.

Figura 19 – Médicos Clínicos com Atuação na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Analisando a Figura 19, observamos um incremento de 271% no número de médicos cadastrados para atendimento ao SUS na 13ª CRS. No mesmo período, a Região Jacuí/Centro, próxima à 13ª, teve um incremento de 155% no número de médicos/SUS¹⁸. Também a projeção populacional do Rio Grande do Sul (IBGE, 2011) teve um aumento de 96% entre os anos de 2007 e 2014. Dessa forma, podemos evidenciar a substantiva elevação no índice, se comparado aos demais, do número de profissionais médicos com atendimento SUS na região pesquisada. Sabemos, entretanto, que o aumento no número de médicos não se deve única e exclusivamente à abertura do Curso de Medicina da UNISC em Santa Cruz do Sul, embora o mesmo tenha contribuído para atrair um grupo significativo de profissionais médicos interessados na docência universitária e na oferta de serviços em um hospital de ensino. Como já comentamos, pesquisa realizada em 2005 (CAMPOS, 2005) comprova que a existência de escola médica e/ou hospital de ensino em uma região é fator altamente correlacionado à atratividade e fixação de médicos na mesma.

A Coordenadora do Curso de Medicina da UNISC acredita que a implantação do curso serviu de atrativo para alguns médicos virem se estabelecer em Santa Cruz do Sul e região. Em entrevista para essa pesquisa (março de 2014) afirmou que muitos novos médicos vieram e que logo procuraram a coordenação do curso. *“Talvez a porta de entrada deles tenha sido o curso; alguns estão se estabelecendo, enquanto outros continuam residindo em outras regiões, não são*

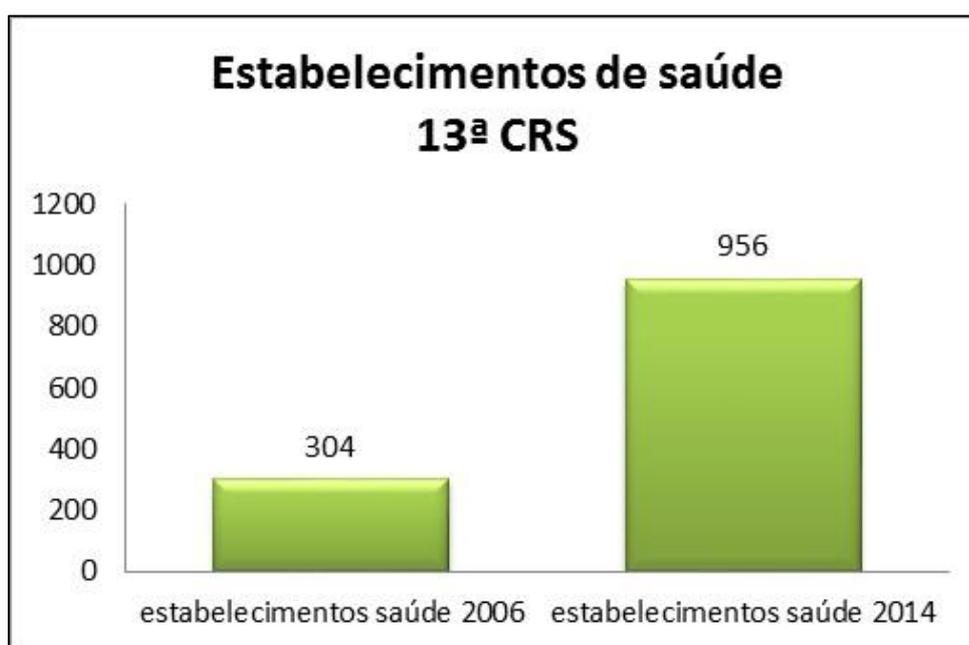
¹⁸ Fonte dos dados: DATASUS, 2014.

daqui, mas atendem no nosso ambulatório. E eu penso que outra coisa que aconteceu (e eu acho melhor ainda do que atrair médicos de fora) foi a capacitação e o crescimento dos médicos daqui. Essa foi uma diferença muito grande. Antes da universidade [Curso de Medicina], até vendo toda a discussão que teve na criação e agora, tem muita diferença. Agora se percebe o engajamento de muitas pessoas que eram contra o curso e hoje estão dentro; tu vê como eles cresceram junto e ajudando a gente a crescer, também” afirma a coordenadora.

Outro dado significativo se refere ao aumento nos estabelecimentos de saúde na 13ª CRS, no período 2006 – 2014: de 304 estabelecimentos em 2006 passamos para 956 em 2014, um acréscimo de 314%. Por *estabelecimentos de saúde* o Conselho Nacional de Saúde/CNS (DATASUS, 2014) compreende aqueles cujas “modalidades de atendimentos prestados são: internações hospitalares, atendimento ambulatorial, serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), urgências, atividades de vigilância em saúde e regulação entre outros”. Todas as modalidades de atendimento, com exceção das atividades de vigilância em saúde podem ser prestadas “através do SUS, Particular, Plano de Saúde Público ou Plano de Saúde Privado” (DATASUS, 2014).

Embora o incremento no número estabelecimentos de saúde na 13ª Coordenadoria tenha atingido o índice de 314% (Figura 19), a mesma taxa não se confirma quando o recorte dos dados é realizado a partir da categoria “estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos” (Figura 20), Nessa configuração, os estabelecimentos de saúde cresceram 156%.

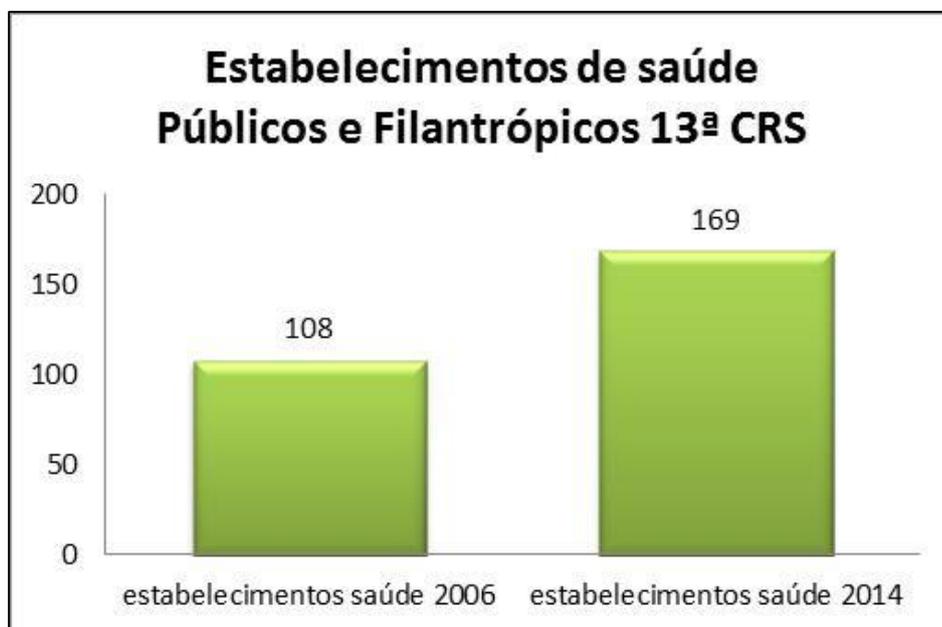
Figura 20 – Estabelecimentos de Saúde na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na figura 21 apresentamos o recorte que trata dos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos localizados na 13ª CRS.

Figura 21 – Estabelecimentos de Saúde SUS na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Inferimos, desses dados, que a presença de um Curso de Medicina (e a implantação de um hospital de ensino) eleva o número de estabelecimentos de saúde na região, uma vez que acaba por determinar a criação de novos serviços e a ampliação de alguns, já existentes. Um exemplo desse incremento está nos dados do Hospital Santa Cruz (HSC)¹⁹, pertencente a mesma mantenedora da UNISC.

Em entrevista realizada com o Diretor Geral do HSC, em março de 2014, o mesmo ressalta uma série de mudanças efetuadas na instituição desde a sua aquisição pela APESC, abrangendo praticamente todas as áreas: *“o Bloco Cirúrgico tem mais salas do que tinha e as obras continuam. A UTI adulto tem mais leitos do que tinha e irá dobrar. Agora está sendo desmembrada a UTI Neonatal da UTI Pediátrica, por conta da legislação, mas ela tem mais leitos do que tinha, dobrou e dobrará [...]. Os leitos da maternidade aumentaram e agora estão aumentando mais onze. Os leitos SUS aumentaram e vão aumentar mais dezesseis agora”*.

¹⁹ “Com 105 anos de atuação, o Hospital Santa Cruz (HSC), entidade sem fins lucrativos, é o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, integrante da Apesc [Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul] desde 2003” (ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p.38).

O diretor também argumenta que “*áreas foram totalmente reconstruídas ou construídas, que é o caso do CDII [Centro de Diagnóstico e Intervenção por Imagem]; onde está o CDII hoje é uma área que não existia nessa amplitude e hoje há um complexo enorme de serviços que está em ampliação. A área da hemodinâmica poderá ser triplicada, contemplando as demandas da cirurgia cardíaca, vascular, eletrofisiologia e endovascular*”.

No Relatório de Responsabilidade Social e Balanço Social da APESC (2013) há o destaque de elementos que corroboram com as afirmações de seu diretor (tabela 04 e tabela 05)

Tabela 04– Evolução de Pacientes /Atendimentos no HSC (2009-2013)

| Evolução de Pacientes / Atendimentos | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Número de Leitos | 184 | 184 | 191 | 191 | 234 |
| Internações | 10.118 | 9.730 | 10.658 | 11.950 | 13.099 |
| Internações (dia) | 41.313 | 45.240 | 47.674 | 47.765 | 53.500 |
| Percentual Geral de Ocupação | 61,51% | 63,53% | 66,77% | 74,04% | 75% |
| Média Geral de Permanência (dias) | 4,04 | 4,30 | 4,42 | 3,78 | 3,94 |
| Procedimentos Cirúrgicos Totais | 6.252 | 6.859 | 6.843 | 8.453 | 9.398 |
| Partos (normais e cesáreos) | 1.398 | 1.409 | 1.474 | 1.665 | 1.843 |
| Atendimentos Ambulatoriais | 125.546 | 180.583 | 196.559 | 213.226 | 222.834 |

Fonte: APESC, 2014.

Tabela 05 – Índices de Pacientes por Convênio no HSC (2009-2013)

| Índices de Pacientes por Convênio | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SUS | 67,64% | 68,37% | 73,45% | 72,97% | 76,62% |
| Demais Convênios e Particulares | 32,36% | 31,66% | 26,55% | 27,03% | 23,88% |

Fonte: APESC, 2014.

A partir de uma análise qualitativa dos dados, podemos compreender que embora o número de leitos e o número de internações tenham aumentado (Figura 22), a média geral de permanência (em dias) baixou (de mais de 04 dias para menos de 04 dias²⁰) o que pode significar uma maior

²⁰ Na Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, a média considerada aceitável para a permanência na internação clínica é de, no máximo, dez dias.

resolutividade na assistência hospitalar²¹. Tal evidência somada à conquista do *status* de Hospital de Ensino e a consequente adoção de programas/projetos permanentes, em parceria com a UNISC, parecem reforçar o comprometimento com a qualidade da atenção à saúde da população regional.

Figura 22 – Leitos de Internação na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O aumento no número de leitos de internação na 13ª CRS, entre 2006 e 2014, foi de dezoito leitos (Figura 22) o equivalente a 2,44 pontos percentuais. Considerando o recorte de leitos SUS, esse percentual aumenta para 14,8 pontos percentuais, tornando-se mais significativo em termos de volume (Figura 23).

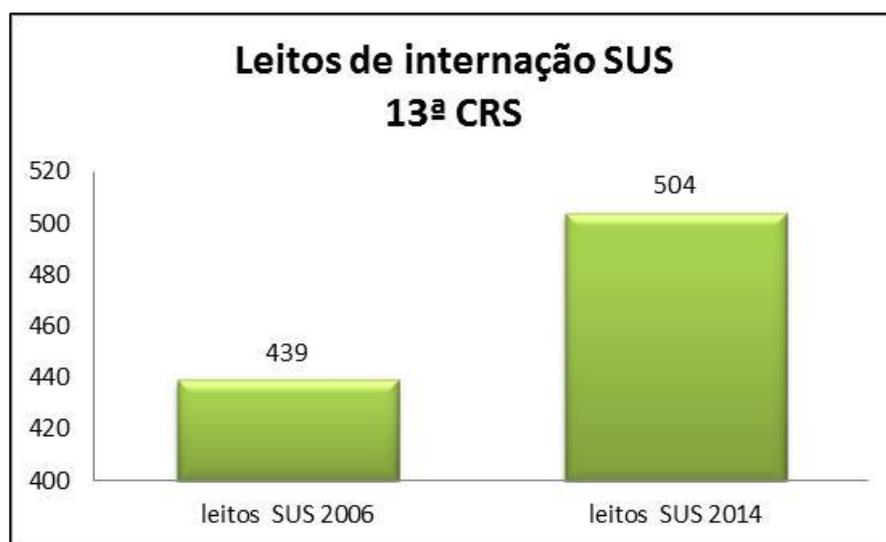
Porém, é um aumento pequeno em relação a outros verificados. Relacionando esse dado (parte) com as políticas de saúde no Brasil (todo) percebemos que a grande ênfase, pelo menos após a Carta Constitucional de 1988, se deu no investimento e estruturação na atenção primária. Leitos hospitalares são classificados como atenção terciária e devem ser utilizados por uma pequena parcela populacional que não tiver suas necessidades de saúde atendidas nos dois níveis anteriores.

A atenção primária é executada pelos serviços que controlam a saúde geral do paciente, são os serviços de maior capilaridade (maior quantidade) existentes no sistema de saúde [...]. A atenção secundária é executada pelos serviços dotados de competência técnica e operacional para a realização de procedimentos de maior complexidade; atendimento que necessita de maior especialização, mas não tem como foco os pacientes em situação aguda [...]. A atenção terciária é executada pelos serviços dotados de competência técnica e operacional para a realização de procedimentos de alta complexidade. São atendimentos em hospitais gerais e especializados. (SALU, 2013, p. 41-45).

²¹ A efetividade da assistência hospitalar é o resultado da soma de múltiplos fatores e interações, cujo ponto de partida é a qualidade dessa assistência e o alcance de bons indicadores.

Para o SUS, a lógica assistencial nos hospitais (nível terciário) é a de menor utilização possível de leitos, uma vez que os procedimentos hospitalares exigem especialidades, recursos e insumos de alto custo para o sistema. Dessa forma, os níveis de atenção primária e secundária devem filtrar as necessidades de saúde que realmente precisam de encaminhamento para a internação hospitalar.

Figura 23– Leitos de Internação SUS na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No HSC, o aumento de leitos SUS, no período correspondente entre 2009 e 2014, foi de 23,7%, enquanto o aumento de leitos para outros convênios e particulares foi de 32,8%. Ainda assim, a maioria dos leitos existentes segue destinada ao Sistema Único de Saúde.

Tabela 06 – Leitos SUS no HSC (2009-2014)

| Período/Ano | Número de Leitos SUS |
|-------------|---------------------------------------|
| 2009 e 2010 | 114 leitos SUS do total de 184 leitos |
| 2011 e 2012 | 119 leitos SUS do total de 191 leitos |
| 2013 e 2014 | 141 leitos SUS do total de 234 leitos |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

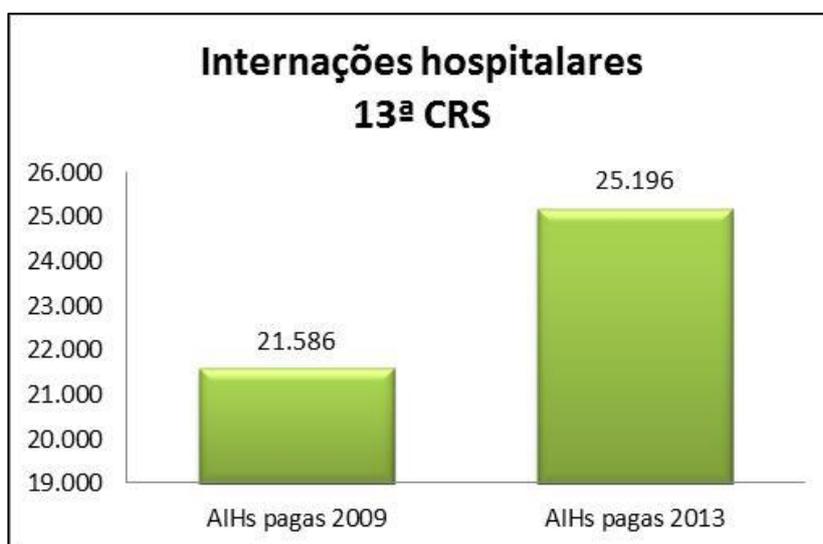
Quanto às internações hospitalares (Figura 24) sendo o Hospital Santa Cruz o maior e o mais antigo na 13ª CRS e considerando incremento nos índices de atendimento SUS, chegando a 76,62% em 2013, podemos afirmar que a grande parte das internações na região ocorre nessa instituição hospitalar. Nos outros dois maiores hospitais da região, também houve um pequeno

aumento nas AIHs pagas, entre os anos de 2009 e 2013, porém sem o mesmo impacto percebido no HSC; no hospital “A” o incremento foi de 27% e no hospital “B” foi de 13%.

Em 2009, o HSC teve um total de 10.118 internações, aplicando o percentual SUS de 67,64%, chegamos a 6844 internações SUS; já no ano de 2013, o total de internações foi de 13.099, aplicando o percentual SUS de 76,62%, temos 10.037 internações SUS, chegando a um incremento de 46% nessas internações, na instituição hospitalar.

Nesse mesmo ano, o HSC foi responsável por cerca de 30% das 21.586 Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) da 13ª CRS e, no ano de 2013, esse percentual chega a quase 40% das 25.198 AIHs.

Figura 24 – Internações Hospitalares na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No contexto da 13ª CRS, o projeto de criação do Curso de Medicina da UNISC não pode ser desvinculado do projeto de aquisição e transformação do Hospital Santa Cruz em Hospital de Ensino pela APESC, em 2003. Ainda como parte de sua entrevista a essa pesquisa, a Reitora da UNISC e Presidente da APESC enfatizou veementemente essa vinculação entre os projetos. “*Em 2003, ano que foi um marco para a saúde na universidade, ocorreu a aquisição do hospital Santa Cruz. Até então tínhamos oito cursos na área da saúde e nessa época (2003, 2002, 2000), já havia um contingente de estudantes fazendo estágios no Hospital Santa Cruz, que era o hospital de caridade das irmãs e que estava sofrendo uma grave crise econômico-financeira. Especificamente em 2003, após uma ampla discussão interna, se decidiu pela aquisição do Hospital Santa Cruz, como forma inclusive de aprimorar e aperfeiçoar o campo de prática dos estudantes da saúde e, ao mesmo tempo, manter o hospital na comunidade de Santa Cruz do Sul,*

evitando que outras instituições, inclusive de Educação Superior, se apropriassem desse hospital. Com isso, nesse mesmo ano, se acentuou o desejo da universidade em consolidar a área da saúde e se iniciou o estudo de um projeto para a oferta do Curso de Medicina na universidade [...]. Isto foi 2003, 2004, 2005 tramitando nas instâncias externas e internas e culminou, então, com a aprovação da oferta, na portaria de março de 2006, do Curso de Medicina. Esse foi um processo vinculado e maturado a partir da aquisição do Hospital Santa Cruz e como forma de consolidar a área da saúde, fazendo com que também o Curso de Medicina intensificasse as atividades de ensino no hospital, colaborando na consolidação da área da saúde na universidade”.

Nesse sentido, o projeto para a área da saúde da APESC mantém a estreita relação entre a implantação do Curso de Medicina e a existência do hospital de ensino como referência regional, reconhecendo sua importância como integrante da rede de atenção do SUS.

Os Hospitais de Ensino (HE) têm importância fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 07).

Voltando para o Relatório de Responsabilidade Social e Balanço Social da APESC (2013), “o HSC já está habilitado, desde janeiro de 2012, como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular, sendo referência na área de cardiologia pelo SUS, atendendo 25 municípios da 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde” (p. 39). Além disso, é um polo formador de recursos humanos na área da pós-graduação, oferecendo cinco Programas de Residência Médica e um Programa de Residência Multiprofissional.

Nas tabelas abaixo temos o demonstrativo do número de estudantes em formação que passam pelo HSC no âmbito da educação profissional, graduação e pós-graduação, nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão.

Tabela 07 – Estudantes que passaram pelo HSC (2004-2013)

| SEMESTRE | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1º Semestre | 365 | 318 | 338 | 423 | 456 | 456 | 445 | 511 | 549 | 550 |
| 2º Semestre | 337 | 360 | 388 | 454 | 415 | 442 | 446 | 580 | 586 | 625 |
| Total | 702 | 678 | 726 | 877 | 871 | 898 | 891 | 1091 | 1135 | 1175 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O ano de 2014 foi especialmente significativo para o HSC, pois houve o incremento na área de pós-graduação, com a oferta do Programa de Residência Multiprofissional, o que talvez possa qualificar a dimensão da formação e atenção interdisciplinar, através de equipes de saúde, o que, na nossa análise contextual, apareceu como uma fragilidade no projeto do Curso de Medicina e sua articulação na atuação integrada.

Para Amoretti (2005, p. 143), “os programas de residências multiprofissionais em saúde, integradas com as residências médicas, são também um forte estímulo indutor de mudanças positivas para a qualificação do modelo de assistência”.

Tabela 08 – Residência Multiprofissional do HSC

| TURMA | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE | | | | |
|---|---------------------------------------|------------|----------------|--------------------|----------------------|
| | ÁREA | ANO INICIO | ANO TÉRMINO | VAGAS OFERTADAS | VAGAS PREENCHIDAS |
| Residência Multiprofissional – Turma 01 | Enfermagem | 2014 | 2016 | 4 | 4 |
| | Psicologia | 2014 | 2016 | 2 | 2 |
| | Fisioterapia | 2014 | 2016 | 4 | 4 |
| | Nutrição | 2014 | 2016 | 2 | 2 |
| | Serviço Social | 2014 | 2016 | 1 | 1 |
| | Educação Física | 2014 | 2016 | 1 | 1 |
| | Odontologia | 2014 | 2016 | 2 | 2 |
| | Farmácia | 2014 | 2016 | 4 | 4 |
| | | | | Total | 20 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Embora profissionais e estudantes de diferentes cursos da saúde compartilhem espaços de formação na UNISC e no HSC, corroborando com a histórica hegemonia de formação disciplinar e especializada, poucas são as ações que, efetivamente, integram saberes na constituição de uma nova compreensão do “fazer” em saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais determinam competências partilhadas entre as profissões nessa área, entretanto, são necessárias algumas mudanças contextuais que poderiam facilitar a interdisciplinaridade.

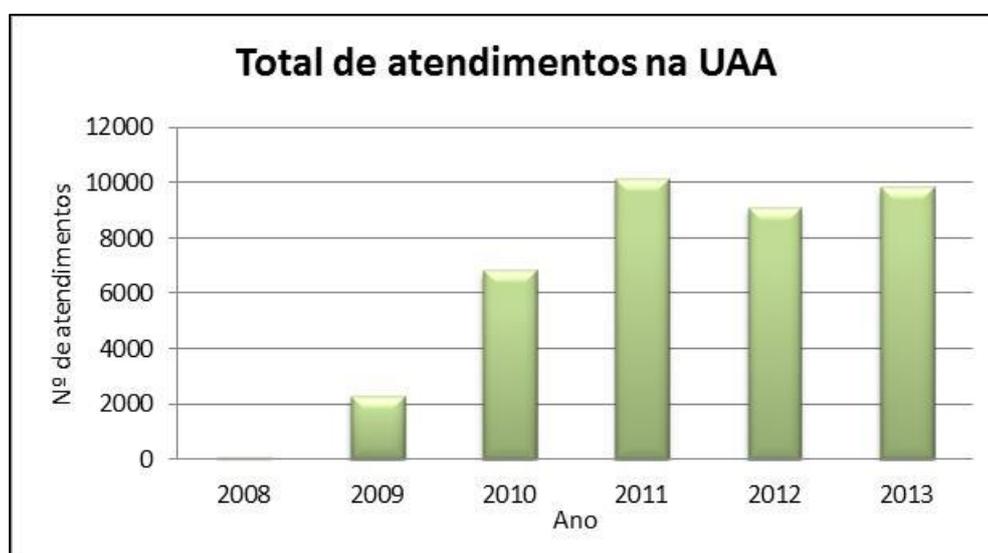
O que tem sido vivido na APESC/UNISC, com a existência de órgãos deliberativos colegiados, em todas as instâncias, desde os Colegiados de Curso até o Conselho Universitário poderia ser adotado pela APESC/HSC, instituindo-se um Conselho de Gestão Acadêmica, vinculado à Direção Acadêmica. Com reuniões previamente agendadas, esse Conselho poderia planejar, executar e avaliar projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão num espaço especialmente privilegiado para o desenvolvimento desses projetos: o hospital de ensino.

No projeto de implantação do Hospital de Ensino, o Curso de Medicina e as Residências Médicas criaram ambulatórios, contemplando as áreas básicas e as especialidades clínico-

cirúrgicas, chegando a uma média anual entre nove e dez mil atendimentos realizados na sua Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA) (Figura 25), conforme o gráfico demonstrativo (Figura 26), podemos observar a implantação gradativa do curso e a abertura dos ambulatórios conforme a estrutura curricular foi exigindo. Também é possível percebermos a distribuição por categorias profissionais das pessoas que atuam nessa unidade (Figura 27); com a gradativa implantação ambulatorial, médicos docentes, preceptores e funcionários foram contratados.

Os ambulatórios criados na UAA impactaram no crescimento dessa modalidade de atenção à saúde na 13ª CRS, bem como o volume de atendimentos prestados à população dessa região.

Figura 25 – Atendimentos na Unidade de Atendimento Ambulatorial



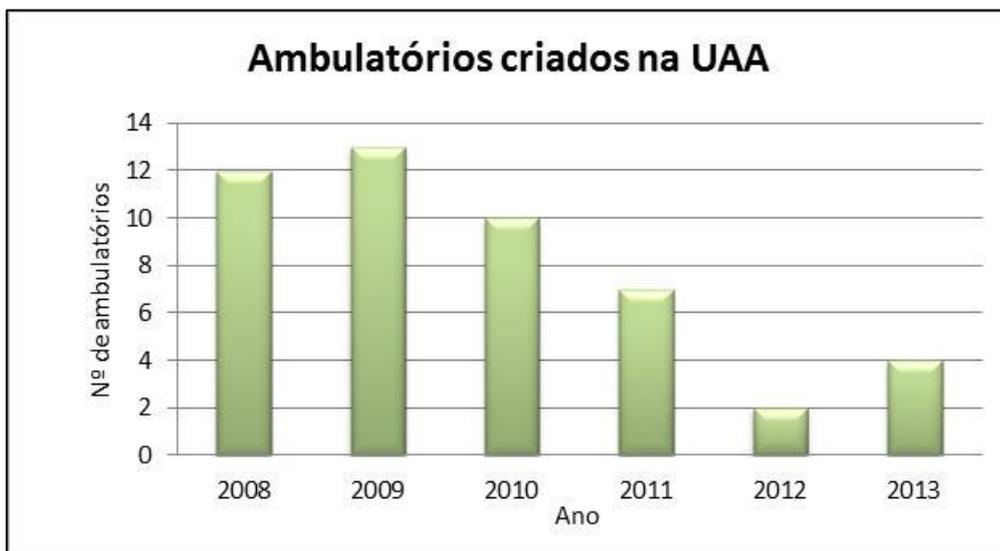
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Nos últimos anos, desde a conclusão do processo de implantação do curso, o número de atendimentos tem se mantido entre nove e dez mil, porém, com a possibilidade de ampliação, tendo em vista a estrutura física e o potencial de recursos humanos atuante na Unidade de Atendimento Ambulatorial. Essa expansão poderá contemplar municípios da região que, até então, não eram contemplados.

Cabe ressaltar que o dimensionamento das possibilidades de atendimento do Curso de Medicina na esfera regional somente se tornou possível tendo completado o primeiro ciclo de formação (seis anos) e a estruturação dos programas de residências médicas que, juntos, formam uma rede de referência regional. Estamos, então, diante de uma nova fase de expansão dos atendimentos que precisa ser analisada de acordo com esses componentes histórico-contextuais.

Como já ressaltamos, a abertura de um Curso de Medicina gera muitas expectativas quanto ao atendimento às demandas da população regional, entretanto, é necessário um acompanhamento longitudinal para, de fato, compreender o seu potencial nesse sentido.

Figura 26 – Ambulatórios na Unidade de Atendimento Ambulatorial



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na figura 26, destacamos o ápice de criação dos ambulatórios nos anos de 2008 e 2009, quando a maioria dos mesmos foi estruturada para começar os atendimentos nos anos seguintes. Nessa época, os estudantes do Curso de Medicina estavam iniciando o terceiro ano do curso e, com ele, os primeiros atendimentos clínicos, acompanhando seus professores. Também percebemos que, em todos os anos, novos ambulatórios foram sendo colocados em funcionamento e isso se dá, basicamente, em função da implantação dos Programas de Residências Médicas no HSC, bem como em função de novos serviços de alta complexidade conquistados pelo hospital de ensino.

É preciso ressaltar, novamente, que a análise do impacto da implantação de um Curso de Medicina quanto aos serviços gerados e profissionais formados somente é possível se realizada de forma contextualizada no conjunto de projetos e ações que se dão concomitantemente. Há toda uma equipe de profissionais que trabalham integrados nessas ações e, tanto nelas, quanto a partir delas, também vão se qualificando e aperfeiçoando. A figura 27 detalha o percentual de médicos docentes, médicos preceptores e funcionários técnicos administrativos envolvidos na Unidade de Atendimento Ambulatorial. Em números absolutos, cinquenta e seis profissionais atuam nos ambulatórios.

Figura 27 – Profissionais da Unidade de Atendimento Ambulatorial

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em entrevista realizada com a Coordenadora e Coordenadora Adjunta da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, ambas destacam a contribuição do Curso de Medicina no número de atendimentos ambulatoriais, porém restringindo-se, basicamente, aos municípios de Santa Cruz do Sul. *“Embora a implantação do curso tenha sido positiva pela capacitação dos profissionais médicos na região e pela atração de novos profissionais, um dos limitadores é a concentração no Município de Santa Cruz do Sul”*.

Há uma preocupação da 13ª CRS com a distribuição mais equânime de médicos em sua região para que possam assumir os ambulatórios de atenção básica criados nos últimos anos. Como reflexo da política nacional de fortalecimento da atenção básica, houve um expressivo incremento no número de ambulatórios criados pelos municípios. Entretanto, as coordenadoras da 13ª CRS enfatizam a *“carência de profissionais médicos nas áreas de saúde da família, pediatria, ginecologia e obstetrícia e traumatologia para suprir as demandas municipais”*.

Grande parte da demanda por profissionais é suprida por contratos emergenciais, que não garantem a vinculação, em longo prazo, dos profissionais contratados com as equipes de saúde dos municípios. A alta rotatividade, muitas vezes, interrompe projetos em andamento e cria lacunas de atendimento em certos períodos.

Na figura 28 temos a representação do aumento no número de ambulatórios de atenção básica na 13ª CRS, entre os anos de 2006 e 2014. Esse número mais do que dobrou, atingindo um percentual de 140% de mais ambulatórios disponíveis a população regional.

Figura 28 – Ambulatórios de Atenção Básica na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ainda referente à atenção básica enquanto prioridade na política nacional de saúde, podemos ressaltar o expressivo aumento no número de equipes dedicadas a essa modalidade de atenção, no contexto da 13ª CRS. Entre o ano de 2007 e o ano de 2014 houve um incremento de 108,69% em equipes de saúde (Figur). A abertura de novas unidades da Estratégia de Saúde da Família no município contribuiu expressivamente para que houvesse esse incremento.

A Coordenadora da 13ª CRS, em sua entrevista para essa pesquisa, enfatizou a importância da formação de da vivência do trabalho em equipe. *“Há uma grande contribuição à assistência em saúde na região quando o Curso de Medicina se integra aos demais cursos ou às equipes multiprofissionais já existentes. O trabalho em conjunto faz toda a diferença. Acredito que a formação deva se focar nesse aspecto”*.

De fato, o potencial para a formação e atuação em equipe, quando articulada por uma universidade que tem vocação regional e que oferece vários cursos na área da saúde é muito grande. Muitos editais do governo federal têm incentivado a ênfase na formação/atuação interdisciplinar e a UNISC já participa de alguns deles, como o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do

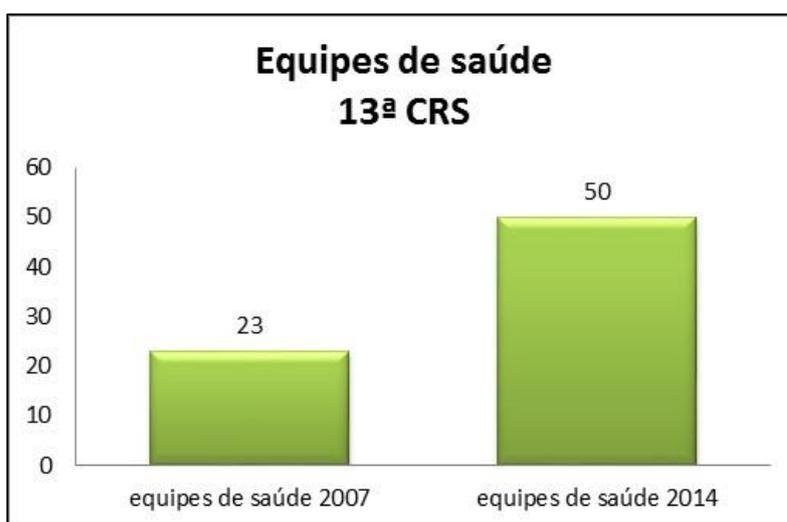
Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. (BRASIL, 2009).

Além do Pró-Saúde, que procura reorientar e reforçar a formação de profissionais para atuação em equipe no SUS, a UNISC faz parte do PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tendo como objetivos, dentre outros, auxiliar na implementação das DCNs dos cursos de graduação na área da saúde e, principalmente, “desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar” (BRASIL, 2008).

Entretanto, há um longo caminho ainda a ser percorrido para que, de fato, haja a devida valorização da complementariedade e interdisciplinaridade das ações em saúde e dos profissionais responsáveis por elas.

O incremento no número de equipes trabalhando na 13ª CRS, na nossa perspectiva de compreensão, se deve pelo menos a dois fatores: (1) ênfase, por parte do governo federal, na ampliação do Programa de Estratégia de Saúde da Família, com fomento específico para a ampliação das unidades e equipes; (2) pressão, especialmente com relação ao Município de Santa Cruz do Sul, para que houvessem espaços e equipes suficientes para abrigar os estudantes e residentes da área da Medicina, durante a sua formação. Nesse último caso, inclusive com a contrapartida de melhorias nas estruturas físicas das Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Figura 29 – Equipes de Saúde na 13ª CRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Com o projeto do Curso de Medicina aprovado, a sua implantação se deu em parceria com a transformação do Hospital Santa Cruz em hospital de ensino, como já descrevemos. Esse processo exigiu que houvesse uma aproximação com o município de Santa Cruz do Sul para a efetivação de contratualização de serviços a serem prestados.

Cabe esclarecer que o município de Santa Cruz do Sul possui a gestão plena do sistema de saúde, cabendo-lhe contratar os prestadores de serviços, bem como autorizar as internações hospitalares no âmbito da sua gestão, além de encaminhar as situações de referência assistencial em outros municípios, garantindo o acesso da sua população a serviços não disponíveis em seu território. A contratualização de serviços com o município de Santa Cruz do Sul, na fase de implantação do Curso de Medicina, acabou sendo o fator determinante da delimitação da abrangência regional de atuação do curso, concentrando os serviços prestados quase que exclusivamente nesse município.

Assim, novos elementos (serviços, agentes, interações, convênios e contratualização) foram sendo agregados à configuração original de municípios da 13ª Coordenadoria como território de abrangência do curso. Estamos diante, então, de outra forma de regionalização, que se deu pela abrangência de atuação. É essa a regionalização que estudaremos na sequência.

Para Pecquer (2009, p. 101), “o desenvolvimento se faz onde se encontram os agentes (!) e não em um espaço abstrato”. Portanto, a região de atuação do Curso de Medicina é uma região em construção “que combina a coordenação de atores situados e a ancoragem desses atores em um espaço físico determinado” (PECQUEUR, 2009, p. 101).

Na área da saúde, é fundamental compreender que qualquer regionalização deve garantir a articulação dos gestores e das políticas entre as diferentes escalas territoriais, pois a União, os Estados e os Municípios apresentam demandas de ações que se materializam e se entrelaçam, afetando, concomitantemente, as regiões. Na esfera do Sistema Único de Saúde existem gestores com funções específicas em cada âmbito: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde, no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde e, no municipal, o Secretário Municipal da Saúde.

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções (macro funções) gestoras na saúde: (a) formulação de políticas/planejamento; (b) financiamento; (c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados); (d) prestação direta de serviços de saúde. Cada uma dessas macro funções compreende uma série de sub funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro de macro função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2003, p. 39).

Iniciamos a discussão da avaliação dos processos de implantação de uma escola médica destacando os conceitos geográficos de território e região imbricados nesses processos, pois os mesmos situam as ações desencadeadas em determinado contexto. Na esfera da saúde, a compreensão desses conceitos é fundamental, pois as necessidades e os projetos são sempre históricos que se materializam no território, nas regiões construídas a partir das relações sociais estabelecidas.

Compreender o território como construção, transformação e consequência da ação de uma pluralidade de agentes é fundamental para análises na esfera da saúde. Na ação dos sujeitos, que transformam suas necessidades de saúde em possibilidades de atenção às suas demandas, observamos a constituição de coletivos territorializados, mediados pelos modos de produção e organização da sociedade, bem como pelas relações e vínculos estabelecidos entre esses sujeitos. Os territórios podem ser considerados muito mais como relações sociais projetadas no espaço do que espaços concretos (SANTOS, 1988).

As diferentes configurações regionais, assumidas pela territorialização, resultam de relações políticas, sociais, culturais e econômicas, gerando heterogeneidades. Na expressão geográfica da região está configurada a ação humana em determinada área/território. Entretanto, cabe destacar que, por resultarem de ações humanas, os territórios não são estáticos, estão permanentemente em movimento de construção, reconstrução e desconstrução.

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. (GONDIM; MONKEN, 2015, s. p.)

As regiões em saúde configuram-se na expressão geográfica das intencionalidades e necessidades dos sujeitos (individual e coletivo) e de suas ações que, por sua vez, criam múltiplos fluxos e desvelam tanto as condições da existência e possibilidades de realização, quanto às desigualdades sociais e as iniquidades de atenção nesse contexto.

Passamos a analisar a configuração regional, até o momento, construída pela implantação do projeto do Curso de Medicina, bem como a avaliação dos resultados desse projeto, expressos nessa configuração.

5.3 Avaliação dos Resultados

Na avaliação dos resultados procedemos à análise dos efeitos e dos produtos (materialidade e consciência) que os processos e as ações provocaram no contexto de alcance

dos objetivos de intervenção que, por sua vez, foram traçados por determinado projeto social (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

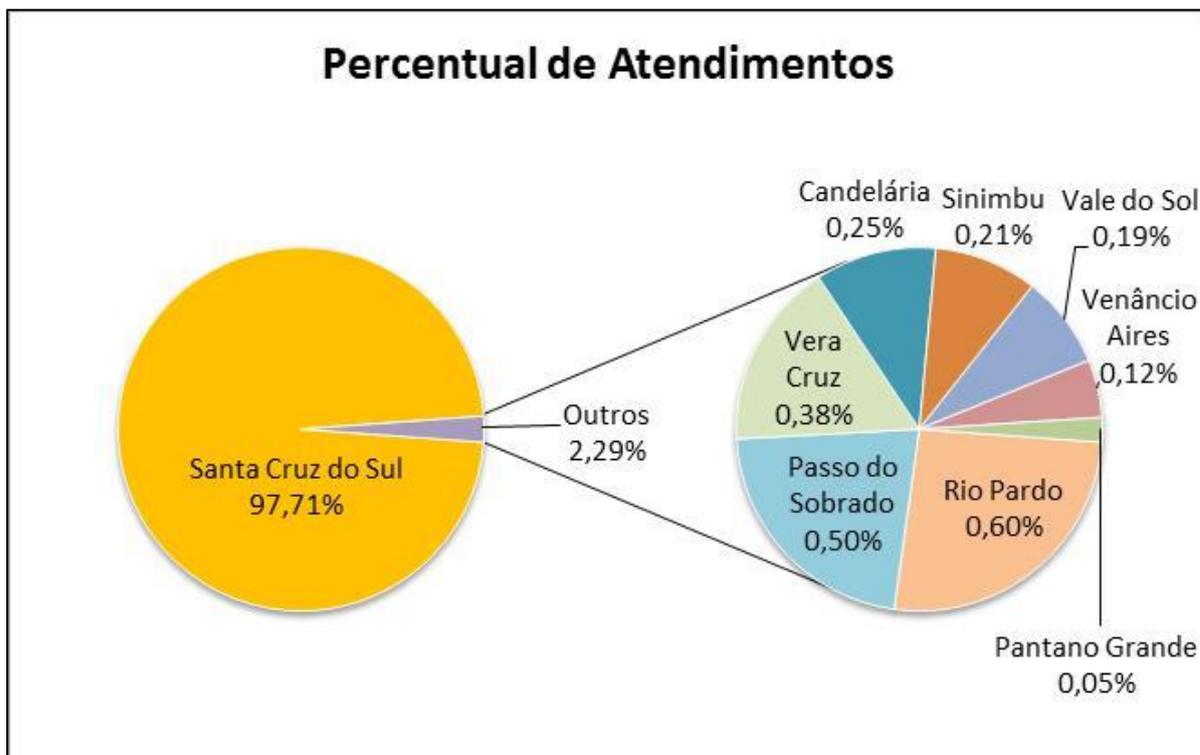
Analisar resultados de um projeto social relacionado à saúde e à educação pressupõe compreender que, no Brasil, “o desenho fragmentado e atomizado do SUS – privilegiando a estratégia municipalista – em um momento de fraca articulação da política econômica com as políticas territoriais dificulta sobremaneira essa integração entre as lógicas econômicas e socio sanitárias” (VIANA; IBAÑEZ; ELIAS, 2009, p. 16), portanto, as materializações no território regional se dão também de forma fragmentada, incompleta e repleta de contradições.

5.3.1 Nova configuração regional da formação e oferta dos serviços médicos no contexto de implantação de uma nova escola

Para estabelecer a configuração regional do Curso de Medicina, no contexto atual, considerando a abrangência da formação e dos serviços médicos prestados pelo curso, analisamos o banco de dados da sua Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA), bem como os convênios onde, efetivamente, estava havendo uma ação do curso no município e/ou do município em relação ao curso.

Especificamente com relação aos atendimentos na UAA, verificamos uma massiva predominância de atendimentos prestados à população do município de Santa Cruz do Sul (Figura 30), fato esse, já explicado com a existência da contratualização dos serviços do HSC e Curso de Medicina UNISC pela Secretaria Municipal de Saúde do Município que detém a Gestão Plena do SUS.

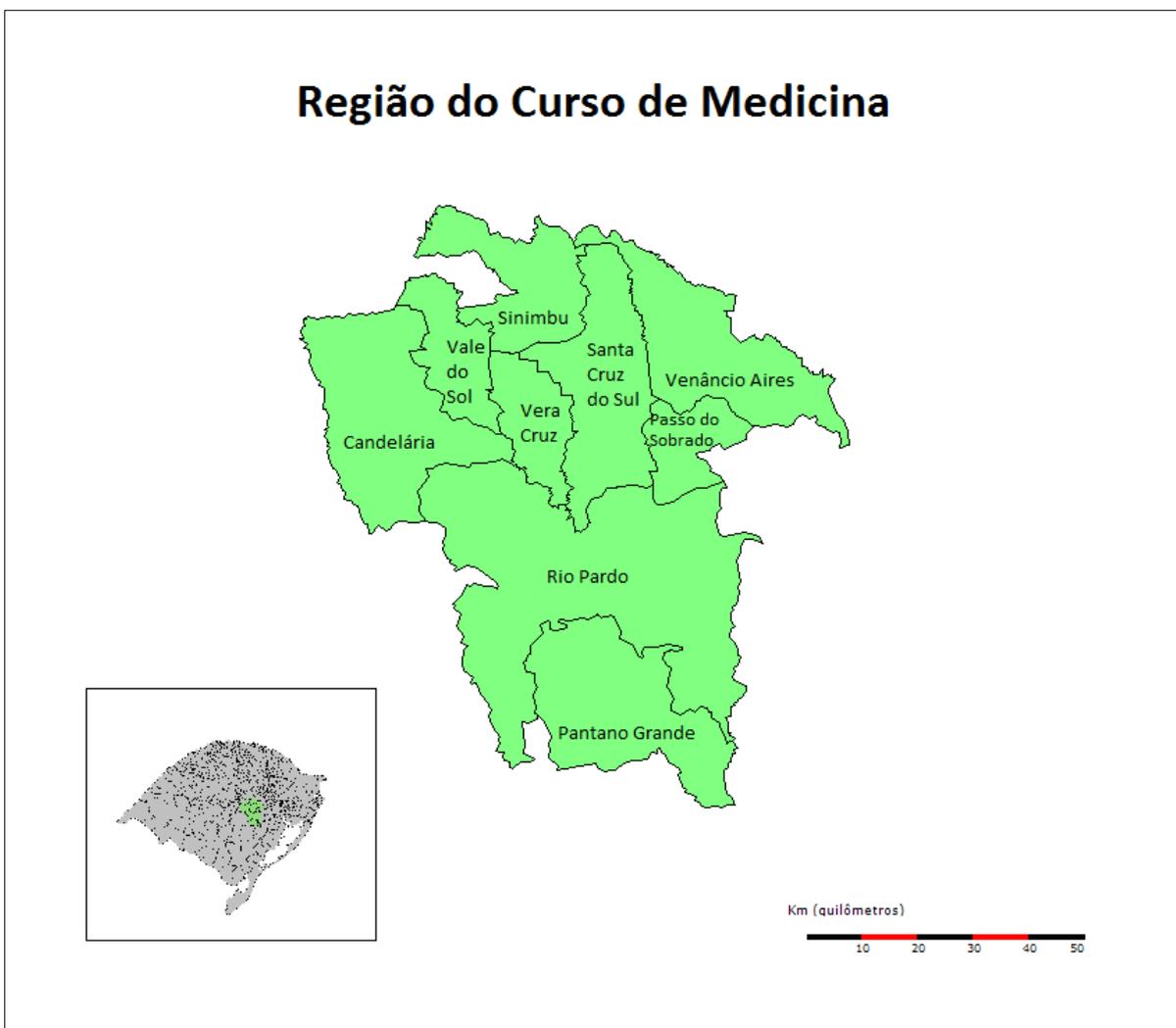
Figura 30 – Atendimentos na UAA (2008 – 2014)



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os demais municípios que tiveram algum tipo de atendimento, o mesmo deveu-se a encaminhamentos à UAA realizados por docentes, preceptores e estudantes do Curso de Medicina a partir de ações de atenção à saúde, desenvolvidas nesses municípios, por meio de estágios, práticas independentes e projetos.

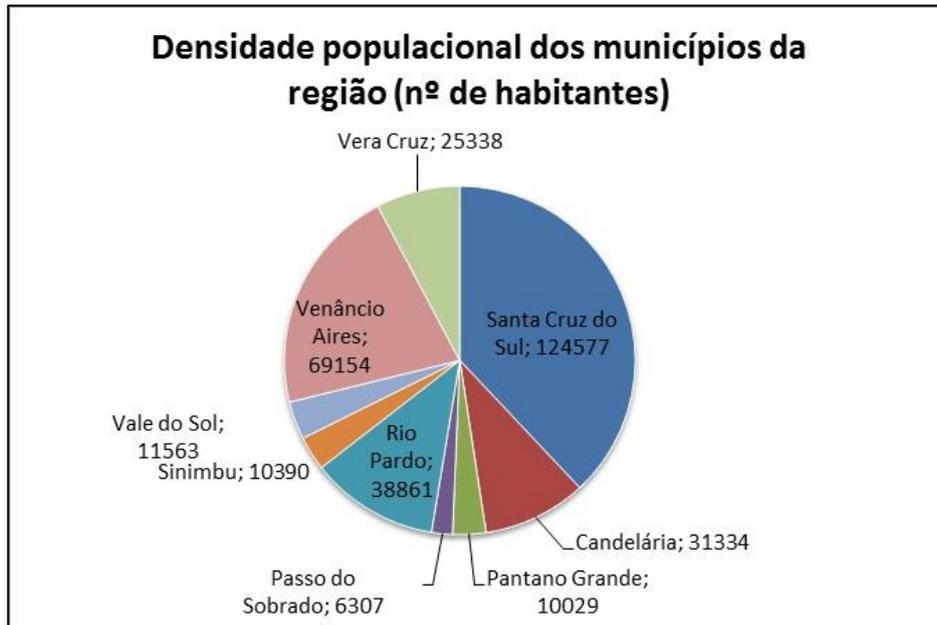
Na figura 31 apresentamos o Mapa da Região de Abrangência do Curso de Medicina, ressaltando que essa regionalização não coincide com a região inicial dos convênios para a abertura do curso e também não coincide com a região da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Em ambos os casos, a região efetivamente atendida pelo curso, até então, é bem menor do que a previsão inicial considerada no momento da projeção do curso.

Figura 32– Destaque dos Municípios da Região de Abrangência

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em termos de densidade populacional, a região de abrangência do Curso de Medicina contempla uma população de 327.553 habitantes, de acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, do IBGE, divulgado em 2011 (Figura 33).

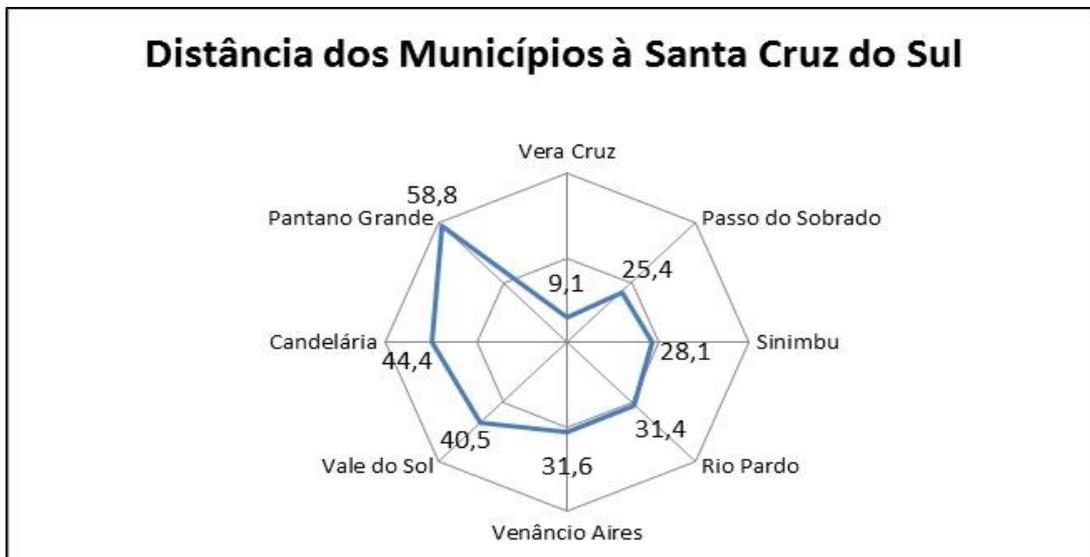
Figura 33 – Densidade Populacional dos Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina



Fonte: IBGE, 2011.

No que se refere à área de abrangência, percebemos uma concentração nos municípios próximos à Santa Cruz do Sul; o município de Pantano Grande (o mais distante) fica a apenas 58,8 km de distância da sede do curso (Figura 34). Realidade bem diferente de cursos implantados em grandes centros urbanos onde, dentro do mesmo município, a área de abrangência do curso é bem maior.

Figura 34 – Distância dos Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina do Município Sede (SCS)



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Essa é mais uma das contradições presentes na implantação de Cursos de Medicina no Brasil: quando em alguns municípios como São Paulo, por exemplo, a área territorial é de 1.530 km², onde vivem mais de 11 milhões de habitantes, segundo o último Censo realizado no Brasil em 2010, em Santa Cruz do Sul a área territorial é de 733,409 km², com uma população de 118.374 habitantes (IBGE, 2011). Para ambas as realidades, os critérios exigidos para a autorização de funcionamento dos Cursos de Medicina é o mesmo: número de leitos hospitalares por vagas ofertadas no município sede do curso, dentre outros critérios. Pois bem, em São Paulo, todos os convênios entre as IES e as instituições hospitalares, realizadas dentro de sua área territorial, são válidos, mesmo que isso signifique uma distância de mais de 100 km entre a instituição formadora e a unidade hospitalar. Já na situação do município de Santa Cruz do Sul, no momento de autorização do Curso de Medicina da UNISC, não foram considerados os convênios firmados com hospitais localizados a menos de 50 km da instituição formadora, por estarem situados em outros municípios (Figura 34). Também o perfil epidemiológico e a necessidade de leitos são variáveis no contexto brasileiro e extremamente diferente nas grandes metrópoles e nos pequenos e médios municípios do interior do Brasil.

Se a atual política nacional de expansão da formação de médicos (Programa Mais Médicos) em nosso país (BRASIL, 2014) pretende atingir todo o território nacional é necessário que as diferenças regionais sejam consideradas e as regras sejam construídas preservando os princípios da qualidade da formação nesse contexto.

Dos municípios que fazem parte da região de abrangência do curso, 67% ainda não formalizou convênio com a APESC/Curso de Medicina, portanto, esse é mais um forte indicativo do potencial de integração regional que ainda pode e deve ser trabalhado nos próximos anos.

5.3.2 Indicadores de mudanças na região de abrangência do curso

Na sequência, vamos detalhar alguns indicadores de mudanças na área da saúde na região de abrangência do Curso de Medicina da UNISC, identificando elementos que apontem para a sua influência na formação de recursos humanos para o SUS.

Utilizando os dados da base DATASUS, iniciamos pelo levantamento do número de profissionais da saúde que atuavam na região em 2007 (ano mais próximo da abertura do curso, com dados disponíveis na base consultada) e que atuam nessa mesma região em 2014. Conforme observamos na Figura 35, houve um incremento de 75,95% no número desses profissionais. Considerando que a UNISC recebe estudantes de todos esses municípios e que oferece vários

curso de formação (em nível técnico, graduação e pós-graduação) na área da saúde, procuramos detalhar um pouco mais esse incremento, a partir da categorização por profissões (Figura 36).

Figura 35 – Profissionais da Saúde na Região de Abrangência do Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Considerando a implantação dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia pela UNISC²², percebemos uma forte relação com a elevação do número de profissionais atuantes na região e sua coincidência com o período de implantação e os estudantes já graduados e pós-graduados ao longo de mais de dez anos de existência dos mesmos.

Tabela 09 – Cursos da Saúde da UNISC: início e primeira formatura

| Curso | Ano e Semestre de Início | Formatura Primeira Turma |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Psicologia | 1993/2 | 22-08-1998 |
| Enfermagem | 1994/1 | 29-08-1998 |
| Fisioterapia | 1998/1 | 19-09-2002 |
| Odontologia | 1998/1 | 31-01-2003 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

²² A UNISC oferece um total de onze cursos na área da saúde. A ênfase nos quatro citados se deve ao fato dos mesmos estarem mapeados enquanto “categorias profissionais” na base de dados DATASUS, utilizada nessa pesquisa.

Esse é um fator relevante na análise da implantação de um Curso de Medicina. Existe uma diferença na trajetória e no contexto quando analisamos a implantação de um Curso de Medicina em uma instituição que já possui cursos e egressos na área da saúde, quando comparada com a trajetória de implantação do curso isoladamente, sem que a instituição proponente tenha histórico de formação nessa área. Na primeira situação e, procurando destacar a sua relevância na pesquisa, existe um histórico de formação de profissionais da saúde que já atuam em diferentes serviços nos quais irão se integrar os novos acadêmicos.

Com o exemplo de colegas, docente e profissionais que já atuam na perspectiva da integralidade e da atuação em equipe diminui significativamente o risco do retrocesso ao modelo tradicional de ensino-aprendizagem, centrado na doença e no ambiente hospitalar.

Em pesquisa realizada com IES do Paraná (ALMEIDA; CAMPOS; TURINI; NICOLETTO; PEREIRA; REZENDE; MELLO, 2007) percebemos a evidência que a presença de ensino, pesquisa e extensão, na área da saúde, a partir da contextualização das DCNs dessa área, facilita sobremaneira a implantação de um currículo preocupado com a integralidade e atuação interdisciplinar.

A partir dessa configuração, ficou evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e são denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. São vistas como as tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia. (ALMEIDA; CAMPOS; TURINI; NICOLETTO; PEREIRA; REZENDE; MELLO, 2007, p. 156).

Nos casos em que o projeto pedagógico do Curso de Medicina é implantado em serviços com profissionais egressos da mesma IES, em que já se discute a formação na área da saúde, há maior sucesso na compreensão dos princípios do SUS, que estão intimamente relacionados com essa formação. Na nossa pesquisa, não tivemos como objeto aprofundar essa questão, mas certamente pode ser um caminho interessante para futuras pesquisas. O currículo de formação proposto se insere num contexto onde há uma trajetória histórica de ensino e assistência na área. Precisamos respeitar e refletir sobre a historicidade e a particularidade de cada profissão, compreendendo que são partes de uma totalidade complexa de formação/assistência.

Em se tratando da UNISC, podemos acompanhar, pelos números da Base de Dados Datasus, o incremento no número de profissionais, atuando na região, nas categorias formadas pela IES, entre os anos de 2007 e 2014. Cabe destacarmos que nem todos são egressos da UNISC, entretanto, a mesma contribuiu significativamente na formação dos profissionais que hoje estão no SUS; algo que comprovado “*in loco*” no momento em que visitamos os serviços de saúde da

região, para a coleta dos dados da tese e a grande maioria dos enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, que nos receberam referiram ser egressos da instituição.

Figura 36 – Número de Profissionais da Saúde, por categoria, na Região de Abrangência do Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No período entre 2007 e 2014, o número de profissionais da saúde, nas categorias elencadas, pelo menos dobrou, numa variação de 52 a 73%, conforme observamos na figura 37. Então, podemos inferir que a inserção regional da IES se reforça um contexto histórico de formação profissional da área da saúde, com presença crescente de egressos nos serviços que já existiam e que foram sendo criados, embora esses dados careçam de uma posterior investigação específica para o seu aprofundamento.

Amoretti (2005) destaca a possibilidade da educação médica se inserir em cenários onde estão estudantes e egressos de diferentes cursos da saúde, além da integração entre ensino, pesquisa e serviço multiprofissional que a realidade possibilita.

A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada [para] os pronto-atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais. Os [estudantes] precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham em saúde, compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS. (AMORETTI, 2005, p. 143).

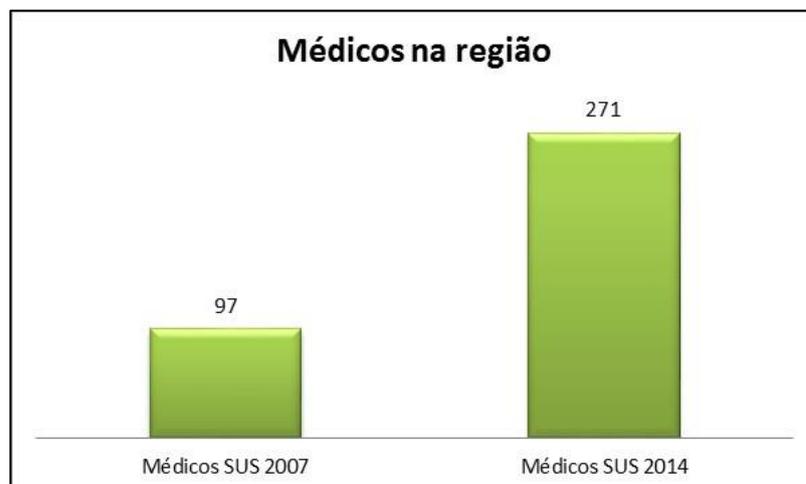
Figura 37 – Variação no Número de Profissionais da Saúde, por categoria



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Agora especificamente analisando o número de médicos credenciados pelo SUS, em atuação na região de abrangência do Curso de Medicina (Figura 38), verificamos um incremento de 139,69%. O curso iniciou sua primeira turma em abril de 2006, com trinta estudantes e, em dezembro de 2012, essa primeira turma colou grau. Entre dezembro de 2012 e agosto de 2014, a UNISC graduou 174 novos médicos, os quais, pelo menos a metade, não permaneceu atuando na região, basicamente em função dos programas de residência médica para os quais foram selecionados ou gostariam de cursar, que se concentram em Porto Alegre.

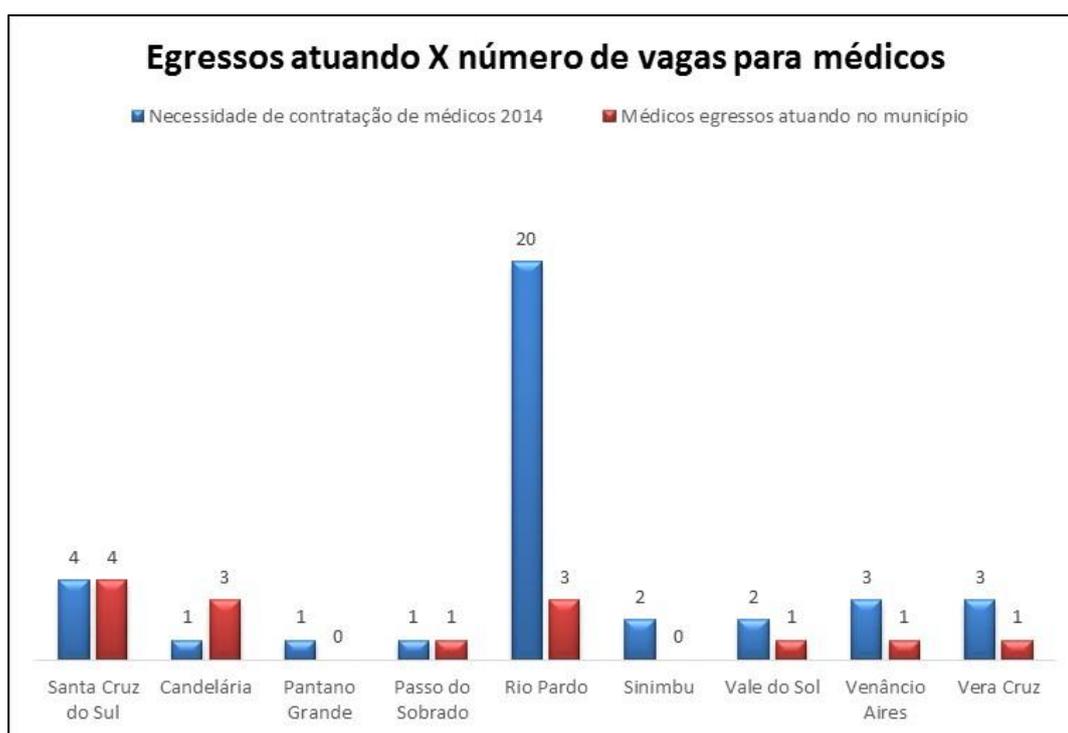
Figura 38– Gráfico da Variação no Número de Médicos SUS



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na figura 39, destacamos que o número de vagas existentes para médicos, nas prefeituras da região, é significativamente maior ao número de egressos que efetivamente estão atuando nessas prefeituras: enquanto as vagas perfazem um total de 37 para além daquelas já ocupadas pelos egressos, o total dos médicos egressos da UNISC em atuação é de 14.

Figura 39 – Egressos Atuando x Número de Vagas para Médicos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Aqui, novamente, cabe retomar a discussão da **necessidade social de médicos para a região**, que pautou e ainda pauta as justificativas para a abertura de novos Cursos de Medicina no Brasil. Comprovadamente, a existência de um Curso de Medicina não supre pelo menos a curto e médio prazo a carência de médicos em determinada região. Fatores como as estruturas dos serviços de saúde, a existência de concursos públicos e planos de carreira, bem como a possibilidade de conciliar a atuação com a formação de pós-graduação (Residência Médica) são imperativos no momento das decisões tomadas pelos egressos quanto às suas definições profissionais.

No conceito de necessidade social na área da saúde que estamos adotando nessa pesquisa (STOTZ, 1991), a demanda é considerada uma “tradução” das necessidades mais complexas dos usuários. Nesse sentido, as prefeituras captam os pedidos explícitos por mais atendimentos

médicos e agilidade no agendamento das consultas. Embora as necessidades sociais de saúde individuais e de determinado grupo sejam muito mais amplas, as múltiplas vozes ouvidas pelo poder público municipal e levadas ao Ministério da Saúde foram agrupadas na necessidade de mais médicos.

Assim, retomamos a discussão o **Programa Mais Médicos** para o Brasil (lançado em 2013, pelo governo federal), com a promessa de ampliar a assistência na atenção básica e fixar médicos em regiões com carência de profissionais, segundo levantamento do próprio governo. No portal da saúde (site mantido pelo Ministério da Saúde) lemos: “por meio da iniciativa, 14.462 mil médicos passaram a atender a população de 3.785 mil municípios, o equivalente a 68% dos municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Cerca de 50 milhões de brasileiros são beneficiados” (BRASIL, 2015).

Em Santa Cruz do Sul, em abril de 2014, oito médicos cubanos e um brasileiro, contratados através do Programa Mais Médicos passaram a atuar junto à rede de atenção básica do município (SANTA CRUZ DO SUL, 2014), assim como em outros municípios da região. De acordo com o programa, há uma prioridade na contratação de médicos brasileiros, entretanto, caso não haja candidatos, médicos estrangeiros podem ser contratados.

As vagas serão oferecidas prioritariamente a médicos brasileiros, interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais. No caso do não preenchimento de todas as vagas, o Brasil aceitará candidaturas de estrangeiros, com a intenção de resolver esse problema, que é emergencial para o país. Os municípios não podem esperar seis, sete ou oito anos para que recebam médicos para atender a população brasileira. (BRASIL, 2015).

Para o ano de 2015 estão sendo esperados novos profissionais do Programa Mais Médicos ou renovação dos contratos existentes, em cinco municípios da região, conforme lista divulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015): Santa Cruz do Sul, Pantano Grande, Rio Pardo, Sinimbu e Venâncio Aires.

Em Santa Cruz do Sul, a expectativa é para a chegada de pelo menos um nome. Conforme a coordenadora das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz, Raquel Rozeno, o programa conta com oito intercambistas no município. “Recebemos nove profissionais, e um deles nos deixou e está atuando em outro programa. Por isso, pode haver essa substituição. Os outros oito integrantes, que são os intercambistas cubanos, continuam trabalhando normalmente”, ela afirma. Nos outros municípios da região, a situação em números é semelhante. Venâncio Aires é um dos mais interessados nesta nova fase do Mais Médicos, já que não ainda não conseguiu ser contemplado com a vinda dos profissionais. (HASS, 2015, s. p.).

Então, se a variável do aumento de médicos na região não está diretamente ligada aos egressos do Curso de Medicina da UNISC, considerando que os municípios da região têm recorrido ao Programa Mais Médicos, que outros fatores, além do programa do Ministério da Saúde, seriam os responsáveis pela atração de médicos no contexto regional? Um dos fatores,

como já levantamos, está na transformação gradativa do município de Santa Cruz do Sul em um polo regional da saúde, a partir da implantação dos projetos de graduação em medicina (agregado aos projetos dos demais cursos da saúde da UNISC), dos Programas de Residência Médica, do projeto de transformação do Hospital Santa Cruz em Hospital de Ensino e, finalmente, da implantação do Programa de Residência Multiprofissional no HSC.

A rede de serviços, as possibilidades de atuação profissional e docente, bem como a perspectiva de convívio e parceria com profissionais qualificados serviu como um importante atrativo de profissionais médicos que acabaram por vir atuar no município e região. Além disso, com o incremento dos atendimentos SUS, a partir da implementação dos serviços ofertados pelo Curso de Medicina, em parceria com o poder público, fez com que médicos não credenciados para esse tipo de atendimento acabassem por força da docência e/ou preceptoria atuando junto ao Sistema Único de Saúde. A visão dos usuários entrevistados corrobora com a essa nossa percepção: *“a mudança que percebi no SUS [com a abertura do Curso de Medicina] foi que melhorou bastante, muita coisa, tem mais médicos para atender; sempre fui logo atendida”* (UCEMAI 5).²³

Mesmo com um histórico de somente oito anos de formação, durante a coleta e análise de dados da nossa pesquisa percebemos uma tendência que começa a se fazer presente junto aos egressos do Curso de Medicina: procurar atuação profissional em municípios próximos à Santa Cruz do Sul (ou no mesmo) onde conseguem estabelecer uma rede de suporte para suas atividades profissionais com seus professores e com os serviços especializados que já conhecem, para onde podem encaminhar seus pacientes.

Outro fator de destaque está na busca pela qualificação acadêmica pelos profissionais médicos que já atuavam no município, ingressando em programas de pós-graduação (Mestrado e Doutorado), além de professores (mestres e doutores) oriundos de outras regiões, que passaram a atuar na UNISC. Durante seus oito anos de funcionamento, 21 docentes médicos concluíram seus mestrados e 07 docentes médicos concluíram seus doutorados; hoje, todos atuam no SUS, pois estão em atividades práticas, acompanhadas por estudantes, nos serviços do sistema conveniados para esse fim.

Conforme já analisamos no contexto da 13ª CRS, a variação entre o número de leitos e o número de ambulatórios criados na região de abrangência do Curso de Medicina segue o mesmo padrão, uma vez que todos os municípios que compõem a regionalização do curso também fazem

²³ Os usuários dos serviços SUS entrevistados foram identificados com as seguintes siglas: “U” – usuário; logo após o local da entrevista “CEMAI, UAA...” e, por fim, o número do formulário arquivado, por exemplo, “5”. Então a identificação do usuário em questão ficou “UCEMAI 5”.

parte da 13^a, com exceção de quatro. Assim, observamos na figura 40 um aumento bem mais expressivo no número de ambulatórios SUS do que no número de leitos SUS. E, novamente, podemos inferir que essa diferença se deva à política de atenção à saúde no Brasil, que reforça a estruturação de ambulatórios de atenção básica, via Estratégia de Saúde da Família. Os leitos SUS tiveram um incremento de 57,53% e os ambulatórios um incremento de 92,43%. Também a criação dos ambulatórios que atendem ao ensino da graduação em medicina, bem como os que foram estruturados a partir dos programas de residência médica e credenciamento de alta complexidade, pelo Hospital de Ensino, contribuíram para a elevação do número de ambulatórios regionais com atuação no Sistema Único de Saúde.

Para Ocké-Reis (2012), na política de abertura de novos cursos de saúde está a necessidade do governo (nas esferas federal, estadual e municipal) em diminuir a demanda por serviços de saúde, que são financiados nas parcerias com instituições formadoras e prestadoras de serviços do setor privado. Essa é uma necessidade social, na área da saúde, captada pelo governo a partir das falas dos usuários, conforme Cecílio (2015).

A formação dos novos médicos pressupõe a atuação em rede no sistema loco-regional. Dessa forma, os ambulatórios criados para o ensino passam a ser parte integrante desse sistema, representando uma lógica (que vai da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais e especializados), mas “que precisa ser incorporada não só pelos gestores, mas também pelos usuários, estudantes e profissionais da saúde, pois, de fato, esta é a lógica do acesso e da assistência e corresponde à possibilidade de organização racional e justa do SUS” (AMORETTI, 2005, p. 144).

Figura 40 – Variação no Número de Leitos e Ambulatórios



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Segundo o Diretor Geral do HSC (em entrevista concedida para a nossa pesquisa), *“teve um incremento, em cinco anos [...], de trinta por cento em leitos. Internações dia foi junto, o percentual de ocupação que era de sessenta e um por cento sobre cento e oitenta e quatro leitos, passou a setenta e cinco por cento sobre duzentos e trinta e quatro leitos. Então o hospital ficou mais eficaz nesse item. A média de permanência é considerada muito boa, na casa de quatro dias, oscilando um pouquinho para baixo ou para cima, mas na casa dos quatro”*.

Por fim, no que se refere à região de abrangência do Curso de Medicina, um dado que merece ser mencionado é a existência de Programas de Formação para os funcionários da área da saúde dos municípios. Dentre as diretrizes do SUS, a formação dos agentes que atuam no sistema é algo em destaque.

Dessa forma, investigamos a existência de Programas de Formação Continuada e Programas de Educação Permanente dentre as Secretarias Municipais da Saúde. Um programa de educação continuada é aquele que prevê algum tipo de incentivo para que os profissionais prossigam em suas formações: do curso técnico para a graduação, da graduação para a pós-graduação. Tais incentivos podem abranger bolsas de custeio, liberação do trabalho e/ou aumento salarial com a mudança de nível.

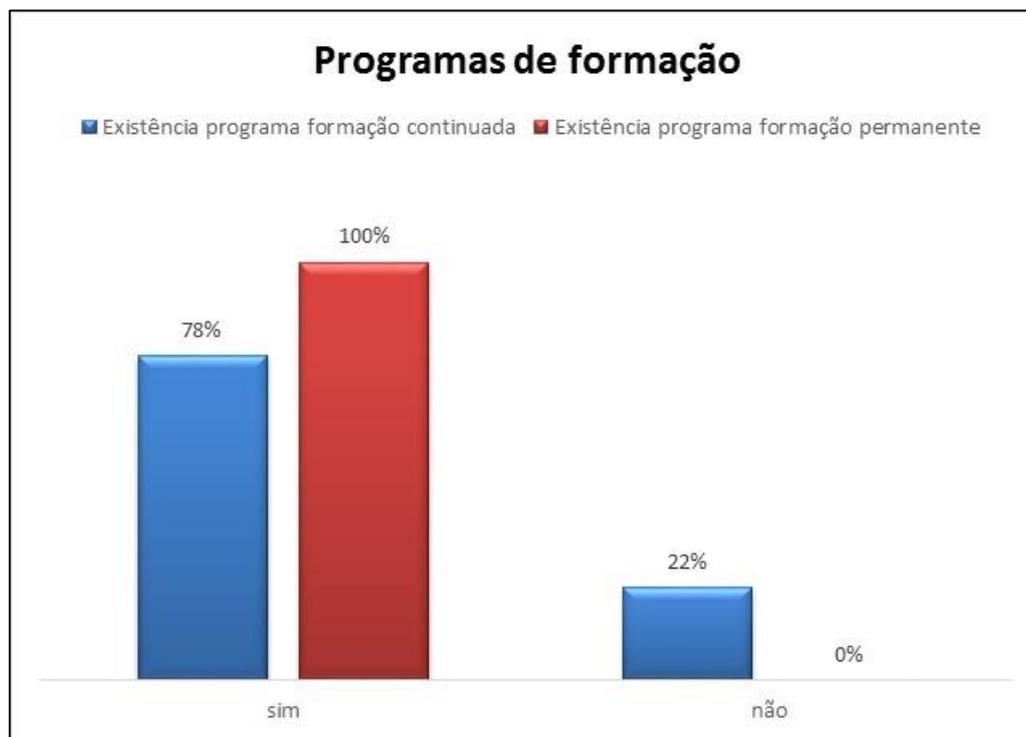
Já a formação permanente refere-se à atualização constante e necessária dos profissionais da saúde. Pode ser desenvolvida e incentivada por meio da promoção de cursos e eventos de formação, liberação de horas de trabalho para a participação nesse tipo de formação, bem como custeio de despesas ou diárias para que os funcionários possam acessar os eventos promovidos.

Conforme os dados da figura 41, 100% das Secretarias de Saúde mantêm programas de formação permanente, com ações muitas vezes custeadas pelo próprio Ministério da Saúde. Quanto aos programas de formação continuada, 78% manifestaram a existência de incentivo para que os funcionários acessem aos cursos e 22% referiram não possuir esse tipo de programa.

Na política nacional de consolidação do SUS, os programas de formação profissional (especialmente da formação em serviço) são incentivados e, muitas vezes, patrocinados pelo governo federal numa tentativa de atender aos princípios do sistema, dentre eles a integralidade.

Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles em um centro de saúde, uma equipe de [Estratégia] de Saúde da Família [ESF] ou um hospital. Neste encontro com do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou ‘travestidas’ em alguma(s) demanda (s) específica (s). (CECÍLIO, 2015, p. 04).

Figura 41 – Programas de Formação para Funcionários da Saúde nos Municípios da Região de Abrangência do Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na formação do futuro médico, participar de serviços e equipes onde os trabalhadores estão em permanente formação para a atuação no SUS dá maior sentido àquilo que está “teorizando” com seus docentes, como a importância da escuta. Para Cecílio (2015, p. 04) “toda a ênfase da gestão, da organização da atenção e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo [...] dado aprioristicamente”.

Vivenciar, durante a formação, a atuação de uma equipe que tem a sensibilidade e o preparo para decodificar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde do usuário que procura um serviço é muito importante para desmistificar a atenção em saúde pública e valorizar essa formação. Um exemplo disso está num relato espontâneo de um estudante do décimo semestre que, em uma reunião de colegiado do Curso de Medicina (em 2013), ocasião em que estávamos presente, fez a uma colocação, mais ou menos nos seguintes termos: “*no começo, em não queria ir para o internato na ESF. Achava que iria perder três meses importantes na minha formação. Agora quero deixar o meu testemunho de que nunca aprendi tanto como nesses meses; aprendi sobre o trabalho em equipe, sobre o acolhimento, a escuta e a atenção à saúde. Acho que deveria haver mais tempo para o internato em saúde coletiva*”.

Apresentamos os principais indicadores das repercussões da implantação do Curso de Medicina na região. É chegado o momento de desvelar os sujeitos desse e nesse processo.

5.4 Os sujeitos do/no projeto de formação médica

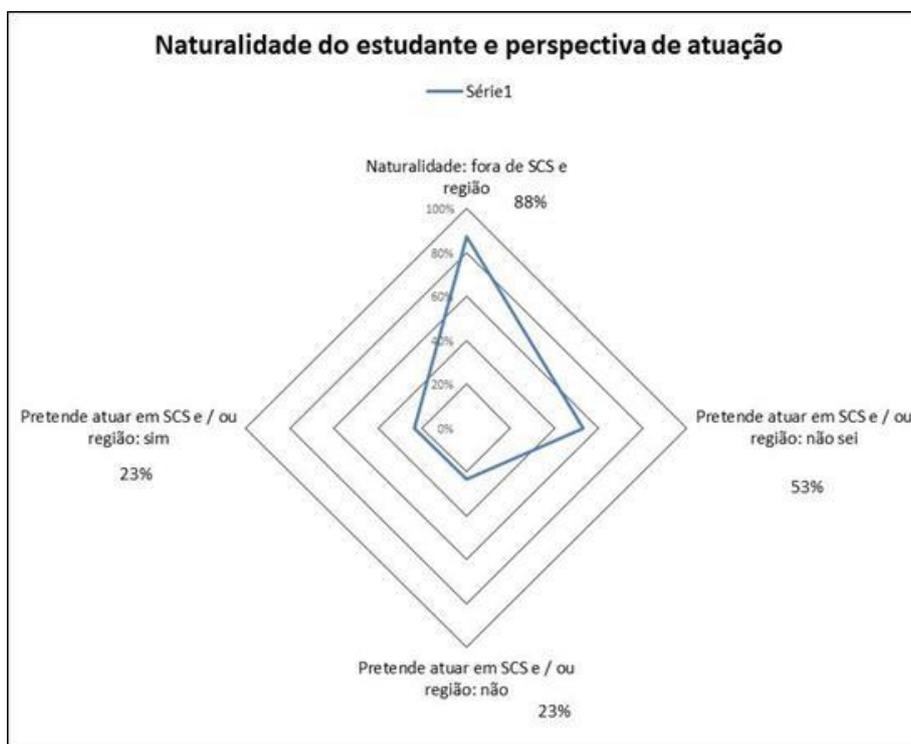
Se o projeto de um Curso de Medicina é compreendido como um projeto social, construído a partir de concepções de sua necessidade social, o estudo dos sujeitos envolvidos nesse projeto é de fundamental importância. Além da materialidade das estruturas e processos, a voz dos sujeitos qualifica o entendimento dos resultados, enfim, do alcance de um projeto.

Assim, iniciamos esse item qualificando as falas dos sujeitos para os quais o projeto de formação médica foi construído e implantado: os **estudantes**. Fizeram parte da coleta de dados quatro alunos de cada uma das doze turmas em andamento no curso, totalizando uma amostra quarenta e oito, de um universo de trezentos e sessenta estudantes.

O primeiro aspecto investigado refere-se à naturalidade dos estudantes e a perspectiva de atuação no município de Santa Cruz do Sul e região. Se o projeto de abertura de um novo curso é encaminhado tendo como uma de suas justificativas a necessidade social de formar médicos para suprir as carências da região, é de fundamental relevância conhecer a naturalidade das estudantes que nele se matriculam a suas perspectivas futuras de atuação ou não nessa região. Na figura 42, verificamos que 88% dos alunos vêm de fora de Santa Cruz do Sul ou municípios da região²⁴. Da totalidade dos participantes da pesquisa, pouco mais da metade, 53% ainda não sabe se pretende atuar na região, 23% já definiu que não pretende atuar na região e, também 23% declarou que pretende exercer sua profissão na região.

²⁴ Região compreendida como aquela representa na figura 31.

Figura 42 – Naturalidade dos Estudantes e Perspectiva de Atuação em Santa Cruz do Sul ou Região

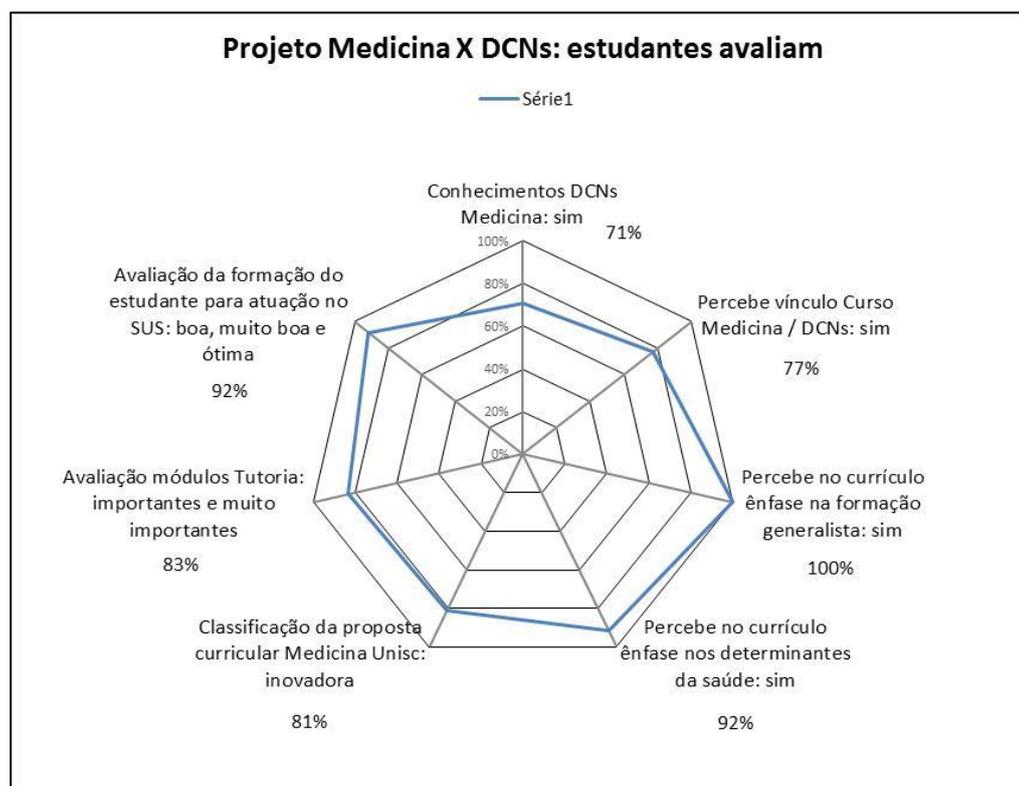


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Então, um ponto importante a ser destacado, é que a alta demanda pela formação médica no Brasil faz com que os novos cursos assumam um caráter de abrangência nacional na seleção de seus estudantes. Essa é uma contradição presente já na proposta de abertura: a justificativa de atenção às demandas regionais frente à realidade dos processos seletivos nacionais. Outra contradição percebida é justamente aquela oriunda da necessidade social de novos médicos para atenção à saúde no contexto regional e a baixa (23%) adesão efetiva dos estudantes a essa possibilidade concreta. Como já argumentamos, a fixação de médicos em uma região envolve múltiplos fatores como a possibilidade de inserção em uma rede de apoio para a sua atuação profissional, a possibilidade de realizar a sua formação continuada (pós-graduação), o acesso a concursos públicos e possibilidade de estabilidade profissional com boa remuneração.

Passamos, então, para a análise de como os estudantes percebem a relação entre o projeto de formação do qual fazem parte e sua vinculação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Médica (Figura 43).

Figura 43 – Avaliação dos Estudantes sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Podemos identificar uma forte vinculação, percebida pelos estudantes, entre o projeto de curso do qual fazem parte e as DCNs (77%). Corroborando essa afirmativa, está o dado de que 100% admite que o currículo de formação possua ênfase na formação do médico generalista; 92% diz que a estrutura curricular está alicerçada nos determinantes de saúde; 81% classifica a proposta curricular da UNISC como inovadora²⁵; embora, somente 71%, ou seja, um percentual menor que os anteriores, diz conhecer as DCNs. Também, é importante colocarmos que todos os estudantes do curso estudam as DCNs nos módulos da tutoria, onde existe pelo menos um problema obrigatório sobre esse tema.

Cabe ressaltar, quando à metodologia de formação adotada, que 83% dos estudantes percebem a tutoria como importante ou muito importante para a sua formação. É justamente nas sessões tutoriais que o curso procura aprofundar a interdisciplinaridade e integração entre as áreas de formação, bem como a vinculação com o perfil epidemiológico da região a partir da abordagem de situações-problema relacionadas ao mesmo.

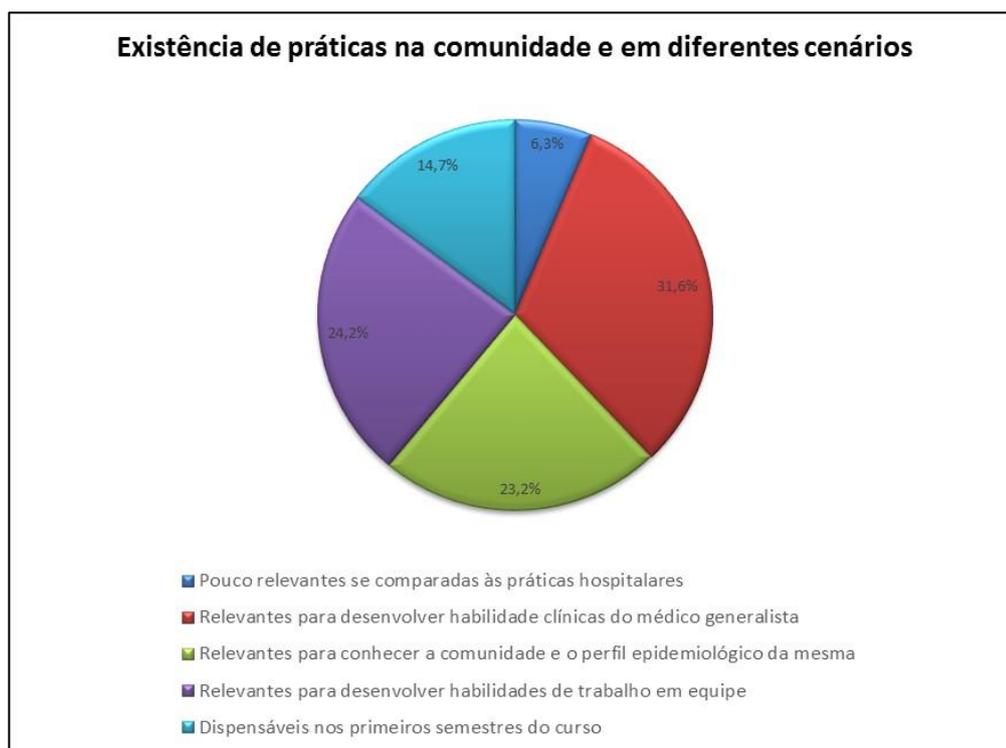
²⁵ Conforme já explicitado, de acordo com Lampert (2002), as denominações “tradicional”, “inovadora” e “avançada” classificam as escolas médicas de acordo com a sua aproximação, menor ou maior, do paradigma da integralidade.

Por fim, como resultado do investimento na adequação curricular aos preceitos das DCNs e políticas de formação médica no Brasil, 92% dos estudantes avaliam que estão recebendo uma boa, muito boa ou ótima formação para atenção à saúde no Sistema Único de Saúde/ SUS. Embora esse resultado se refira à percepção dos estudantes, na manifestação do Diretor do HSC conseguimos verificar algumas devolutivas com relação a esse aspecto: *“Os nossos alunos são muito bem avaliados [...] por onde eles circulam pelo Estado. A gente não tem do que reclamar nesse sentido. E, esse é um elemento que não é pego pela AMRIGS, nem no ENADE, nem por outras provas, mas é um elemento que reforça as nossas ações”*.

No entanto, novamente vem à tona a questão: se os estudantes percebem que estão tendo uma boa formação para atuação no SUS porque, ao finalizarem a graduação não procuram a Residência em Medicina de Família e Comunidade, oferecida no HSC e em outras instituições, uma vez que poderiam atuar justamente na atenção básica, uma das portas do sistema? Reforçamos que essa contradição está alicerçada tanto na valorização histórica das especialidades médicas, quanto no pouco prestígio da Medicina de Família, constantemente associada à percepção equivocada de que é fácil demais para estudantes motivados. Além disso, a remuneração oferecida aos egressos, pelas prefeituras e hospitais (que não exigem a especialização), é muito superior à remuneração de uma bolsa para residência médica.

Como resultado da intencionalidade de formar recursos humanos para atuação em diferentes cenários do SUS, o projeto de curso investigado propõe a existência de práticas nas unidades de atenção básica, na comunidade e em outros cenários (como o hospital) desde o início da formação e com uma expressiva carga horária: das 8520 horas de formação previstas, 6039 são práticas, como já dissemos anteriormente. Considerando o propósito dessa formação prática, nos questionários aplicados com os sujeitos da pesquisa foram colocadas alternativas que auxiliassem a desvelar a compreensão dos mesmos sobre essa estratégia de formação adotada pelo curso.

Figura 44 – Percepção dos Estudantes sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os estudantes referem que a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, durante a sua formação (Figura 44): (1) são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista (31,6%); (2) são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe (24,2%); (3) são relevantes para conhecer comunidade e o perfil epidemiológico da mesma; (4) dispensáveis nos primeiros semestres do curso (14,7%); e, (5) pouco relevantes se comparadas às práticas eminentemente hospitalares (6,3%). Cabe ressaltar que as duas intencionalidades menos mencionadas pelos estudantes foram colocadas no questionário justamente para verificar as percepções contraditórias existentes em um projeto de formação inovador, mas que é implantado por sujeitos que são fruto de uma tradição histórica de formação hospitalocêntrica e especializada, geralmente apontando-a como de melhor qualidade.

Sobre esse aspecto, um projeto inovador não poderia gerar a interpretação de que as práticas comunitárias e em diversos cenários são dispensáveis nos semestres iniciais de formação, bem como não poderiam ser apontadas como menos relevantes que as práticas hospitalares para a formação de médicos. Entretanto, a realidade concreta é construída a partir da dialética entre o “velho” e o “novo”, com apropriação e características desse “velho” no movimento de transformação e criação de nova identidade de formação.

Considerando o movimento dialético, então, podemos inferir que, quando somente 14,7% dos estudantes dizem que as práticas comunitárias e em diferentes cenários são dispensáveis nos primeiros semestres do curso e, que apenas 6,4% as consideram pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares, há uma importante tendência de valorização da inserção prática precoce e diversificada na formação do perfil médico desejado pelas DCNs e proposto pelo curso avaliado. É claro que não podemos creditar essa tendência somente à proposta curricular, pois ela é parte de um todo que envolve políticas de formação de recursos humanos para e na rede SUS, bem como ações concretas multissetoriais e multiprofissionais nesse sentido.

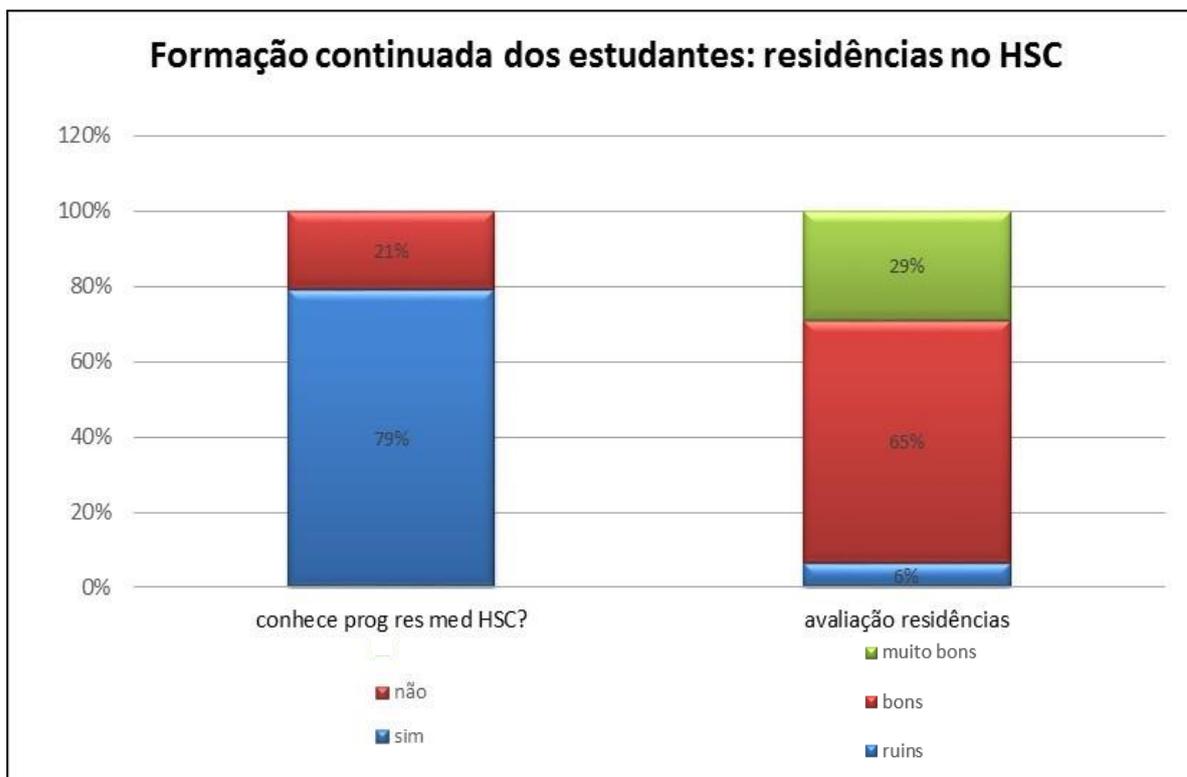
Também foi alvo de análise, a avaliação, feita pelos estudantes, dos Programas de Residência Médica oferecidos pelo Hospital Santa Cruz (Figura 45). Hoje, tais programas gozam de incentivo, por parte do Governo Federal, para que os médicos recém-formados tenham a oportunidade de aprofundarem suas formações em áreas que lhes são particularmente mais interessantes e que, ao mesmo tempo, complementem a opção pela formação do médico capaz de atuar nos diferentes níveis do SUS. Além disso, como referimos em momento anterior, a possibilidade de cursar Residência Médica é um dos elementos que auxiliam na fixação do médico em determinada região.

Em 24 de julho de 2013, o Ministério da Saúde lançou uma portaria (Portaria SGTES/MS Nº1248/13) de instituição da “estratégia de qualificação das redes de atenção à saúde por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade de Residência Médica em áreas estratégicas do SUS”.

Esta Portaria visa estimular instituições de saúde a criarem Programa de Residência Médica ou ampliarem seus Programas por meio de incentivo financeiro para aquelas que abrirem no mínimo 05 novas vagas de residência médica dentre as especialidades e áreas de atuação dos anexos da Portaria [...] (Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia do Trauma, Cancerologia Clínica, Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Pediátrica, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Medicina de Urgência, Neonatologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia).

O Hospital Santa Cruz, em parceria com o Curso de Medicina da UNISC, criou Programas de Residência Médica em cada uma das cinco grandes áreas de formação em medicina: clínica médica, medicina de família e comunidade, pediatria, ginecologia e obstetrícia e, cirurgia geral. Na figura 45, observamos que os estudantes em formação na graduação em medicina conhecem os programas ofertados pelo HSC (79%). Desses, 65% avaliam os programas como sendo bons; 29% como sendo muito bons e 6% como sendo ruins.

Figura 45 – Avaliação dos Estudantes sobre a Formação Continuada nos Programas de Residência Médica do HSC

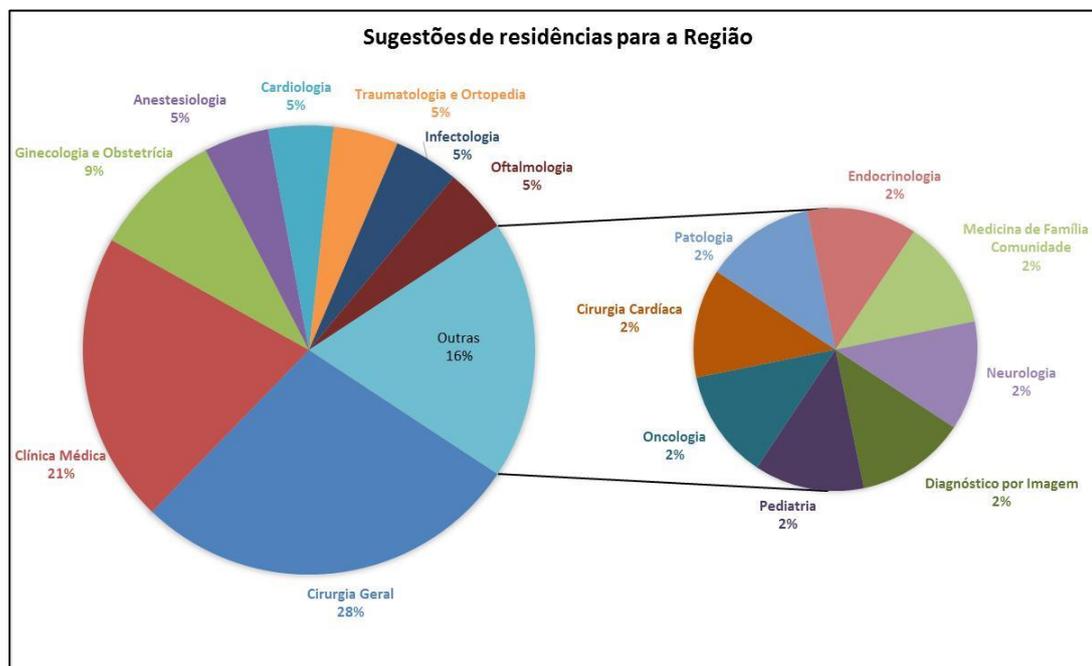


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A avaliação dos estudantes quanto aos Programas de Residência Médica guarda pouca relação com o não preenchimento de todas as vagas ofertadas, pois em conformidade com o cenário nacional, as áreas de Clínica Médica e Cirurgia são muito disputadas, a área de Ginecologia e Obstetrícia tem conseguido preencher suas vagas e, da mesma forma como no restante do Brasil, as áreas de Pediatria e Medicina de Família e Comunidade mantém vagas ociosas.

Como os Programas de Residência Médica do HSC são recentes e contemplam as cinco grandes áreas de formação, também perguntamos, aos estudantes, suas sugestões para a criação de novos programas. Dos dezesseis programas citados (Figura 46), os cinco ofertados tiveram a sugestão de ampliação de vagas (com maior ênfase em Cirurgia Geral e Clínica Médica, que são pré-requisitos para cursar outros programas de especialidades clínicas e cirúrgicas), e seis sugestões de novas residências estão no grupo de prioridades de formação para o SUS, conforme a já citada Portaria SGTES/MS Nº1248/13.

Figura 46 – Sugestões dos Estudantes de Programas de Residência Médica para Oferta na Região



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os dois programas mais citados foram de Cirurgia Geral (28%) e Clínica Médica (21%), seguidos de Ginecologia e Obstetrícia (9%), Anestesiologia (5%), Cardiologia (5%), Traumatologia e Ortopedia (5%), Infectologia (5%) e Oftalmologia (5%). Os demais programas, num total de 16%, obtiveram 2% de indicações, cada um: Endocrinologia, Medicina de Família e Comunidade, Neurologia, Diagnóstico por imagem, Pediatria, Oncologia, Cirurgia Cardíaca e Patologia.

Novamente cabe o destaque de que as Residências Médicas em Cirurgia Geral e Clínica permitem o acesso aos Programas de Residência de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas. As demais indicações (especialmente, Anestesiologia, Cardiologia, Traumatologia e Ortopedia) estão relacionadas com prioridades de formação indicadas pelo Ministério da Saúde (Portaria SGTES/MS N°1248/13), além de atenderem a mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira: aumento na longevidade populacional e expressivo número de vítimas de acidentes de trânsito.

O processo de transição demográfica vivenciado desde o século XX no Brasil aconteceu graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização. Diante destes acontecimentos a população passou a ter acesso a vacinas, antibióticos, serviços de saúde, saneamento básico e exames complementares que contribuíram para a adoção de medidas de prevenção e cura de muitas doenças até então fatais, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida e um crescente aumento da longevidade da população. (MASCARENHAS; SILVA NETO; SAMPAIO; REIS; OLIVEIRA; TORRES, 2008, p. 43).

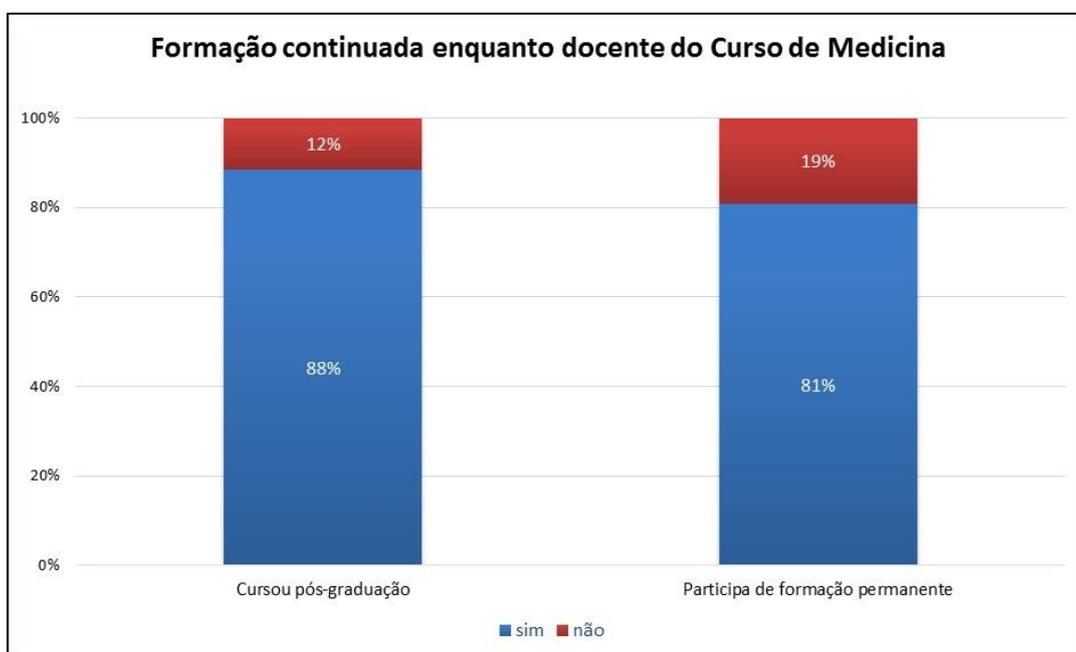
A crescente e rápida urbanização e o concomitante aumento na utilização de veículos motorizados no Brasil tem contribuído para um intenso aumento de acidentes de trânsito. Essa urbanização se dá, em muitos casos, de forma desordenada, sem o apropriado acompanhamento de uma engenharia de tráfego.

É geral a percepção que, em todo o mundo, o contínuo e crescente aumento da frota de veículos motorizados tem trazido como consequência o aumento do número de traumas provenientes dos acidentes de trânsito e que estes passaram a se constituir, na atualidade, em um sério problema socioeconômico e de saúde pública. (ROCHA, 2010, p. 04).

O **segundo grupo de sujeitos da pesquisa**, com os quais aplicamos questionários, é o dos **professores**. Nesse grupo, participaram 27 docentes de um universo de 103, o equivalente a 26,21%. O primeiro ponto que destacamos, é a participação em formação continuada e/ou educação permanente pelos sujeitos, enquanto professores da UNISC (Figura 47).

Quanto à formação continuada, 88% dos docentes cursaram ou iniciaram um curso pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado), depois do seu ingresso na docência, enquanto 12% permaneceram com a titulação com a qual ingressaram no quadro de professores do Curso de Medicina.

Figura 47 – Formação Continuada e Permanente dos Docentes do Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em se tratando da educação permanente, 81% declararam participar de atividades nesse sentido; 19% mencionaram não participar de atividades de educação continuada. Todas das

atividades de formação pedagógica (cursos, palestras, oficinas etc.) e de atualização técnica (congressos, simpósios, seminários etc.) configuram essa formação.

Todas as iniciativas referentes às mudanças na educação médica devem convergir para o propósito da formação de novos profissionais, em busca de suas novas características [...]. Um grande entrave neste processo é a própria formação dos docentes médicos, tutores e preceptores, modelos para os seus alunos e residentes, pois eles estão marcados justamente pelos atributos que dão o caráter formativo aos alunos das faculdades de medicina e aos profissionais recém-egressos das residências. Portanto, uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam as necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional. (AMORETTI, 2005, p. 142).

Os dados apresentados acrescentam elementos às reflexões acerca da formação e atuação de recursos humanos na área da medicina, no contexto regional. Embora a abertura de uma nova escola médica não forme (diretamente) novos médicos para a região, sua existência qualifica a formação dos profissionais que dela começam a fazer parte, bem como atrai profissionais, que além da atenção em saúde, possuem perfil de atuação na docência e preceptoria médica. Isso, associado ao constante acompanhamento e oferta de formação continuada e educação permanente contribui significativamente para a consolidação do perfil médico que se quer formar.

Na figura 48, visualizamos o número de vagas em concursos públicos para a docência no Curso de Medicina da UNISC, ano a ano, durante a sua implantação. A concentração maior de vagas se deu entre os anos 2008 e 2009, justamente quando o curso entra na sua segunda metade e quando o currículo contempla turmas práticas com menor número de estudantes, conseqüentemente, necessitando de um maior número de professores. A existência do concurso público, como já enfatizamos, é um fator importante e determinante na atração de profissionais para a região, especialmente aqueles que já possuem uma formação *stricto sensu*.

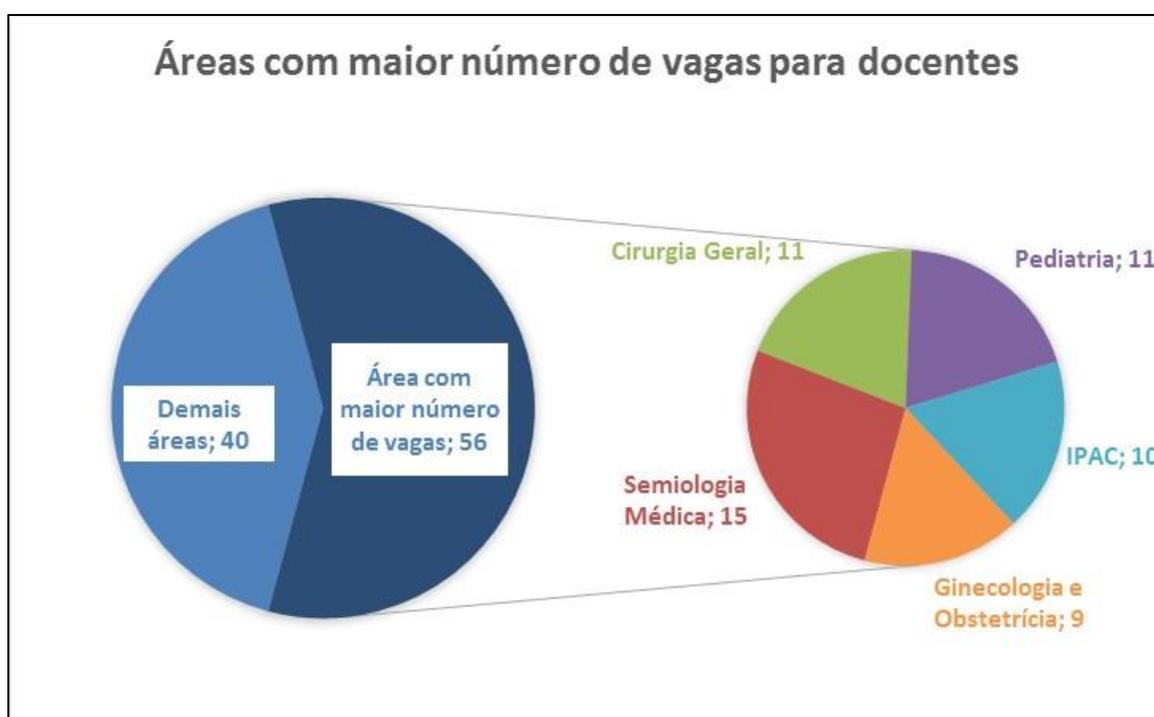
Figura 48 – Número de Vagas para Concursos de Docentes no Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Outro importante dado levantado pela pesquisa reside nas áreas em que foram abertas as vagas de docência. Em consonância com as DCNs, a universidade concentrou o maior número de vagas nas cinco grandes áreas de formação do médico generalista: clínica médica (concurso para semiologia = 15 vagas), cirurgia geral (concurso para cirurgia geral = 11 vagas), pediatria (concurso para pediatria = 11 vagas), ginecologia e obstetrícia (concurso para ginecologia e obstetrícia = 9 vagas), medicina de família e comunidade (concurso para introdução à prática ambulatorial e comunitária = 10 vagas). As demais áreas da formação médica somam 40 vagas de concursos (Figura 49).

Figura 49 – Áreas com Maior Número de Vagas nos Concursos

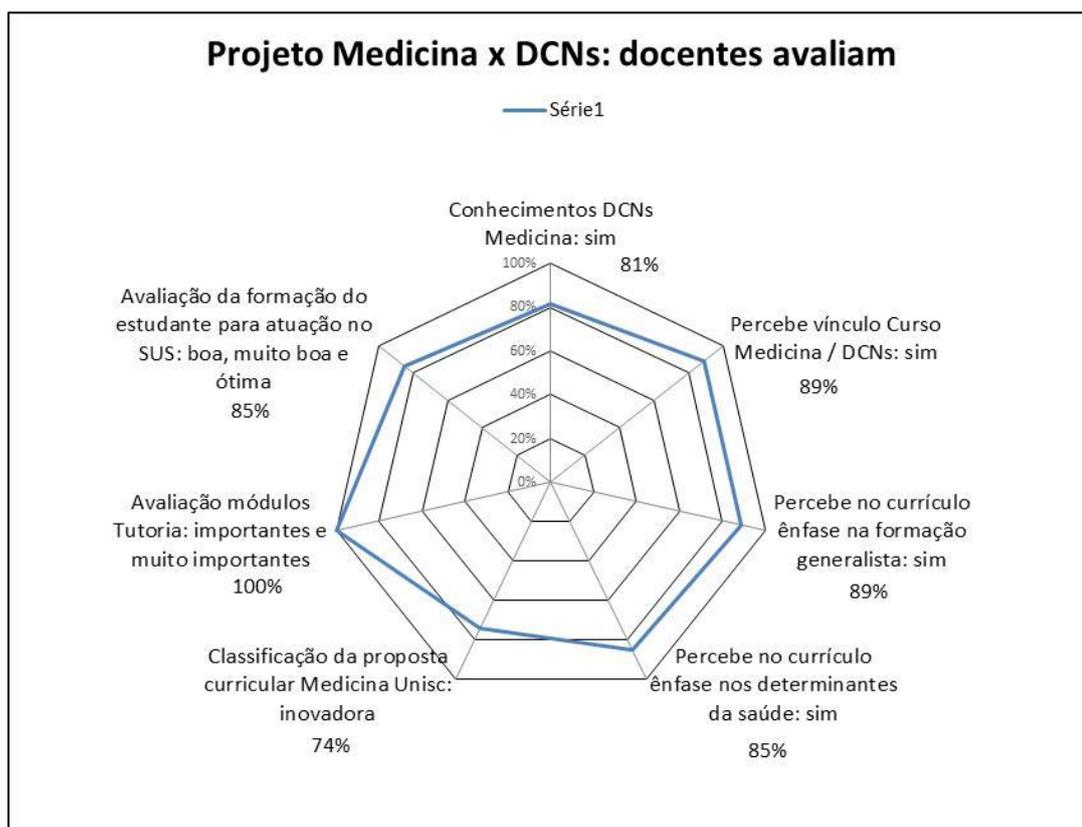


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Embora não tenhamos encontrado uma evidência da existência de um planejamento para a abertura dos concursos públicos, os mesmos parecem ter sido regidos pelas necessidades advindas da implantação do projeto pedagógico do Curso de Medicina.

Outro aspecto analisado, de forma semelhante aos estudantes, foi a avaliação dos docentes sobre a relação entre o Projeto do Curso de Medicina da UNISC e as DCNs (Figura 50).

Figura 50 – Avaliação dos Docentes sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

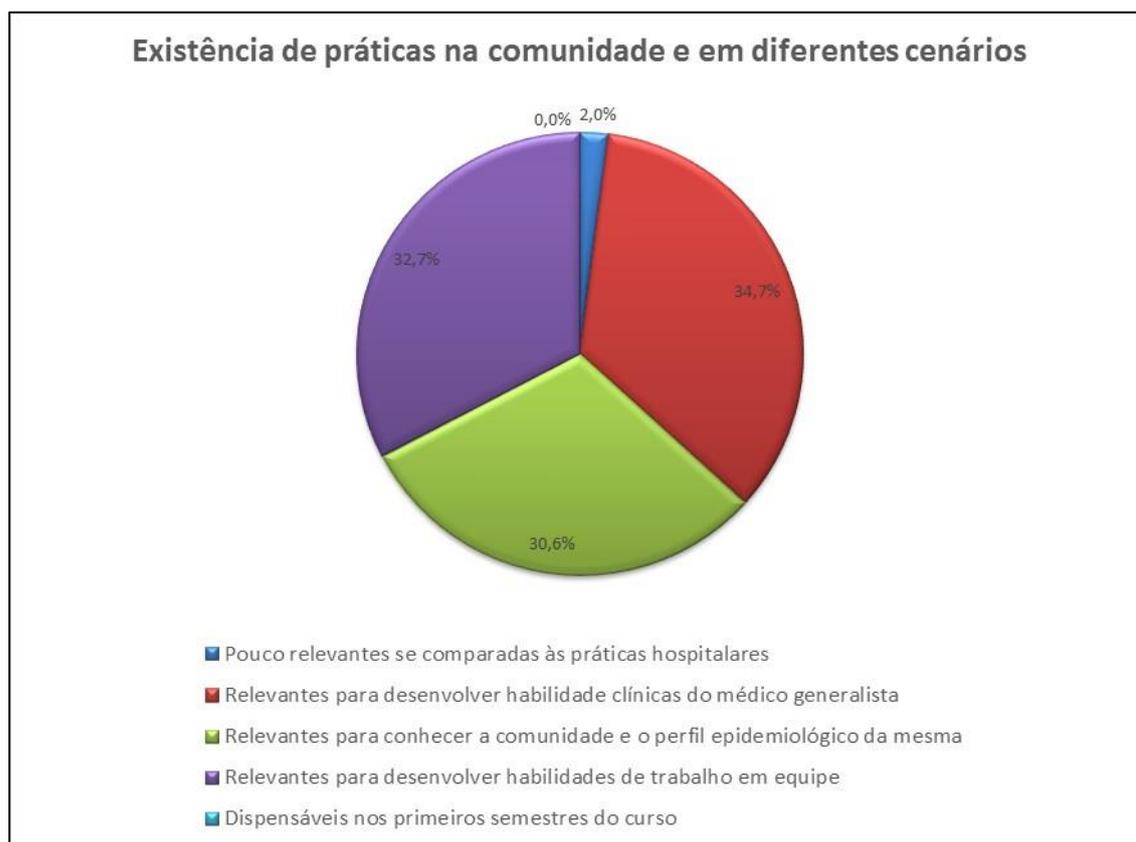
Nessa avaliação, 89% dos docentes percebem o vínculo entre o Projeto do Curso de Medicina da UNISC e as DCNs, bem como a ênfase curricular na formação do profissional generalista, embora somente 81% afirmem conhecer as DCNs. A proposta de formação é classificada como inovadora pela maioria (75% dos professores), sendo que 85% também percebem que o currículo é estruturado considerando uma especial ênfase nos determinantes da saúde e que a formação oferecida para a atuação no SUS é boa, muito boa ou ótima.

Podemos concluir que, para o professor, assim como para o estudante, o projeto e a implantação curricular seguem os parâmetros sugeridos pelas diretrizes curriculares nacionais, com uma adequada (boa, muito boa ou ótima) preparação para a atuação profissional no Sistema Único de Saúde.

Também a Coordenadora do Curso de Medicina avalia que a formação dos estudantes para a atuação no SUS tem sido muito boa: *“Eu consigo ver uma formação muito boa... Eu acho que sim... Os alunos também percebem, tanto que eles estão saindo aptos a trabalharem dentro da Rede SUS. Tu notas isso nos alunos, que eles tem essa visão também”*.

Em se tratando da existência de práticas comunitárias e em diferentes cenários, desde o princípio do curso (Figura 51) nenhum dos docentes apontou que as mesmas são desnecessárias no início do curso e apenas 2% referiu que são pouco relevantes para a formação, se comparadas às práticas hospitalares. Maciçamente, os professores responderam coerentemente com a afirmativa anterior, de que o curso está adequado às DCNs, visto que, 34,7% considerou que a existência das práticas comunitárias diversificadas em diferentes cenários é relevante para desenvolver as habilidades clínicas no médico generalista; 32,7% afirmou que são relevantes para desenvolver as habilidades de trabalho em equipe; e, 30,6% apontou que são importantes para que se conheça a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.

Figura 51 – Percepção dos Docentes sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários



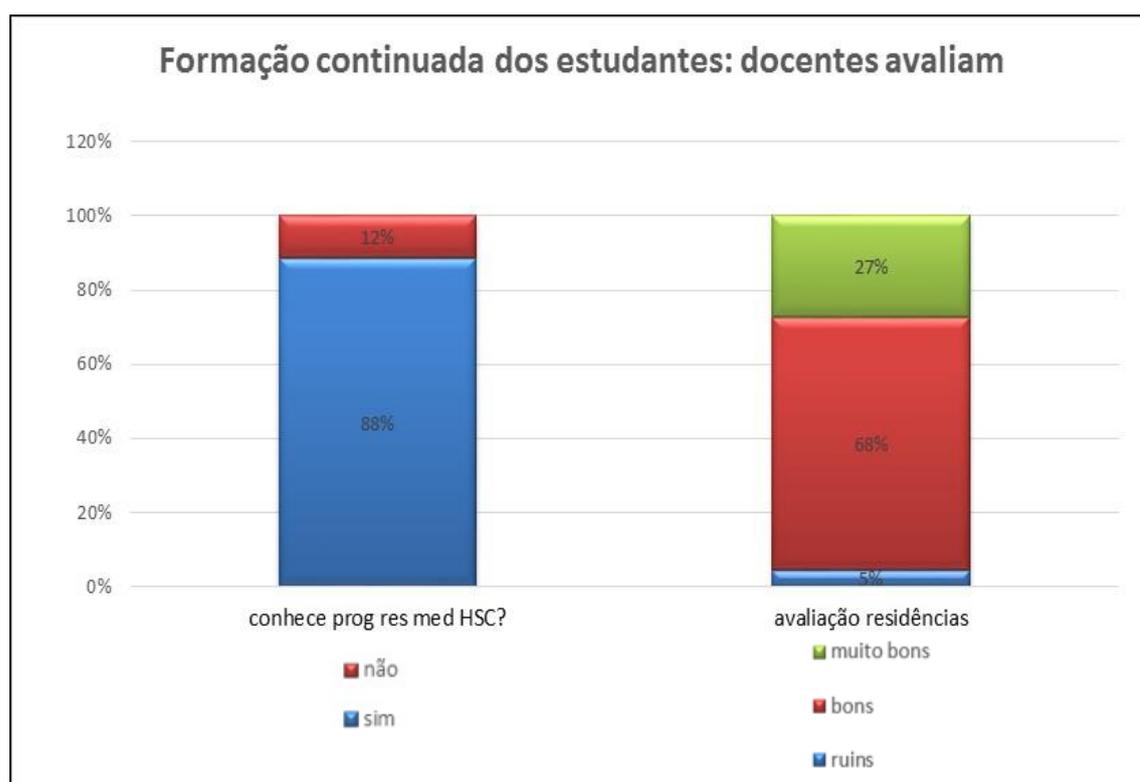
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O fato de que nenhum dos 27 professores participantes da pesquisa tenha apontado que as práticas comunitárias e em diferentes cenários são dispensáveis nos primeiros semestres do curso é algo que nos surpreendeu positivamente, uma vez que, no início da implantação do projeto muitos manifestavam abertamente a contrariedade quanto à inserção precoce dos estudantes, especialmente nas unidades básicas, considerando, ainda, que a carga horária

destinada para essas atividades era muito alta. Esse dado pode ser resultante do contínuo investimento na formação dos professores para atuação no projeto do curso, a partir dos condicionantes políticos, culturais e sociais das proposições contidas no mesmo.

Na figura 52 estão representadas as considerações dos professores sobre a formação continuada oferecida aos estudantes, por meio dos Programas de Residência Médica. Dos participantes da pesquisa, 88% conhecem os Programas de Residência Médica ofertados pelo HSC e, desses, 68% avaliam os programas como sendo bons, 27% como sendo muito bons e 05% como sendo ruins; percentuais muito semelhantes aos verificados com os estudantes. Cabe destacar que fizeram parte da pesquisa professores médicos e professores não médicos, o que talvez possa ter alguma relação com o fato de 12% não conhecerem as Residências Médicas ofertadas pelo HSC.

Figura 52 – Avaliação dos Docentes sobre a Formação Continuada nos Programas de Residência Médica do HSC



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

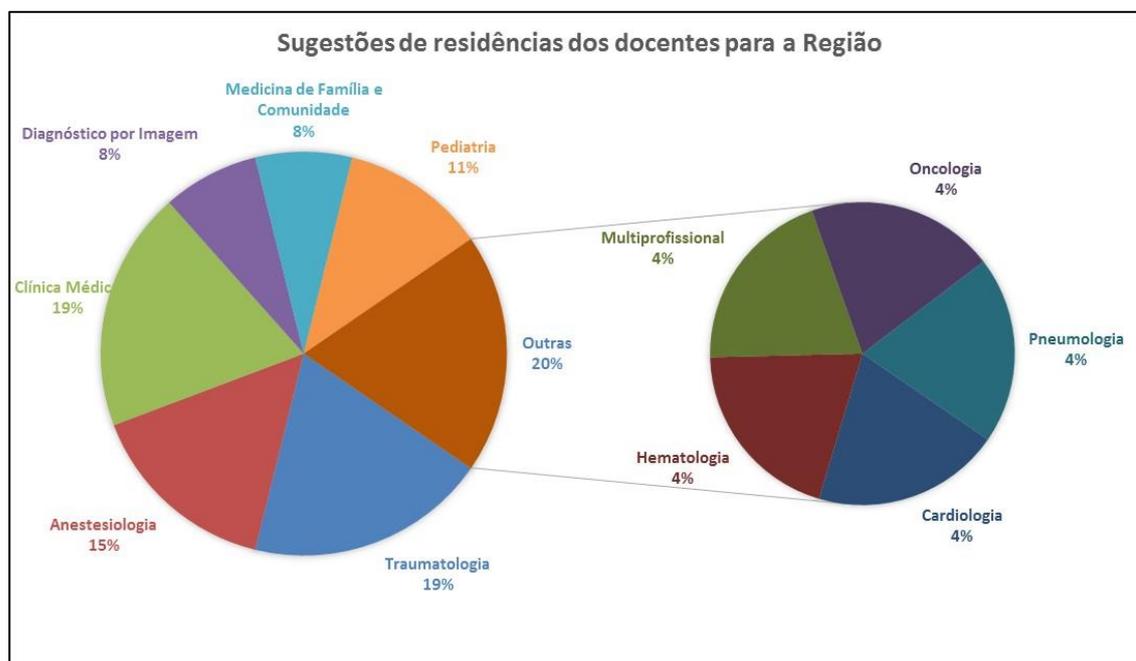
Na figura 53 os docentes apresentam suas sugestões para a oferta de Programas de Residência na região. Há uma coincidência com as sugestões feitas pelos estudantes em todos os programas citados pelos professores, com exceção das áreas de Pneumologia, Hematologia e Residência Multiprofissional, que só foram indicadas pelos últimos. Há uma predominância na

citação da área de Traumatologia e Clínica Médica, cada uma citada por 15% dos docentes, sendo que a Residência em Clínica Médica já existe e a referência é quanto à oferta de mais vagas.

Nesse sentido, de oferta de mais vagas, também são indicadas as áreas de Pediatria, com 11% e a área de Medicina de Família e Comunidade com 8% das sugestões. O que nos chama a atenção é que essas duas áreas estão no quadro das prioridades de formação do Ministério da Saúde, mas, no histórico de oferta pelo Hospital Santa Cruz, tem apresentado dificuldades para o preenchimento das vagas existentes e, isso, se repete no cenário nacional. Talvez, como já apontamos, em função da não priorização dessas especialidades nos quadros de carreiras funcionais dos órgãos públicos e histórica desvalorização do profissional generalista.

São apontadas também, pelos professores, as áreas de Traumatologia (19%), de Anestesiologia (15%), de Diagnóstico por Imagem (8%), Cardiologia (4%), Oncologia (4%), Pneumologia (4%), Hematologia (4%). A área de Residência Multiprofissional, que aparece na pesquisa com 4%, foi aberta pelo Hospital Santa Cruz no ano de 2014.

Figura 53 – Sugestões dos Docentes quanto a Programas de Residência Médica



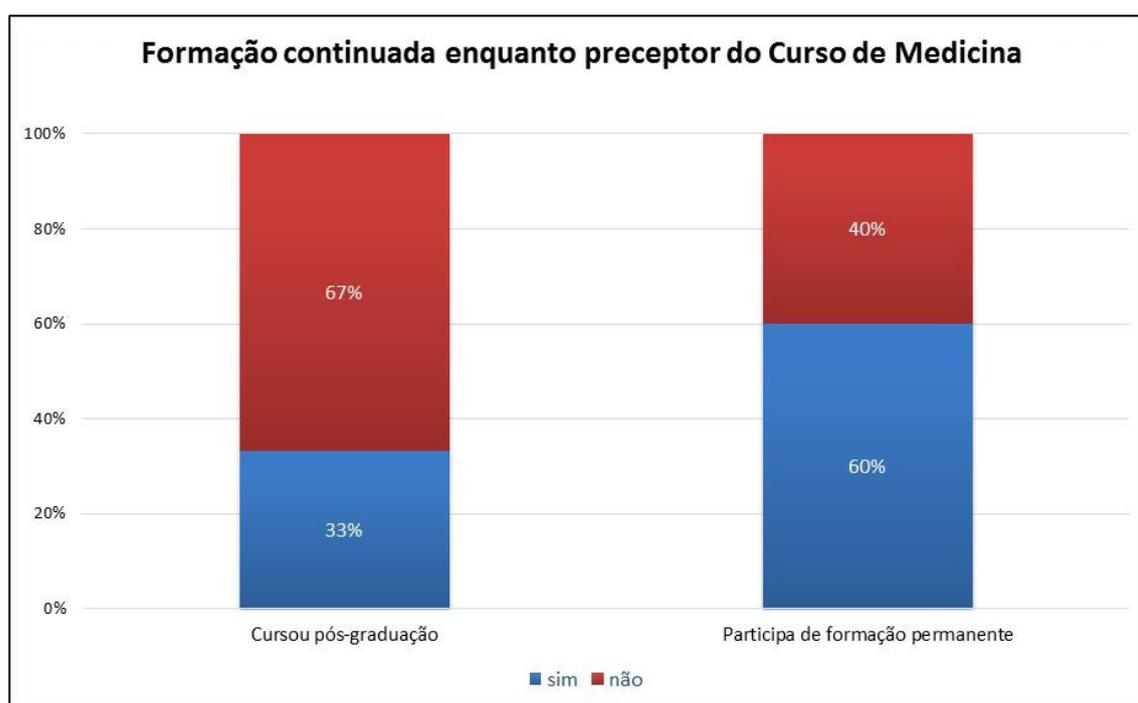
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O **terceiro grupo de sujeitos** da pesquisa é o de **preceptores**. Os preceptores atuam na supervisão e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelos estudantes do Curso de Medicina. Para a amostragem dessa investigação foram considerados os profissionais com apenas um vínculo de trabalho: a preceptoria. Portanto, docentes que também são preceptores

foram descartados. Do universo de 35 preceptores, foram selecionados 06 para a aplicação dos questionários, o que corresponde a um percentual de 17,14%.

Ao analisarmos os dados referentes aos preceptores, notamos um distanciamento do projeto do Curso de Medicina, seus pressupostos e suas diretrizes. Começando pela caracterização da formação continuada e educação permanente, percebemos um índice bem menor, se comparados aos docentes, de preceptores que acessaram a cursos de pós-graduação (formação continuada), 33%, enquanto 67% não acessaram a essa formação, depois de terem assumido as funções de preceptoria (Figura 54). Também no que se refere à educação permanente, o índice de preceptores que respondeu positivamente quando interrogado sobre a participação em atividades com esse intuito é bem menor do que o grupo de docentes: 60%. Apontam não participarem de ações de educação permanente, 40% dos preceptores (Figura 54).

Figura 54 – Formação Continuada e Educação Permanente



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

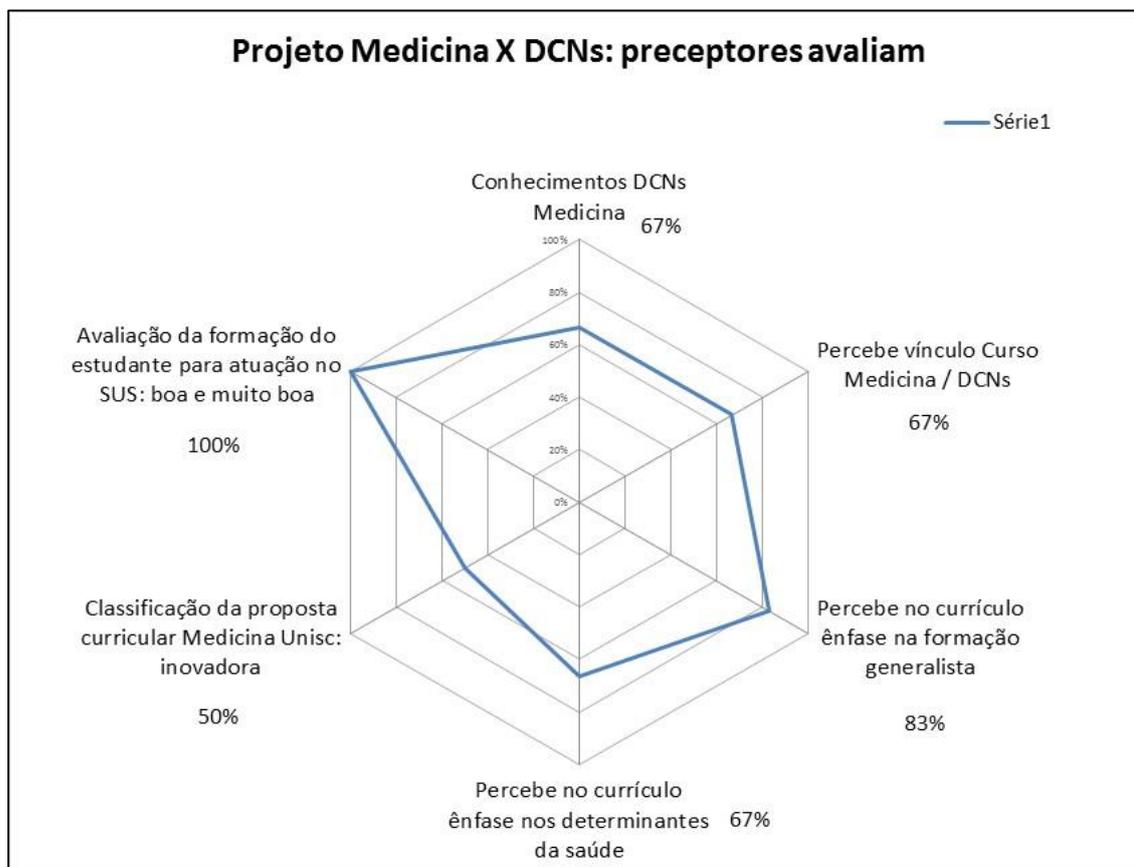
Cabe o questionamento da compreensão que esses sujeitos têm do que é a educação permanente, pois, certamente, participam de atualizações técnicas em suas áreas de atuação. O que aparece como uma grande lacuna é a oferta sistematizada de atividades de educação permanente para os preceptores, que deveriam contemplar o âmbito técnico-profissional e o âmbito pedagógico de suas funções. Diferentemente dos docentes, o vínculo trabalhista da preceptoria não prevê a obrigatoriedade da educação permanente. Muitos preceptores, que atuam

com os estudantes na fase do internato (últimos dois anos da formação), são contratados pelo Hospital Santa Cruz, uma vez que também atendem aos Programas de Residência Médica, a ele vinculados. Embora haja um repasse de valores monetários para atuação desses profissionais junto ao Curso de Medicina, o vínculo trabalhista segue sendo do HSC, evidenciando uma contradição em termos de perfil dos profissionais e cobranças quanto à sua atuação na formação dos futuros profissionais.

Fazendo um cruzamento com a entrevista realizada com o Diretor Geral do HSC, percebemos essas contradições e dificuldades de cobranças na atuação do preceptor: *“alguns preceptores tem vínculo com a universidade, mas nem todos, então aí já há uma diferença. Existem profissionais que são médicos, professores da universidade, preceptores aqui no hospital, outros são tutores, outros são supervisores e varia bastante o relacionamento que eles têm com o curso e com as nossas instituições [...] Agora mesmo, vivenciamos, em determinada área, uma situação onde tem um concurso aberto do Curso de Medicina, apareceu no jornal há poucos dias, e alguns médicos me procuraram dizendo ‘olha aqui porque tem que se fazer concurso? Essas pessoas aqui não são preceptores? Por que elas não são automaticamente professores?’. Ou, por outro lado, por que não é uma exigência da instituição que exista uma vinculação acadêmica com a universidade para ser preceptor? Então, existe uma reação dentro de um processo que, à distância, parece normal, mas não é. Existem tensionamentos dentro dos próprios grupos, dentro dos próprios serviços, em relação a eventuais diferenças”*.

O distanciamento da preceptoria da compreensão e vinculação com o projeto de formação médica da instituição fica mais nitidamente visível na análise das percepções desse grupo quanto ao vínculo DCNs e graduação em medicina pela UNISC (Figura 55). Dos preceptores participantes da pesquisa, 67% não conhecem as DCNs e, portanto, coerentemente, os mesmos 67% alegam não perceber a vinculação entre as diretrizes e o projeto de formação no qual atuam.

Figura 55 – Avaliação dos Preceptores sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

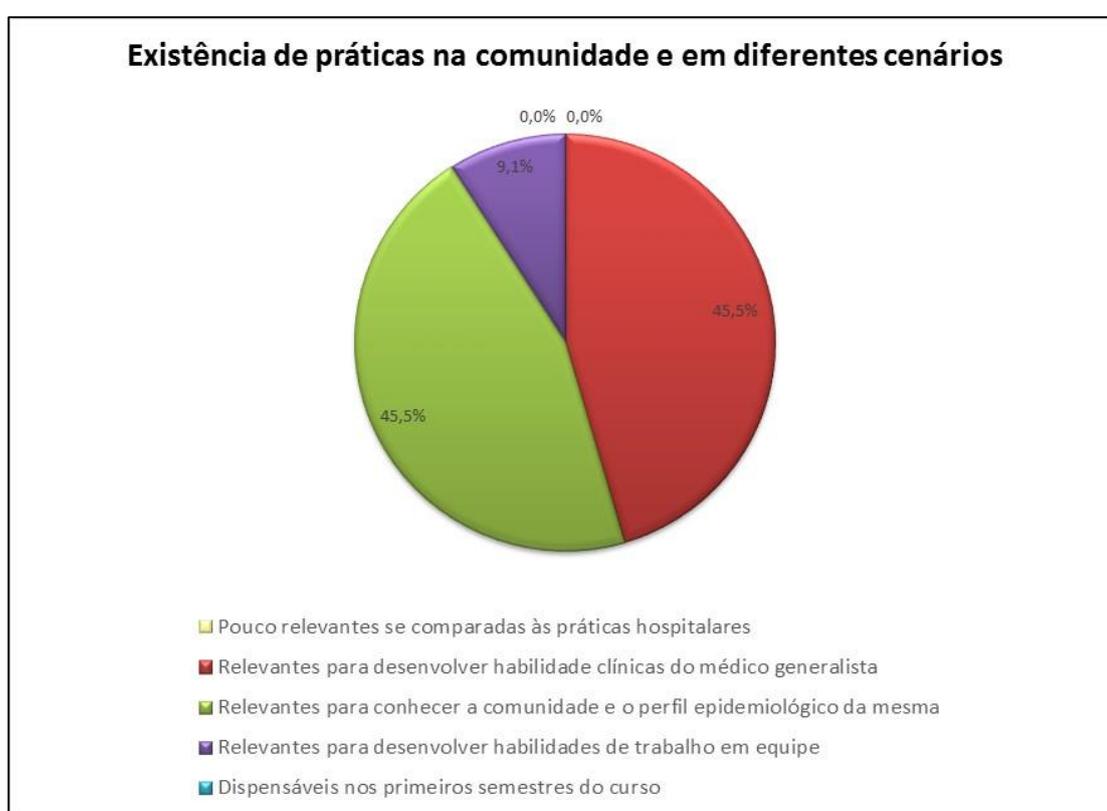
Mesmo referindo que não conhecem as diretrizes curriculares, 83% ainda consegue perceber a ênfase na formação do profissional generalista e 67% percebe que a estrutura curricular contempla os determinantes da saúde na sua estruturação. Essas percepções podem ser atribuídas ao fato de que, como preceptores, os profissionais têm acesso aos planos de formação das áreas do Internato Médico (estágios), onde há o destaque dos objetivos e dos conteúdos a serem trabalhados.

Talvez por não conhecerem as DCNs e as proposições contidas na integralidade do projeto do curso é que 50% dos preceptores refere que a proposta curricular da UNISC pode ser classificada como inovadora (um percentual expressivamente inferior ao dos alunos – 81% e ao dos professores, equivalente a 74%). Já na questão que envolve a percepção da preparação dos estudantes para a atuação no SUS, 100% indicou que a mesma é boa ou muito boa, índice superior ao apresentado pelos dois grupos anteriormente citados.

Uma possível explicação para essa percepção de 100% dos preceptores reside no fato de que o contrato dos mesmos abrange o acompanhamento das práticas dos estudantes nos diferentes cenários do SUS, com a supervisão direta dos mesmos. E, nessa mesma linha de raciocínio, a

figura 56 mostra que nenhum preceptor considera a existência das práticas na comunidade e em diferentes cenários como dispensáveis nos primeiros semestres, bem como nenhum deles acredita que as mesmas sejam menos relevantes à formação, se comparadas às práticas hospitalares. Essa constatação torna-se relevante se considerarmos que a maioria dos preceptores é oriunda de uma formação tradicional e que, a maioria tenha vivências tanto no SUS como em serviços privados de assistência médica, portanto, parâmetros de comparação.

Figura 56 – Percepção dos Preceptores sobre a Existência de Práticas Comunitárias e em Diferentes Cenários



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Para 45,5% dos preceptores as práticas comunitárias, distribuídas em diferentes cenários, contribuem para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista e o mesmo percentual de preceptores também descrevem essas práticas como relevantes para o conhecimento da comunidade e do perfil epidemiológico da mesma. Ainda, 9,1% diz que as habilidades de trabalho em equipe são construídas nesse contexto de atuação prática.

Embora tenhamos encontrado preceptores que atuam na atenção básica, a grande maioria tem a sua atuação predominante no contexto hospitalar e, talvez pelo contexto de formação hospitalocêntrica e especializada, que tenha vivenciado particularmente, consiga perceber as possibilidades de uma formação mais generalista e focada no perfil epidemiológico, quando o

estudante está inserido nas práticas comunitárias. Para o perfil estabelecido pelo curso em análise (que traduz as demandas de formação do Governo Federal) essa percepção é um aspecto importante na direção dos objetivos de formação a que se dispõe.

Os preceptores contratados para atuação na graduação também atuam nos Programas de Residência Médica do HSC; esse é o caso de 100% dos participantes da pesquisa. Então, todos disseram conhecer tais programas e os avaliaram como bons, em suas estruturas e funcionamento.

Quanto às sugestões de novos programas, os preceptores indicaram quatro grandes áreas: Anestesiologia (40%), Emergência (20%), Psiquiatria (20%) e Dermatologia (20%). Com exceção da área de Dermatologia, as outras três fazem parte das prioridades do Ministério da Saúde. Pelo fato de atuarem diretamente com as Residências Médicas, a avaliação dos preceptores e a indicação de programas para a região são muito importantes; esse grupo de sujeitos possui uma visão cotidiana das áreas de formação/atuação dos residentes e das possibilidades de desenvolvimento de novos serviços, apoiados na formação qualificada de pós-graduados (especialistas).

Talvez, a criação desses programas poderia atender à demanda existente, na região, por essas especialidades. Essa demanda é percebida como uma necessidade social de saúde, na medida em que as pessoas manifestam o descontentamento pela demora em conseguir agendar consultas, mesmo com o uso de um plano de saúde suplementar, para muitas dessas especialidades.

A questão da criação de novos programas e abertura de vagas em áreas prioritárias é uma meta do Governo Federal para que cada ingressante no Curso de Medicina, até 2017, possa ter uma vaga na residência. Serão vagas ampliadas e criadas gradativamente, sendo que a previsão é de que, nos próximos dois anos (2015 e 2016) sejam abertas quatro mil novas vagas.

Áreas prioritárias do País receberão atenção especial do governo federal com a ampliação do número de médicos e profissionais de saúde no Brasil. Uma série de medidas foi anunciada [...] com a finalidade de aumentar a quantidade de especialistas para zerar o déficit da residência em relação ao número de formandos em medicina. Serão criadas 12 mil vagas até 2017. As primeiras 4 mil vagas serão criadas até 2015. Com a iniciativa, todo médico formado no Brasil terá acesso a uma vaga na residência. (BRASIL, 2013).

Sendo um dos pilares do Programa Mais Médicos, já é notável o número de vagas autorizadas para novas escolas médicas e ampliação dos programas de pós-graduação na modalidade de “Residência”. De 2011 até agora quarenta e quatro novos cursos, somente na graduação, foram autorizados. O que têm nos preocupado é a qualidade dessa formação, pois não há formadores (docentes com experiência e titulação adequada) para dar conta de todos esses cursos. É muito difícil, na prática, encontrar profissionais dispostos a assumirem a carreira

acadêmica ou a preceptoria (orientação na formação de especialistas) nos programas lançados pelos hospitais, quando a remuneração disponível no mercado da atenção em saúde é bem mais atrativa. Como procuramos demonstrar nessa tese, a implantação de um projeto social de formação na área médica (graduação e pós-graduação) é algo de extrema complexidade e que envolve agentes competentes e comprometidos.

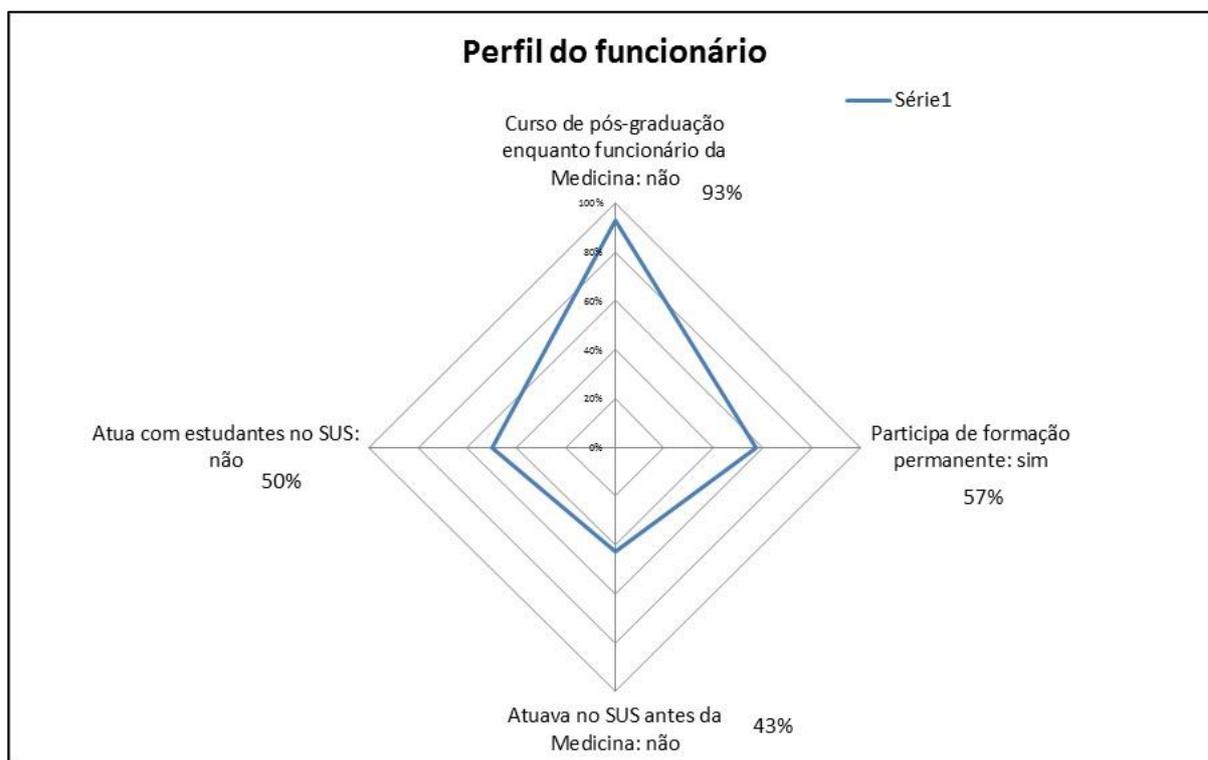
Outro grupo participante da pesquisa é o dos **funcionários do Curso de Medicina**. Além de contar com um número expressivo de docentes, o curso conta, ainda, com 31 funcionários que atuam nas áreas administrativa e assistencial. Desses, participaram 14, num percentual de 45,16% do total.

Ao perfil dos funcionários participantes dessa investigação atribuímos as seguintes características, conforme dados coletados com a aplicação de questionários: (a) 93% não cursou pós-graduação depois de contratado pelo curso; (b) um pouco mais da metade (57%) participa de atividades de educação permanente; (c) 43% atuava no SUS antes de ingressar no quadro funcional do curso; e, (d) 50% não está atuando no SUS, acompanhando os estudantes ou nunca atuou no SUS (Figura 57).

Como já explicitamos, nem todos os funcionários atuam na assistência, então, o percentual de 50% de funcionários que não fazem parte do SUS se refere àqueles que desempenham funções administrativas junto à Coordenação do Curso, Laboratórios e Secretarias Acadêmicas, localizadas no campus universitário e no Hospital Santa Cruz. Destacamos que 43% não atuava no SUS antes de fazerem parte do Curso de Medicina.

Embora 57% tenha declarado que participa de ações de educação permanente, as mesmas não são ofertadas de forma sistemática pelo curso. Quase que na sua totalidade, os funcionários participam de formações propostas pelo Setor de Recursos Humanos da UNISC. O dado de que nenhum funcionário acessou a programas de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) se justifica pelo fato de que não existe uma diretriz de apoio do curso para tal, diferentemente do que acontece com os docentes.

Figura 57 – Perfil do Funcionário do Curso de Medicina

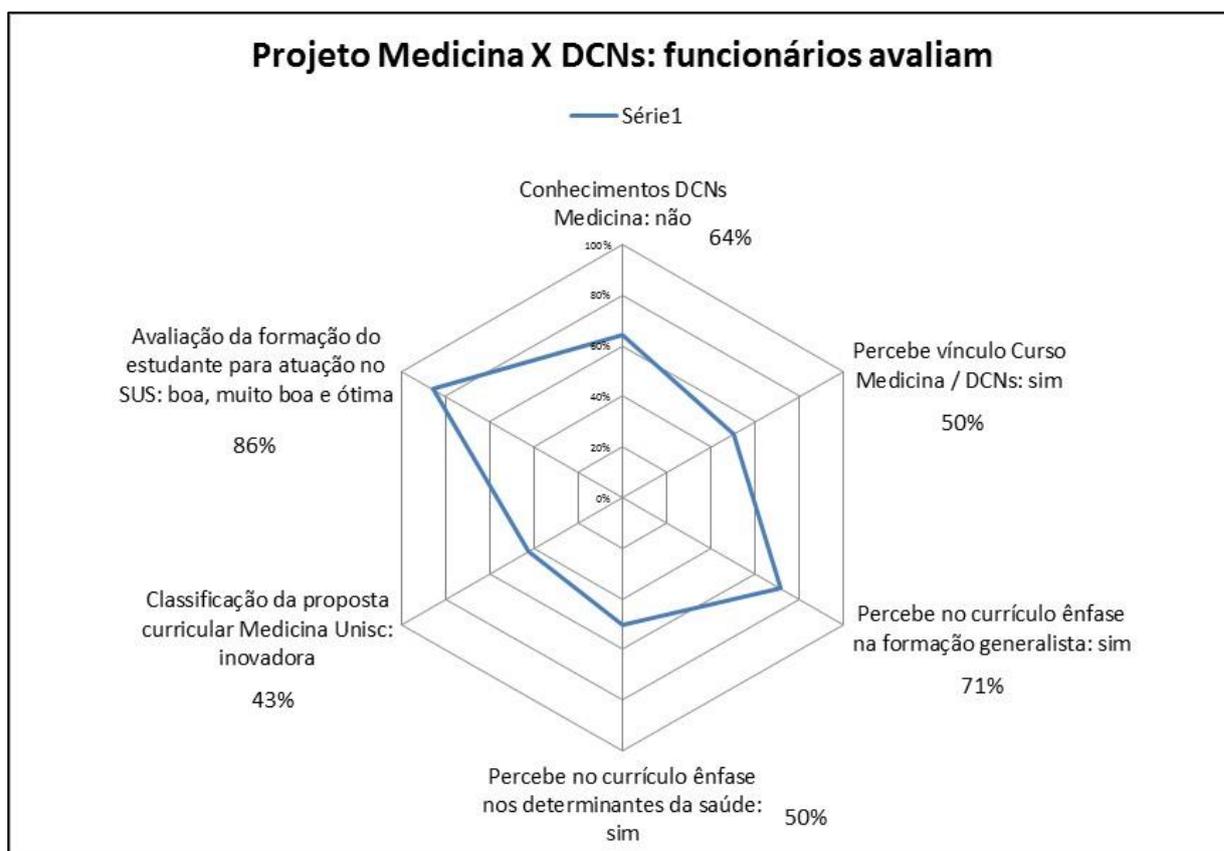


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na avaliação dos funcionários nas questões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e a pertinência do curso com relação às mesmas (Figura 58) percebemos que 64% desconhecem as DCNs e 50% percebem vínculo entre o projeto do curso e as diretrizes. Dos participantes da pesquisa (no grupo dos funcionários) metade percebe que a estrutura curricular está organizada a partir dos determinantes da saúde; 71% percebe a ênfase na formação de profissionais médicos generalistas; e, 86% acredita que os estudantes estão recebendo uma boa, muito boa ou ótima formação para a atuação no SUS.

Na classificação do curso, a maioria (43%) declarou que o mesmo possui uma estrutura inovadora; os demais (57%) não sabiam classificar ou classificaram a estrutura como tradicional (os dois grupos com um percentual inferior a 43%). Isso parece corroborar com a nossa hipótese de que esse grupo de agentes precisa estar mais bem integrado ao curso. Com a amplitude de atuação do mesmo, os cerca de trinta funcionários atuantes acabam voltados somente para as suas áreas de atuação, perdendo a noção do conjunto o que, de certa forma, é uma importante falha da/na gestão.

Figura 58 – Avaliação dos Funcionários Medicina sobre a Relação entre o Projeto do Curso e as Diretrizes Curriculares Nacionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Novamente nos vem a reflexão acerca da inexistência de um programa de formação continuada e educação permanente estruturado para a participação dos funcionários, no intuito de aproximá-los do projeto de formação do qual fazem parte. Assim, os que melhor percebem a relação com as DCNs são aqueles que estão em funções administrativas e que participam das reuniões organizadas pelo curso; os funcionários alocados nas funções assistenciais não conhecem as diretrizes, entretanto, por suas atuações, conseguem verificar a ênfase nos determinantes da saúde na formação dos futuros médicos. Esses profissionais tiveram ou tem acesso a atividades de formação a partir dos princípios do SUS e, portanto, parecem fazer uma vinculação entre esses princípios e a relevância dos determinantes de saúde durante as ações formativas do Curso de Medicina.

Os determinantes de saúde da população podem ser desmembrados nos seguintes princípios do Sistema Único de Saúde:

Integralidade da assistência – conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema [...]; **equidade** – igualdade na assistência em saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos da população; **resolutividade** –

assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade a todas as pessoas. Identificação e intervenção sobre as causas e fatores de risco as quais a população está exposta. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006, p. 195).

Tanto a formação do generalista, quanto a preparação para atuação no SUS são as características mais perceptíveis para ambos os grupos: da administração e da assistência.

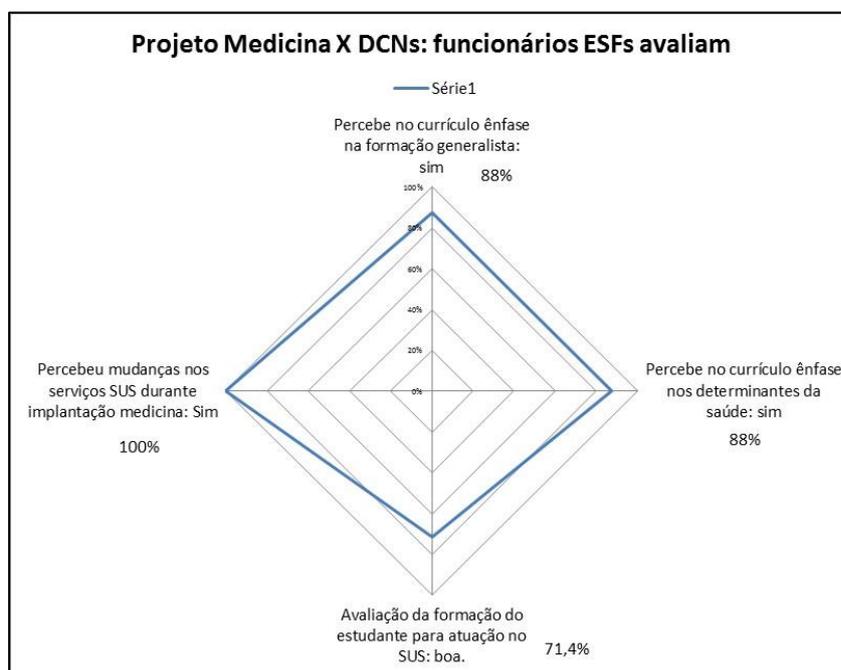
Um importante **grupo de sujeitos**, que mantém interação permanente com a formação/graduação em medicina, é o dos **funcionários das unidades da Estratégia de Saúde da Família** da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Do primeiro ao décimo segundo semestre da estrutura curricular, os estudantes frequentam as unidades e realizam, ali, atividades formativas, seja acompanhando os agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares, participando dos grupos de atenção à saúde com as equipes ou, ainda, em consultas com os médicos da ESF.

Dessa intensa interação, na prática cotidiana da assistência, resulta uma avaliação qualificada do projeto do Curso de Medicina e suas características. Então, mediante a aplicação de questionários, quatro funcionários de duas ESFs participaram dessa pesquisa, totalizando oito sujeitos. Na figura 59, temos a representação de suas percepções quanto à relação entre o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (PPC) e as DCNs. Embora muitos não conheçam as DCNs e também não tenham tido acesso ao PPC do curso, todos os sujeitos conhecem as diretrizes e princípios do SUS, o que torna possível a observação de tais características enquanto orientadoras da formação.

Quanto à formação generalista, 88% dos sujeitos percebe essa ênfase na trajetória formativa. Também o mesmo percentual (88%) diz perceber que o currículo está estruturado a partir dos determinantes de saúde. No que se refere à avaliação do estudante para a atuação no SUS, 71,4% a avaliam como boa.

Novamente estamos resgatando as percepções dos sujeitos, entretanto, para Stotz (1991, p.29) essa percepção, relacionada à atenção às demandas que julgam importantes, manifesta uma das possíveis concepções de necessidade social de saúde: sentida a partir do lugar que o sujeito ocupa no sistema, no caso, sistema assistencial de saúde. O conceito de necessidades de saúde assume um caráter operacional de atenção à mesma, remetendo “às mediações fundamentais da práxis humana”.

Figura 59 – Avaliação dos Funcionários ESFs sobre a Relação entre o Projeto do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Um importante indicativo para a análise reside no dado de que 100% dos funcionários das ESFs pesquisadas terem percebido mudanças nos serviços do SUS, durante a implantação do Curso de Medicina. Esclarecendo que essas mudanças foram citadas no sentido de melhorias verificadas nas estruturas físicas, fluxo de referência e contra referência (agilidade de encaminhamentos), número maior de atendimentos no próprio município no que se refere às especialidades e mais profissionais atendendo às demandas do SUS.

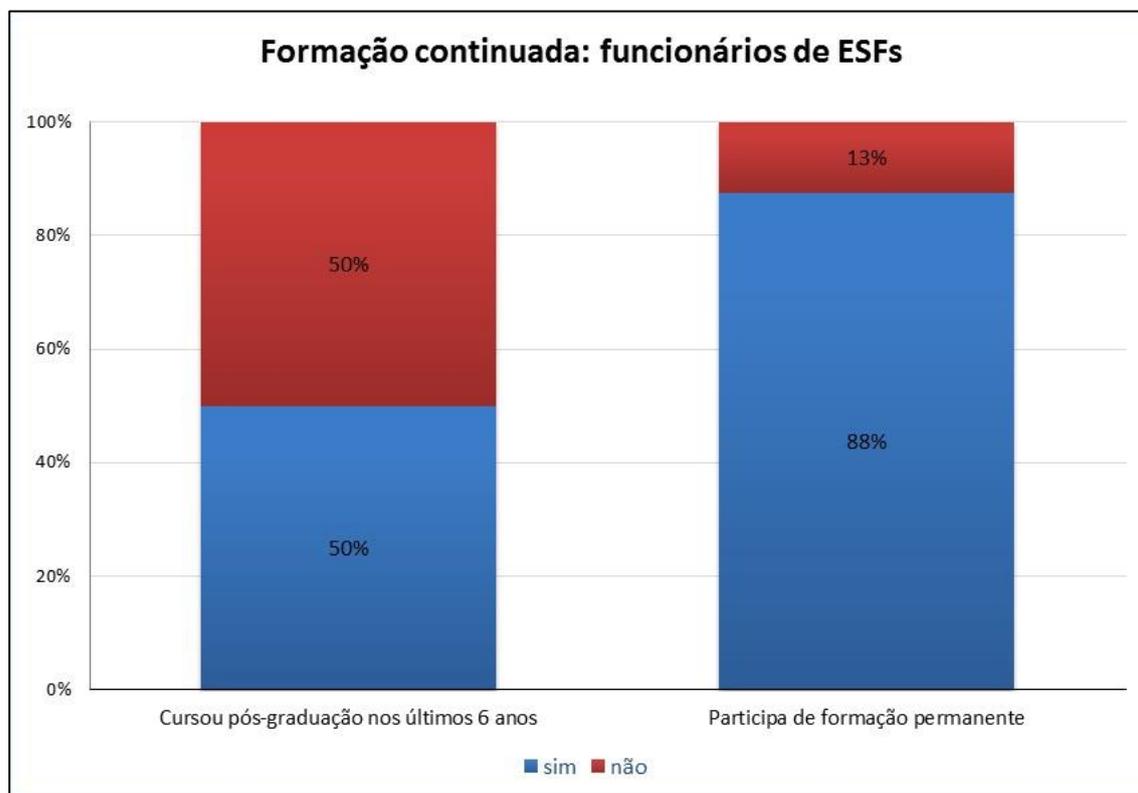
As percepções dos funcionários das ESFs, quanto às mudanças, reforçam um dos conceitos de Stotz (1991) para necessidades sociais de saúde que alia as mesmas ao atendimento às demandas percebidas. “O conceito de necessidades de saúde eleito pelos serviços de atenção à saúde tem sido o operacional, ou seja, aquele utilizado para eleger o objeto da atenção à saúde” (CAMPOS; BAIATEIRO, 2007, p. 606).

Quais as necessidades de saúde que estavam sendo apreendidas pelos funcionários das ESFs? Justamente a necessidade de adequações nas estruturas físicas, melhorias no fluxo de referência e contra referência e maior número de atendimento de especialistas, talvez essa última captada pelas múltiplas vozes dos usuários de suas unidades.

Por fim, também foram coletados dados referentes à formação continuada e educação permanente dos funcionários das ESFs (Figura 60). Dos participantes da pesquisa, metade cursou

um programa de pós-graduação nos últimos seis anos (durante a implantação do Curso de Medicina) e 88% referem participar de programas de educação permanente.

Figura 60 – Formação Continuada e Permanente dos Funcionários ESFs



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A educação permanente é uma das políticas do Sistema Único de Saúde aprovada, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão de Intergestores.

A Educação Permanente em Saúde é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva - multiprofissional e interdisciplinar – favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010, p. 532).

Atividades de educação em serviço são propostas às equipes das ESFs, pela Secretaria Municipal de Saúde, sistematicamente e, em algumas situações, em parceria com os cursos da área da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

O grupo dos usuários do SUS (em serviços onde estão presentes os estudantes do curso) também foi de fundamental importância para a avaliação da implantação do projeto de formação médica. Fizeram parte da investigação 60 usuários, o que corresponde a 5% de um mês de

atendimentos na Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA) do Curso de Medicina, no Serviço Integrado de Saúde (SIS), nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESFs) e no Centro Materno Infantil (CEMAI), com os quais foi aplicado o questionário.

Além dos questionários também realizamos entrevistas com os usuários, nos diferentes serviços: duas na Unidade de Atendimento Ambulatorial; duas no Centro Materno-Infantil; duas no do Sistema Integrado de Saúde (SIS-UNISC); duas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família; e, duas no Hospital Santa Cruz, totalizando 14 entrevistas. As entrevistas foram fundamentais para compreender e qualificar as respostas, especialmente no que se refere às mudanças percebidas, no contexto do SUS, com a implantação do Curso de Medicina.

Na figura 61 temos a distribuição dos usuários por faixa etária. Percebemos que as três faixas distintas, estabelecidas para a pesquisa, apresentam cerca de um terço dos usuários, com uma pequena predominância (40%) dos usuários com mais de 51 anos. A escolha dessas faixas se deu pela agilidade na busca de dados na base informatizada.

Figura 61 – Perfil do Usuário SUS Medicina por Faixa Etária



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Outro dado referente ao perfil do usuário está representado na figura 62 e mostra que a maioria estava em atendimento pela segunda, terceira vez ou mais, nos serviços disponibilizados (73%): 16% estavam no segundo atendimento e 57% no terceiro ou mais. 27% dos usuários SUS estavam no primeiro atendimento. Esse é um dado relevante em termos de planejamento e contratualização de serviços com a Prefeitura Municipal (o número de primeiras consultas e de reconsultas na estrutura do curso).

Figura 62 – Perfil do Usuário SUS Medicina por Número de Atendimentos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados extremamente significativos foram coletados com os questionários e entrevistas, quanto à percepção de mudanças nos serviços SUS, a partir da autorização e implantação do Curso de Medicina da UNISC, embora, nas respostas às entrevistas, os usuários tenham sido extremamente concisos, o que acabou por dificultar o aproveitamento de um maior número de depoimentos.

O usuário UCEMAI4 disse que *“tem mais profissionais para atender e pelo fato de ter estudantes estudando que prestam atenção, cuidam mais do paciente”*. No mesmo sentido estão as falas de outros dois usuários. *“Vejo que melhorou os atendimentos; agora vi que tem vários médicos para atender a gente, antes era muito corrido, mal olhavam para a criança”* (UCEMAI3). *“O médico encaminha e o atendimento é mais rápido com o especialista”* (UESF1).

Um aspecto importante nessa interação assistência/ensino/aprendizagem está na fala do usuário UCEMAI2: *“Fui muito bem atendida. Eu estava vendo que a moça estava aprendendo; uma ensinando a outra. Me senti importante, também”*.

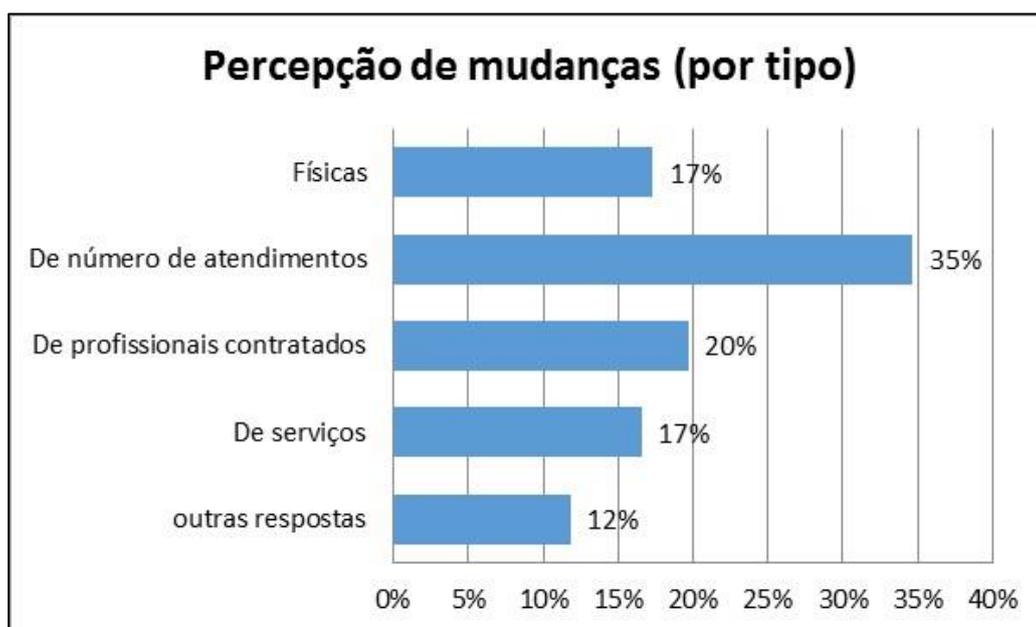
A manifestação individual de como a sua necessidade de saúde é atendida é uma forma importante de captar aquilo que está presente nas falas de determinado grupo populacional (STOTZ, 1991). Quando o Curso de Medicina iniciou suas atividades nos serviços de saúde do município de Santa Cruz do Sul, eram recorrentes as dúvidas sobre como seriam os atendimentos com os estudantes presentes. Essas dúvidas manifestavam-se nos receios das pessoas de se

sentirem “cobaias” e nos próprios profissionais da assistência, quanto às ações necessárias para que isso, de fato, não acontecesse.

É claro que todas essas dúvidas e contradições não se “dissolvem” integralmente, permanecem pensamentos e ações que afastam essas dúvidas e, por vezes, as confirmam. Mas, o fato de um usuário se perceber importante para a formação de um futuro profissional mostra que a interação escola/assistência tem seus momentos privilegiados de interação e valorização de sujeitos.

Além da qualidade no atendimento, manifestada pelos usuários nas entrevistas, a principal mudança percebida, de caráter quantitativo, abrange o aumento no número de atendimentos (Figura 63). Dos usuários, 35% percebem o aumento dos atendimentos na rede SUS, a partir do início das atividades da medicina. A segunda mudança percebida (também na esfera quantitativa) está no número de profissionais contratados à disposição da população; 20% percebem como principal mudança a existência de mais profissionais. Em terceira posição (17%) são percebidas as mudanças nas estruturas físicas (ampliadas e qualificadas) e nos tipos de serviços SUS (mais diversificados) que sofreram alterações com a implantação do curso. Dos usuários, 12% citaram outras mudanças, como rapidez nos encaminhamentos e maior acesso às consultas especializadas, dentre outras.

Figura 63 – Percepção de Mudanças nos Serviços SUS, pelos Usuários, com a Implantação do Curso de Medicina



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Cabe destacar que as mudanças percebidas se referem ao município de Santa Cruz do Sul, pois os serviços prestados, nos quais os usuários foram entrevistados, se encontram na área territorial desse município. Assim, há uma coincidência entre as percepções dos usuários e dos funcionários das ESFS, especialmente quanto a melhorias verificadas nas estruturas físicas, maior número de atendimentos e mais profissionais no SUS.

Os sujeitos “funcionários” e “usuários” expressando mudanças percebidas fazem referências às suas demandas sociais e, assim, “se constituem em *sujeitos coletivos* [...]. As demandas expressam determinadas *carências*, ou, de acordo com a terminologia da Saúde Pública, *necessidades*” (STOTZ, 1991, p. 14).

O último, mas não menos importante **grupo** de sujeitos da pesquisa é o dos **egressos** do curso. Talvez sejam eles que, com grande propriedade, podem nos dar a avaliação mais fidedigna do que significaram as opções curriculares e os desafios enfrentados pelo curso em suas trajetórias de formação.

Fizeram parte dessa pesquisa vinte e dois egressos do Curso de Medicina da UNISC, totalizando 14,95% da totalidade de cento e quarenta e sete formados até dezembro de 2014. O primeiro dado analisado está relacionado com o município de onde vieram os ex-alunos; esse dado é significativo porque, como já afirmamos anteriormente, uma das justificativas de oferta de Cursos de Medicina em municípios do interior está pautada na oferta de vagas para candidatos da região e que, depois de formados, assumiriam o desempenho das funções médicas nessa mesma região.

Pois bem, apenas 6% dos egressos já residiam em Santa Cruz do Sul ou na região de abrangência do Curso de Medicina. A maioria (94%) veio de outros municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Depois do processo de reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação, em 2009, os processos seletivos passaram a apresentar uma nova variável: em torno de 50% dos ingressantes é de fora do RS, o que nos leva a acreditar que o projeto de abertura de um Curso de Medicina, para além das suas regionalizações, possui uma forte repercussão nacional, pelo menos até o momento, em função do da relação número de vagas bem menor do que a demanda por ingresso.

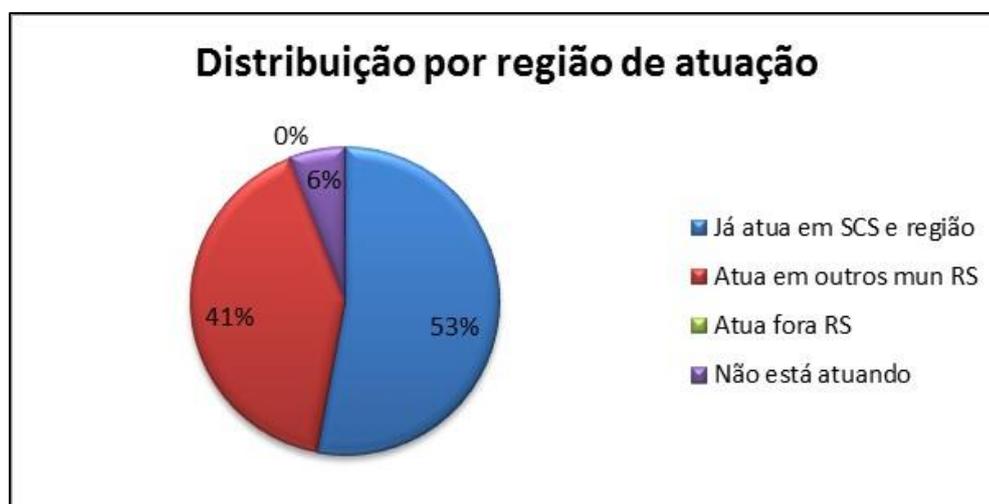
Entretanto, o fato de desenvolverem atividades práticas, durante sua formação, em Santa Cruz do Sul e municípios da região faz com que os egressos, pelo menos metade deles, acabem por atuar nesse contexto, logo depois de formados (Figura 64). Os vínculos estabelecidos na formação encaminham para o exercício profissional. Também a existência de Programas de Residência Médica no HS, no município de Santa Cruz do Sul, faz com que os egressos mantenham-se atuando aos serviços na região, especialmente aqueles que envolvam plantões.

Na figura 65 visualizamos que 53% dos egressos estão atuando em Santa Cruz e/ou região; 41% exercem suas atividades profissionais em outros municípios do Rio Grande do Sul; e, 6% não estão exercendo a profissão, enquanto estão cursando especialização.

Entre a realidade que se apresenta quando estão recém-formados e as aspirações de atuação profissional futura pode haver uma diferença significativa, por isso, também investigamos qual a preferência dos egressos, quanto à região para a atuação profissional futura (Figura 65). Com essa variável, o percentual de egressos que prioriza Santa Cruz do Sul e região cai para 47%; aqueles que não pretendem atuar na referida região perfazem um total de 53%.

Ainda que a formação a partir do projeto de uma nova escola médica enfrente seus percalços e contradições (docentes formadores com práticas tradicionais especializadas e hospitalocêntricas; disputas ideológicas e múltiplos interesses nas ações formativas e assistenciais, dentre outras), é importante essa conquista de novos protagonistas do SUS regional, capazes de reconhecer a heterogeneidade dos serviços e saúde e apostar em suas atuações nesse sistema complexo.

Figura 64 – Distribuição por Região de Atuação Profissional dos Egressos



Fonte: Dados de pesquisa, 2014.

Entre aqueles que já atuam e os que de fato pretendem continuar atuando regionalmente, há uma proximidade estatística, ficando em torno da metade do grupo, o que corrobora com as hipóteses levantadas anteriormente: a de que a prática formativa ajuda a estabelecer vínculos e a de que a existência de um Hospital de Ensino, com Programas de Residência Médica, fideliza os egressos com a região.

Figura 65 – Distribuição por Preferência de Região para Atuação Profissional dos Egressos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O próximo dado importante, coletado com os egressos, reside nos serviços em que estão atuando e o caráter dos mesmos: mantidos pelo Sistema Único de Saúde, mantidos pela iniciativa privada ou ambos.

Figura 66 – Tipos de Serviços de Atuação dos Egressos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme observamos na figura 66, a maioria dos egressos (91%) está atuando no SUS, exclusivamente, ou em combinações com o sistema privado. Apenas 9% atuam somente no

sistema privado. Então, de fato, estamos formando médicos para a atuação no SUS, pelo menos no início de suas carreiras.

Também no que se refere à carga horária de trabalho semanal, no Sistema Único de Saúde, percebemos que a maioria 76%, trabalha 40 horas ou mais; 41% atuam 40 horas e 35% mais de 40 horas semanais (Figura 67).

Figura 67 – Distribuição de Carga Horária Semanal de Atuação dos Egressos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Então, os egressos do Curso de Medicina, em sua maioria absoluta, ao concluírem a formação de graduação acabam assumindo uma carga horária de trabalho semanal no SUS igual ou superior a 40 horas, ou seja, dedica uma expressiva carga semanal à assistência.

Em relação ao SUS, tanto no cenário da formação quanto no da assistência há um espaço de constante tensão, onde são recorrentes as manifestações que a ele se opõem e aqueles que o idealizam. Com certeza, na atuação profissional os egressos precisam superar essas compreensões binárias, se quiserem atuar como protagonistas de mudanças.

Manifestam-se, nos extremos, os que a ele se opõem [SUS] e gostariam de vê-lo fracassar e outros que o idealizam, afirmando como dogma as suas virtudes, sem considerar os seus limites, o que muitas vezes impede de pensá-lo de forma crítica e transformá-lo positivamente. (AMORETTI, 2005, p. 145).

Outro aspecto relevante que tem sido destacado no cenário nacional é a inserção dos recém-formados em serviços de urgência e emergência, onde assuem os plantões. As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (BRASIL, 2014) reconhecem esse contexto e acentuam a necessidade de aprofundamento dessa formação durante a graduação.

No estudo realizado, verificamos que quase metade (41%) dos egressos está atuando em plantões da região e, desses, 23% está atuando em plantões no município de Santa Cruz do Sul (Figura 68). Uma pesquisa desenvolvida por Campos e Senger (2013), em Sorocaba/SP, com cinquenta egressos (formados em 2011) de um Curso de Medicina, verificou índices semelhantes, mais ainda maiores, dos que encontramos: cerca de 60% está atuando em plantões, independentemente de estarem cursando Programas de Residência Médica ou não.

Espera-se que todo médico, independentemente da especialidade escolhida e do local de trabalho, saiba atuar frente a uma situação de urgência. Diante disso e da inserção precoce do jovem médico em serviços de urgência [...], há a necessidade de se analisar como garantir sua adequada formação durante a graduação neste tópico tão relevante. O fato do trabalho não diferir se o médico está cursando ou não residência sugere que a atividade dos médicos residentes em plantões extracurriculares precisa ser mais bem avaliada. É de se supor que isso resulte em excesso de trabalho [...], podendo comprometer o aprendizado e o desempenho do recém-formado, nesse importante momento de sua formação médica. (CAMPOS; SENGER, 2013, p. 4-5).

No ano de 2012, o Conselho Federal de Medicina realizou uma série de debates durante, um simpósio, justamente abordando o ensino de Urgência e Emergência na formação dos médicos no Brasil. Esses debates destacaram a pequena carga horária reservada a essa área nos currículos (em média trezentas horas, em um total próximo de oito a dez mil horas). Outra limitação destacada é o pequeno número de residências médicas na área, o que faz com que clínicos generalistas, recém-formados e com pouco preparo assumam os postos de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

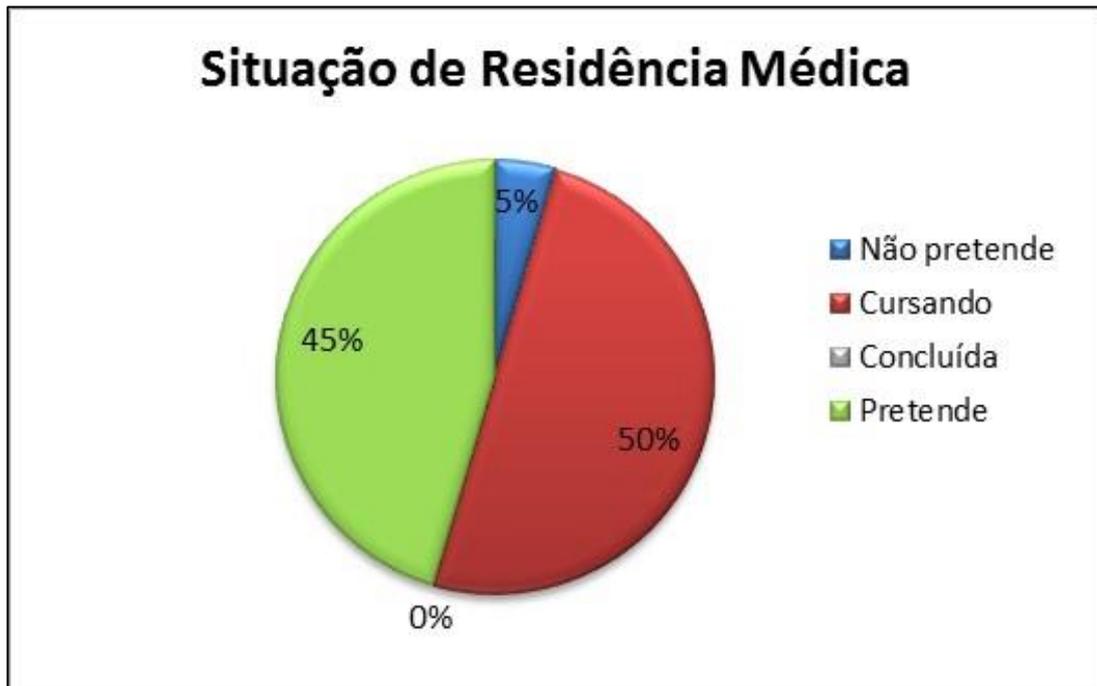
Figura 68 – Atuação dos Egressos em Plantões: Santa Cruz do Sul e Região



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os Programas de Residência Médica são o destino de 95% dos egressos, de acordo com os dados que coletamos (Figura 69). Dos participantes da pesquisa, 50% já estão cursando a residência; 45% ainda não estão cursando, mas querem cursar; e, apenas 5% revelaram não ter esse interesse, porém, já estão cursando especialização na área da Medicina do Trabalho.

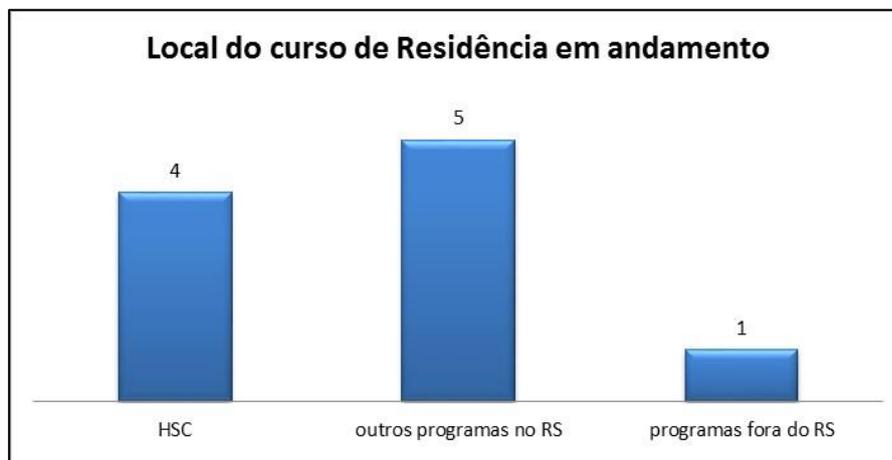
Figura 69 – Situação de Frequência a Programas de Residência Médica: Egressos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Como já argumentamos, a existência de Residências Médicas é um importante fator de ponderação no momento da decisão de um egresso de permanecer ou não na sua região de formação. Dessa forma, complementando os dados da figura 69, a metade dos egressos (que já está cursando programas de residência) indicou o local onde está desenvolvendo essa formação, conforme demonstrado na figura 70.

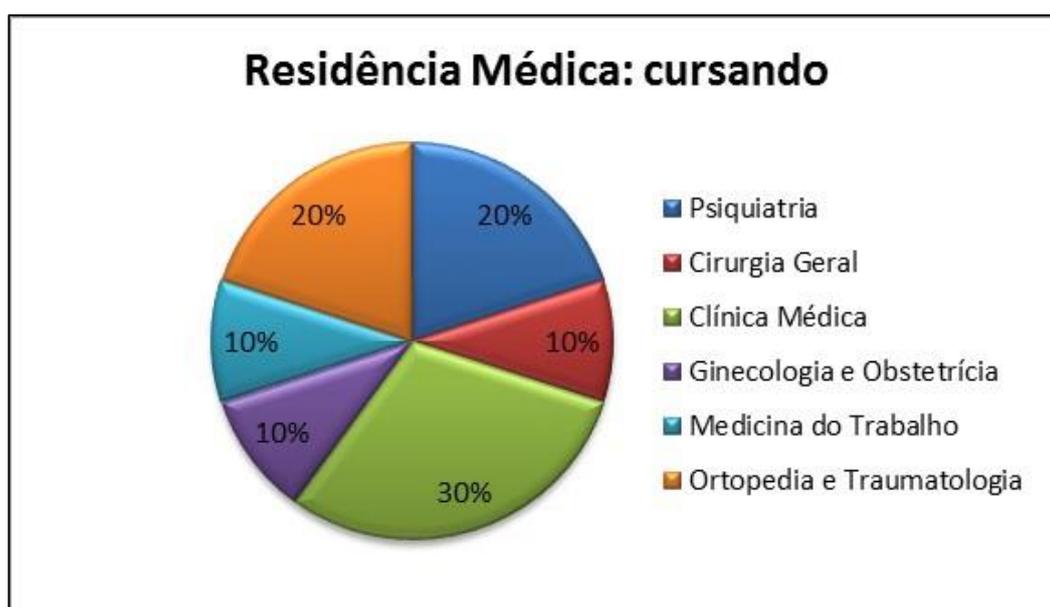
Figura 70 – Locais de Oferta dos Programas de Residência Médica em Curso



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Dos egressos do Curso de Medicina da UNISC, 40% estão cursando um dos Programas de Residência ofertados pelo Hospital Santa Cruz, 50% estão em outros programas no Rio Grande do Sul e 10% fora do RS. Quanto às áreas de Residência Médica em curso (Figura 71), 30% estão na área de Clínica Médica (que se constitui, também, em acesso para cursar, posteriormente, outras especialidades, assim como a cirurgia geral); 20% estão na área de Ortopedia e Traumatologia; 20% estão na área de Psiquiatria; 10% na área de Cirurgia Geral; e, 10% na área de Ginecologia e Obstetrícia. A área de Medicina do Trabalho, referida por 10%, não se configura como um Programa de Residência, mas como um Curso de Especialização *Lato Sensu*.

Figura 71 – Programas de Residência Médica em Curso: Egressos



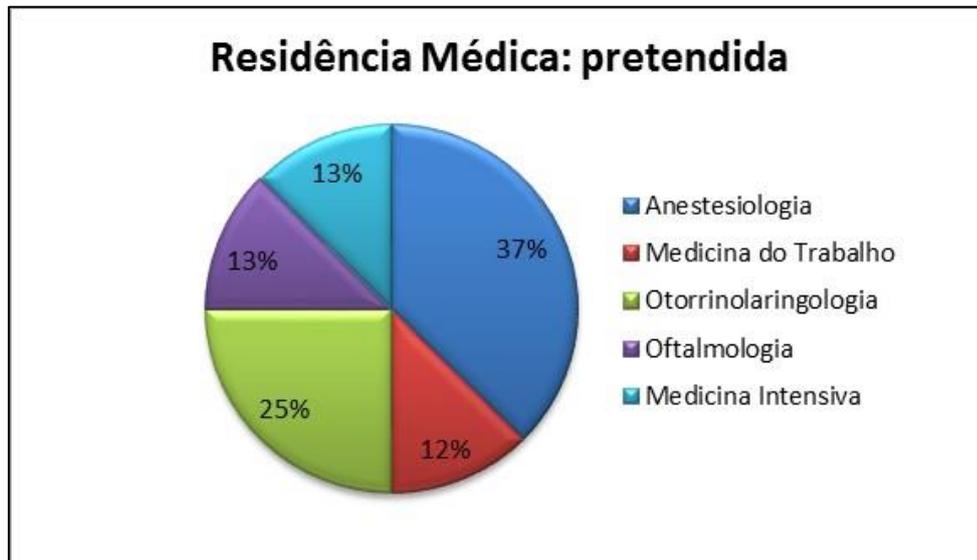
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Se cruzarmos esses dados, sobre os egressos que estão nos programas de residência médica do HSC, com os dados apresentados sobre a ocupação das vagas, com a nítida dificuldade em preencher àquelas destinadas à Medicina de Família e Comunidade, entremos novamente na discussão da principal contradição da formação médica percebida. As políticas de educação e saúde determinam e fomentam a formação do médico generalista, preparado para atuação no SUS, fundamentalmente na atenção básica; é assim que percebem as necessidades de saúde da população: mais médicos nas unidades básicas. Entretanto, a tradição, o prestígio, a remuneração e o exemplo dos professores (enquanto profissionais especialistas bem sucedidos) faz com que os egressos da graduação procurem fundamentalmente os programas de formação em especialidades médicas. “É preciso enfrentar a constatação de que, entre todas as especialidades, somente cerca de 2,8% dos médicos brasileiros incluídos no SUS são generalistas, contra cerca de 50% ou mais nos sistemas de saúde da Inglaterra e Canadá, por exemplo” (AMORETTI, 2005, p.145).

Isso não significa que a formação de especialistas possa ser dispensada. Pelo contrário, mesmo o Governo Federal vem priorizando algumas especialidades (conforme já elencamos), a partir, também, da percepção da demanda desses profissionais em muitos serviços de saúde, o que, para Stotz (1991) é uma forma de definir a necessidade social em saúde: captando demandas.

Levantamos, ainda, as preferências dos egressos (45% dos que não estão cursando, mas pretendem cursar) acerca das áreas de Residência Médica (Figura 72). Dos programas citados, além de uma especialização *Lato Sensu*, nenhum é ofertado pelo HSC ou UNISC: 37% indicaram a Anestesiologia; 25% indicaram a Otorrinolaringologia; 13% indicaram a Oftalmologia; 13% indicaram a Medicina Intensiva; e, 12% indicaram o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho. Destacamos que o Programa de Residência Médica em Anestesiologia foi indicado por todos os grupos questionados acerca das sugestões de novos programas para Santa Cruz do Sul e região.

Figura 72 – Preferência dos Egressos por Áreas de Residência Médica



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Por fim, pedimos que os egressos avaliassem a formação que receberam para a atuação na atenção básica, considerando que essa é uma das diretrizes de organização curricular das escolas médicas brasileiras e uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (juntamente com as Unidades de Urgência e Emergência). Nesse sentido, a totalidade dos sujeitos indicou uma formação adequada (Figura 73), com o predomínio do conceito “muito boa” (55%), seguido do conceito de “ótima” (27%) e “boa” (18%).

Figura 73 – Avaliação dos Egressos sobre a Formação Recebida para Atuação na



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Essa avaliação pode ser um fator importante para as reflexões no próprio curso de graduação, uma vez que a percepção do egresso é fundamentada no julgamento e na contraposição entre aquilo que construiu (durante sua formação) e os recursos de conhecimento de que dispõe, agora que está atuando.

O Sistema Único de Saúde no Brasil prevê a ordenação da formação dos profissionais dessa área, destacando a necessidade imperiosa de que o ensino em atenção primária faça parte das estruturas curriculares, com ações formativas nos cenários reais de prática profissional e acompanhamento dos serviços prestados à população.

É preciso que a educação médica se estabeleça definitivamente em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os pronto-atendimentos, as emergências [...]. Os alunos e os residentes precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS. (AMORETTI, 2005, p. 143).

O projeto social de formação do novo médico está condicionado às demandas ou necessidades de saúde percebidas e manifestadas pelos diferentes agentes do processo, numa dada delimitação territorial que, por sua vez, possui a sua história e os seus condicionantes econômicos, sociais e culturais. Há manifestações que levam à identificação da necessidade de mais médicos na atenção básica; há outras que referem à necessidade social de médicos qualificados nas emergências; há, ainda, a necessidade revelada pelo usuário de ter mais acesso a consultas de especialistas; também, há a necessidade de realização profissional e pessoal do sujeito em formação, dentre outras.

O tema das necessidades de saúde tem sido abordado sob diferentes bases teórico-conceituais [...]. Para viver precisa-se antes de tudo satisfazer necessidades, cuja satisfação encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho [...]. Nessa perspectiva as necessidades não são naturais nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho. (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p. 1.260).

Nesse capítulo, apresentamos os dados referentes à qualificação e avaliação do projeto de formação médica da UNISC, enquanto um projeto social. No próximo capítulo, procederemos à apresentação sintética das principais dimensões, fontes e indicadores utilizados no projeto em análise e que podem ser adotados em posteriores avaliações de projetos semelhantes. Um projeto social, que tem como justificativa as necessidades sociais de saúde, está à mercê das inúmeras contradições advindas da sua implantação: disputas ideológicas, disputas políticas, interesses diversos, compreensões diversas e necessidades diversas. Tais contradições, se devidamente compreendidas, se transformam em potencialidades que impulsionam mudanças criativas em prol da atenção à saúde da população.

6 SÍNTESE DE INDICADORES QUALI/QUANTITATIVOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS MÉDICOS, NA IMPLANTAÇÃO DE UMA ESCOLA MÉDICA

Qual é a motivação para alguém continuar [pesquisando]? A motivação é multiplicar essa paixão por aprender e esperar que um dia alguns [...] continuem multiplicando. (NICOLLELLIS. In.: VARELLA; NICOLLELLIS; DIMENSTEIN, 2008, p. 105).

No capítulo atual apresentamos uma síntese das dimensões, fontes e indicadores passíveis de serem utilizados na implantação de uma nova escola médica, com destaque para a avaliação da formação e oferta de serviços médicos em um contexto regional. Nesse sentido, nossa pretensão é de que a tese extrapole a condição de um relatório de pesquisa e possa se constituir em um arcabouço teórico-metodológico a ser aplicado, se assim desejado, a outras realidades, contribuindo para o aprofundamento das relações entre as áreas de educação e de saúde.

A primeira questão a ser considerada é a de que *um projeto de Curso de Medicina* pode e deve ser considerado *um projeto social*, pois traz implicações na e para a política de atenção à saúde da população, na e para a política de Ensino Superior, na e para as políticas/diretrizes de territorialização/regionalização na concretização das duas políticas anteriores. Portanto, envolve questões conceituais que estão subjacentes às possibilidades e rumos tomados pelos atores sociais em seus contextos de existência.

Assim, precisamos ter uma compreensão da dimensão histórica, dos pressupostos ideológicos, das possibilidades e limitações do contexto político, das contradições advindas da implantação de um projeto em situações reais, das intervenções dos atores sociais e das consequências dialéticas de “velhas verdades” articuladas ao chamado “progresso da ciência”, gerando um novo modo de ser e de fazer (particularizados nos contextos regionais, porém conectados em rede com o global).

Um projeto social nunca é um projeto simples de ser construído, acompanhado e avaliado. Ele jamais pode ser reduzido a números e índices estatísticos, pois ele é vida passada e futura, sendo realizada no presente. Com tais pressupostos teóricos, nos aproximamos das indicações metodológicas de Deslandes, Gomes e Minayo (2011) que sugerem a *avaliação por triangulação de métodos* ou *investigação avaliativa*, como nomeia Calil (2012).

A investigação avaliativa é própria para utilização em projetos sociais, pois interroga a necessidade social e o mérito desses projetos, ao mesmo tempo em que consegue recolher dados numéricos e aspectos intrínsecos às realizações humanas delimitadas historicamente e geograficamente no movimento perene que integra as partes e o todo.

A complexidade de um projeto social acaba por necessitar da combinação e triangulação de indicadores quantitativos e qualitativos, pois muitas questões, ainda que perceptíveis na observação desse projeto, não são de fácil mensuração. Embora não existam indicadores perfeitos, como bem nos lembra Calil (2012), é possível criar algumas aproximações capazes de captar o movimento do real e suas ancoragens histórico-conceituais, bem como territoriais; o processo de investigação é que gera a construção de indicadores.

A partir dessa opção teórico-metodológica, procedemos à criação de indicadores que pudessem avaliar as estruturas, os processos/ações desencadeados na implantação do projeto de uma nova escola médica, bem como os resultados desses processos/ações. Reconhecendo que o próprio Ministério da Educação possui instrumentos e indicadores para a avaliação dos Cursos de Medicina, assim como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), através da sua comissão de avaliação (CAEM) também conta com indicadores próprios para medir o desempenho das escolas médicas, não encontramos estudos que clarificassem indicadores de avaliação da necessidade social e do impacto regional de formação e oferta de serviços médicos, assunto amplamente debatido no contexto atual de política nacional de expansão dessas escolas.

Seguimos, então, com a explicitação da construção dos indicadores, que são elementos fundamentais da nossa tese: *a polissemia do conceito de necessidades sociais e as múltiplas possibilidades e contradições que se descortinam no território de implantação de um Curso de Medicina*.

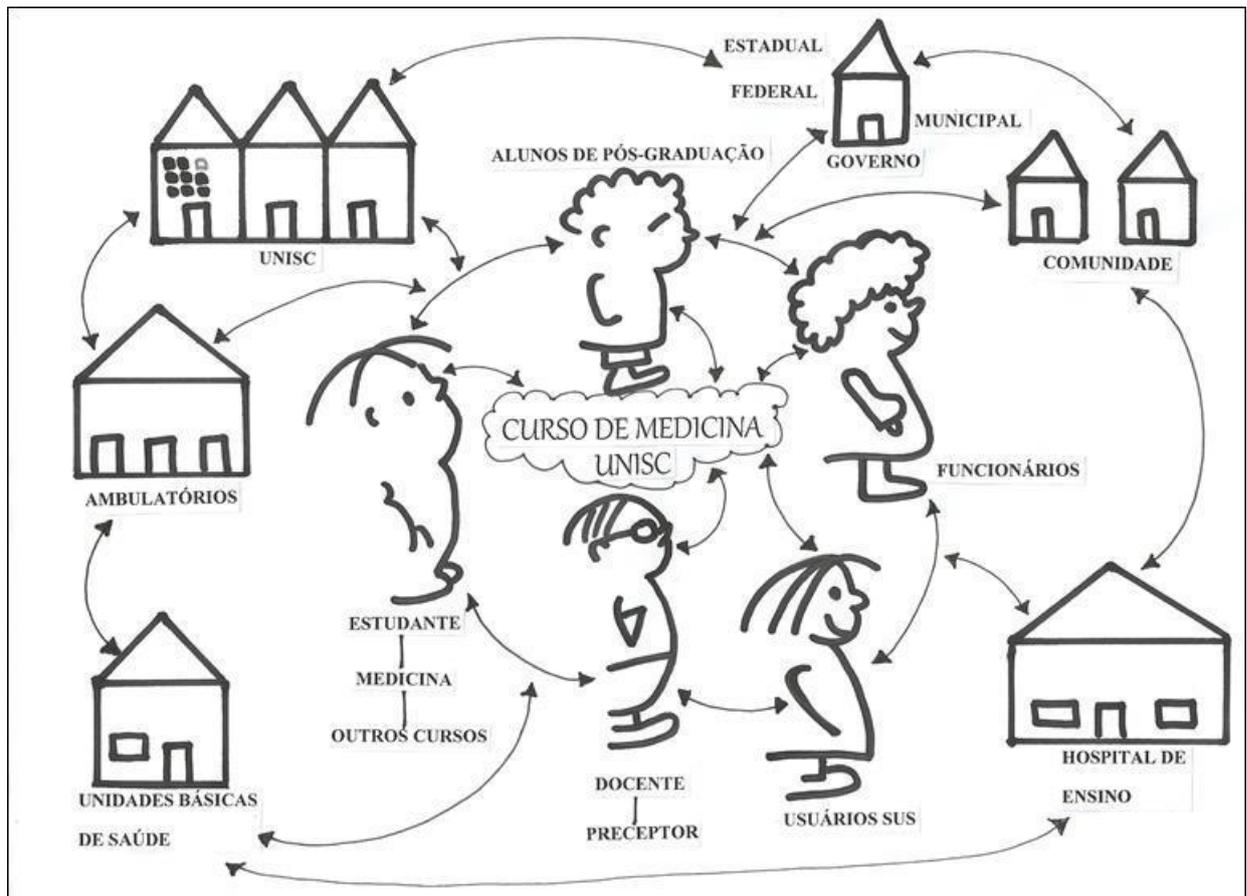
6.1 Estruturas e Dimensões

Iniciamos com a adoção das dimensões sugeridas por Minayo, Assis e Souza (2005): estruturas, processos e resultados. Na dimensão da *estrutura*, procuramos indicadores relacionados aos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis (antes e durante a implantação do projeto), bem como as formas de aquisição, organização, funcionamento dos mesmos. Na dimensão dos *processos*, nossos indicadores procuraram desvelar as atividades desencadeadas e assumidas pelos sujeitos, com a inclusão de componentes técnicos e componentes subjetivos, próprios das relações interpessoais. Por fim, a dimensão dos *resultados* teve a preocupação de criar indicadores capazes de qualificar os produtos e os efeitos que as estruturas e os processos tiveram na consecução dos objetivos iniciais do projeto.

Quando o projeto do Curso de Medicina da UNISC foi construído, já na sua configuração inicial, observamos o indicativo das estruturas e dos sujeitos estavam previstos na sua rede de formação. Inclusive encontramos isso representado em uma figura que foi amplamente difundida

nas inúmeras apresentações daquele período (Figura 74). Pressupomos que o objetivo desses materiais seria o de salientar a não linearidade das interações entre os agentes e seus órgãos representativos, com destaque para a complexidade das mesmas.

Figura 74 – Representação da Rede de Interação do Projeto de Formação Médica²⁶



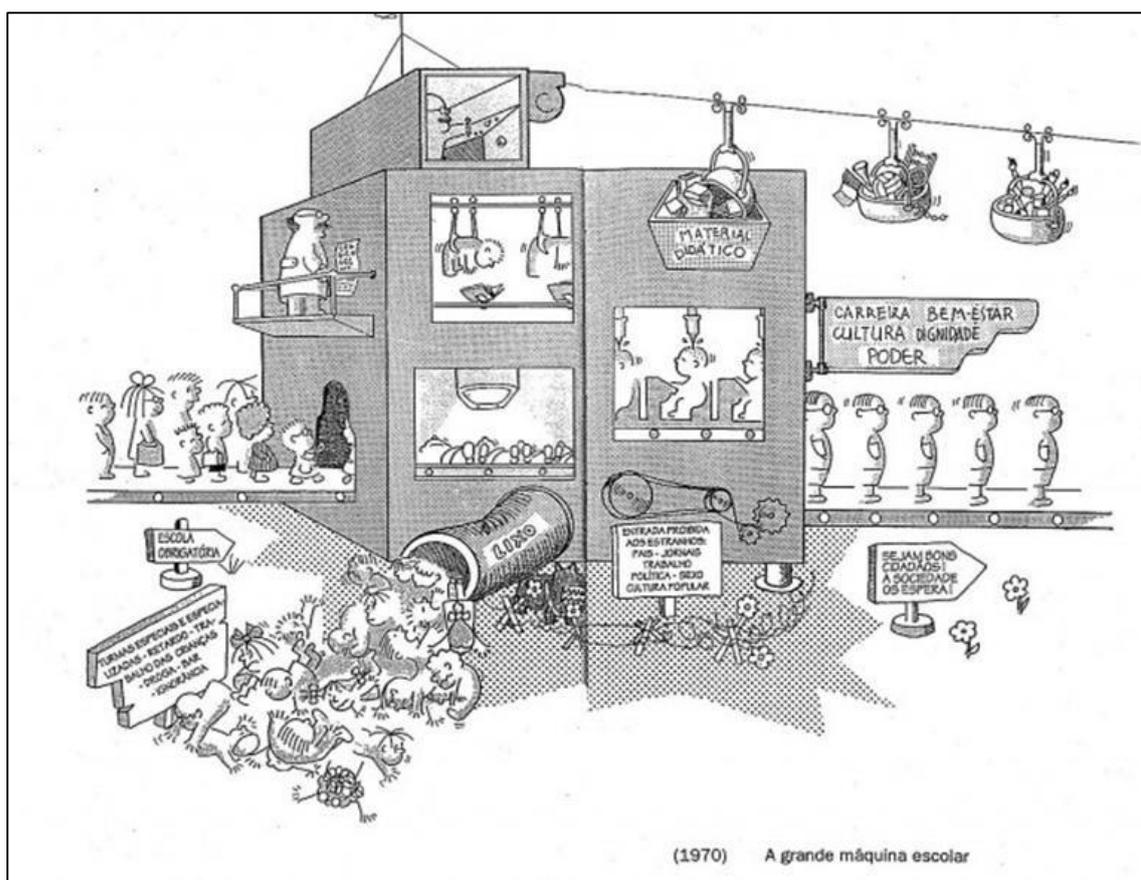
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na figura que encontramos as estruturas presentes (legislação, governos, universidade, comunidade, hospital/tais, unidades básicas de saúde e ambulatórios) interagem entre si e com os sujeitos (estudantes do Curso de Medicina, estudantes dos outros cursos da saúde, estudantes de pós-graduação, docentes, preceptores, funcionários e usuários SUS), gerando processos e resultados que somente a trajetória de implantação foi capaz de nos apresentar, quando avaliada com um quadro referencial que nos permitiu compreender as contradições emergentes nessa mesma trajetória.

²⁶ Figura retirada de apresentações do Projeto do Curso de Medicina da UNISC (2003 e 2004), com imagens inspiradas no livro “Com olhos de criança”, de Francesco Tonucci (1997).

Tradicionalmente, um projeto de formação profissional foi comparado a um projeto fabril. Se tivesse com todos os maquinários, engrenagens, moldes e suprimentos necessários, o resultado era perfeitamente previsível (Figura 75). A força inercial desse modelo tradicional que, no caso de um Curso de Medicina, pode ser sinônimo do paradigma “flexneriano” é algo a ser compreendido e trabalhado continuamente. Desconsiderar o poder da tradição e das bases fundantes de uma profissão com tantos séculos de tradição é potencializar as possibilidades de fracasso de um modelo inovador. Isso a dialética nos ensina: não podemos desconsiderar o “velho” para impor o “novo”. São dos movimentos e dos choques provocados entre esses dois polos que emergem as contradições e que, por sua vez, levam às superações e às novas possibilidades. A história não pode e nem deve ser apagada; ela precisa ser conhecida e problematizada.

Figura 75 – A Grande Máquina Escolar²⁷



Fonte: TONNUCCI, 1997.

²⁷ A Grande Máquina Escolar é um *cartoon* de Francesco Tonucci (1970), onde apresenta a engrenagem dos projetos educacionais que processam corpos e mentes, descartam os que não se adaptam ao modelo padrão e geram produtos iguais, prontos para o mercado de trabalho.

Sem desprezar a construção histórica da formação médica e, ao mesmo tempo, propondo mudanças nas estruturas e processos, para alcançar resultados condizentes com a política de atenção em saúde e a formação médica no Brasil, definimos as fontes de informação que poderiam gerar indicadores com os quais queríamos trabalhar na investigação avaliativa.

6.2 Fontes

Com as dimensões pré-estabelecidas pela metodologia adotada, as fontes de consulta para a construção e coleta dos indicadores emergiram da observação atenta da produção e implementação do projeto do curso, bem como da revisão da literatura. Identificamos dois grandes grupos de fontes: os documentos e os sujeitos.

No grupo dos documentos, vários foram revisados e analisados, entretanto, alguns acabaram sendo descartados pela pouca informação ou pouca relevância das informações (tabela 10). Referimos aqueles que consideramos imprescindíveis na investigação avaliativa do projeto de formação de médicos para o SUS e sua repercussão regional. Além disso, também podemos perceber a estreita vinculação entre os documentos eleitos e as estruturas já previstas no projeto inicial e representadas na tabela 10.

Tabela 10 – Estruturas e Fontes de Consulta: documentos

| Estruturas | Fontes - Documentos |
|--|---|
| Ministério da Saúde, Ministério da Educação Coordenadoria Regional de Saúde | Legislação Relatórios da Coordenadoria ou Coordenadorias cujos municípios fazem parte da região de abrangência do curso |
| Universidade | Projeto Pedagógico Institucional Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde Projeto Pedagógico do Curso de Medicina Plano de carreira (docentes e funcionários) Projetos e incentivos à titulação acadêmica <i>stricto sensu</i> Convênios |
| Hospital (tais) | Relatórios dos Hospitais com maior densidade de atividades do curso |
| Secretarias Municipais de Saúde | Legislação Relatórios |
| Unidades Básicas de Saúde | Relatórios |
| Curso de Medicina (ambulatórios) | Relatórios |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O segundo grupo de fontes de consulta abrange os sujeitos. A identificação dos sujeitos que são capazes de nos auxiliar na proposição e coleta de indicadores advém da revisão do projeto

do curso, da observação dos seus cenários de implantação e, ainda, da revisão da literatura pertinente. Os sujeitos são fundamentais nesse processo de investigação avaliativa, pois qualificam os dados, que são subjetivados a partir de suas vivências (tabela 11).

Apresentamos na sequência, a tabela demonstrativa das estruturas e dos sujeitos atuantes na mesma. Novamente percebemos a existência de alguns deles já no momento da projeção do curso (tabela 11).

Tabela 11 – Estruturas e Fontes de Consulta: sujeitos

| Estruturas | Fontes - Sujeitos |
|---------------------------------|---|
| Coordenadoria Regional de Saúde | Coordenador (a) Regional de Saúde da CRS que envolve o município sede do curso proposto |
| Universidade | Reitor(a) Coordenação de curso |
| Hospital (tais) | Diretoria do(s) Hospital (tais) com maior densidade de atividades com o curso Coordenador ou responsável pela área de recursos humanos do(s) hospital (tais) |
| Secretarias Municipais de Saúde | Secretário (a) Municipal de Saúde do Município sede do curso e de municípios da região de abrangência do mesmo |
| Unidades Básicas de Saúde | Funcionários (representantes das equipes, em especial das Estratégias de Saúde da Família) Usuários dos serviços assistenciais prestados em parceria com o curso |
| Curso de Medicina | Coordenação Professores Preceptores Funcionários Estudantes Egressos Usuários dos serviços assistenciais prestados pelo curso |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Partindo do referencial teórico-metodológico que admite a processualidade da investigação avaliativa, definimos indicadores que podem ser aplicados “*a priori*”, ou seja, já no momento da projeção do curso (no seu embrião) e outros que somente atingem seus objetivos se aplicados “*a posteriori*”, quando o Curso de Medicina já está em fase de implantação e, finalmente, quando já está totalmente implantado.

6.3 Indicadores *a priori*

Os *indicadores a priori* não necessariamente precisam ser aplicados somente no momento do embrião do projeto de formação. Eles podem revisitar esse mesmo projeto em diferentes momentos de sua implantação, constituindo-se, também, em *indicadores a posteriori*.

Passamos a apresentar os *indicadores a priori* (tabela 12) categorizados a partir da dimensão que pretende avaliar e com o indicativo das fontes que podem servir de consulta. Lembrando que um projeto social e dinâmico é sujeito às influências e confluências de sua realidade histórica, tais indicadores são, de fato, indicativos e não têm a pretensão de ser “o modelo” ou “a fórmula” para a avaliação investigativa de um Curso de Medicina.

Tabela 12 – Indicadores *a priori* /Estrutura

| Indicadores | Dimensão | Fontes |
|---|---|---|
| <p>Orientação teórica do projeto (opção dentre as possibilidades de formação médica e as abordagens pedagógicas).</p> <p>Projeção do ensino orientado pelos determinantes da saúde.</p> | <p>Avaliação das estruturas (informação sobre recursos, formas de organização, propostas, etc.).</p> | <p>Projeto Pedagógico Institucional. Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação.</p> <p>Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação.</p> |
| <p>Articulação com a oferta de pós-graduação (preocupação com a educação continuada).</p> <p>Articulação com a oferta de atividades de educação permanente (educação em serviço).</p> | | <p>Projeto Pedagógico Institucional. Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação. Convênios.</p> <p>Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação. Convênios.</p> |
| <p>Tipologia da estrutura curricular (disciplinar, modular, outras).</p> <p>Opções de metodologia de ensino.</p> | | <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.</p> <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.</p> |
| <p>Projeções de efetivação da relação teoria e prática (campos isolados ou articulados – práxis).</p> <p>Existência de convênios que possibilitem a aprendizagem em diferentes cenários da assistência.</p> | | <p>Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.</p> <p>Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios.</p> |
| <p>Existência ou projeção de corpo docente (dados numéricos e preocupação com professores atuantes na formação generalista, especializada ou ambas).</p> <p>Existência ou projeção de funcionários e preceptores para os campos de atuação.</p> | | <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação. Plano de Carreira. Projetos e incentivos à titulação acadêmica <i>stricto sensu</i>.</p> <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação.</p> |

| | |
|--|---|
| Existência ou projeção dos laboratórios de ensino. | Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação. |
| Existência ou projeção de acesso a bases de dados e bibliografias atualizadas. | Projeto Pedagógico Institucional. Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Legislação. |
| Existência ou projeção de avaliação dos serviços assistenciais prestados pelo Curso de Medicina (incluindo ou prestadores, os estudantes e os usuários). | Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

6.4 Indicadores *a posteriori*

Com os *indicadores a posteriori* procedemos à descrição utilizando duas tabelas: uma que propõe a avaliação dos processos (tabela 13) e outra que propõe a avaliação dos resultados (tabela 14). Tanto a dimensão dos processos como a dos resultados somente são passíveis de acompanhamento com a implantação do Curso de Medicina e servem como norteadores de mudanças, bem como afirmadores de opções e ações.

Tabela 13 – Indicadores *a posteriori* /Processos

| Indicadores | Dimensão | Fontes |
|---|--|--|
| Cenários de práticas do currículo. | Avaliação dos processos (atividades/ações realizadas). | Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. |
| Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. | | Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Estudantes. Professores e Preceptores. Coordenação do Curso. Funcionários do Curso de Medicina. Funcionários das Unidades Estratégias de Saúde da Família/SUS. Egressos do Curso. |
| Serviços universitários abertos ao SUS, a partir da implantação do curso. | | Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Estudantes. Professores e Preceptores. Coordenação do Curso. Funcionários do Curso de Medicina. Funcionários das Unidades Estratégias de Saúde da Família/SUS. Egressos do Curso. Reitor(a). Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais). |

| | |
|--|--|
| | <p>Relatórios de Atendimento SUS. Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais.</p> |
| <p>Hospital (ais) de ensino: procedimentos e leitos SUS, a partir da implantação do curso;</p> | <p>Convênios. Estudantes. Professores e Preceptores. Coordenação do Curso. Funcionários do Curso de Medicina. Egressos do Curso. Direção do(s) Hospital (ais). Relatórios de Atendimento SUS. Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais.</p> |
| <p>Participação dos estudantes nos atendimentos SUS.</p> | <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Estudantes. Professores e Preceptores. Coordenação do Curso. Funcionários do Curso de Medicina. Egressos do Curso. Coordenador (a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital (tais).</p> |
| <p>Abrangência dos atendimentos SUS prestados pelo curso (municipal e/ou regional).</p> | <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Reitor(a). Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais). Relatórios de Atendimento SUS. Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais.</p> |
| <p>Interface com os gestores do SUS (convênios firmados, solicitações de parcerias).</p> | <p>Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Reitor(a). Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais).</p> |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A tabela 14 foca os indicadores capazes de avaliar os resultados da implantação do projeto social. No caso do Curso de Medicina, tendo como norte a intencionalidade política de formação de recursos humanos para a atuação no SUS, bem como as argumentações da necessidade social de médicos para suprirem demandas de determinada(s) região(ões).

Tabela 14 – Indicadores *a posteriori* /Resultados

| Indicadores | Dimensão | Fontes |
|---|---|---|
| Atuação profissional dos egressos (município, local de atuação, número de horas semanais, forma de atuação – SUS ou privado, vínculo empregatício). | Avaliação de resultados (efeitos/produtos das ações e procedimentos). | Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios de Hospitais. Secretários Municipais de Saúde. Dirigentes de Hospitais. Egressos do Curso. |
| Autoavaliação da competência profissional para atuação no SUS. | | Egressos do Curso. |
| Número de docentes médicos que sempre atuaram no SUS. | | Banco de Dados de Docentes da Universidade Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais. Professores. |
| Número de docentes médicos que passaram a atuar no SUS a partir dos serviços prestados pelo curso. | | Relatórios e/ou Banco de Dados de Docentes da Universidade Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais. Professores. |
| Formação continuada dos docentes (cursos de pós-graduação). | | Relatórios e/ou Banco de Dados da Universidade. Professores. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Relatórios do Curso. Coordenação do Curso. |
| Formação permanente dos docentes para atuação no SUS (cursos de qualificação ou atualização profissional). | | Relatórios e/ou Banco de Dados da Universidade. Professores. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Relatórios do Curso. Coordenação do Curso. |
| Ações de educação permanente para profissionais do SUS, vinculadas ao curso. | | Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais). Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios da Coordenadoria Regional de Saúde. Relatórios de Hospitais. Funcionários do Curso de Medicina. Funcionários das Unidades Estratégias de Saúde da Família/SUS. |
| Interface com os gestores do SUS (solicitações de profissionais egressos e contratações de profissionais egressos). | | Convênios. Reitor(a). Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais). |
| Avaliação dos gestores sobre convênios, parcerias e profissionais egressos. | | Reitor(a). Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(tais). |

| | |
|---|--|
| Número de atendimentos SUS por ano de implantação do curso. | Relatórios dos Serviços de Atendimento SUS / Curso de Medicina. |
| Municípios de origem dos usuários SUS atendidos pelo curso. | Relatórios dos Serviços de Atendimento SUS / Curso de Medicina. Usuários SUS. |
| Região de abrangência do Curso de Medicina. | Projeto Pedagógico Institucional. Projeto Pedagógico dos Cursos da Área da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Convênios. Relatórios dos Serviços de Atendimento SUS / Curso de Medicina. |
| Avaliação dos usuários SUS sobre os atendimentos prestados. | Relatórios de Secretarias Municipais de Saúde. Relatórios de Hospitais. Coordenação do Curso. Coordenador(a) Regional de Saúde. Secretário(s) Municipal(ais) de Saúde. Direção do(s) Hospital(ais). Usuários do SUS. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A avaliação de um projeto de Curso de Medicina (sob a referência da sua necessidade social) pode e deve se utilizar de indicadores quantitativos e qualitativos, no desvelamento do seu alcance, das suas contradições e da própria compreensão do que se entende por necessidade social. A triangulação de dados numérico-estatísticos, com dados conceituais (presentes em documentos e na literatura), bem como com depoimentos e ponderações dos sujeitos envolvidos, gera sínteses extremamente significativas do projeto avaliado. Na sequência, destacaremos algumas dessas sínteses.

6.5 Dados compilados: diferentes sínteses

A partir da tabulação e categorização dos dados advindos da aplicação dos indicadores (já explicitados) é possível estabelecer compilações que auxiliam na validação mútua das descobertas quantitativas e qualitativas. Assim procedemos com a pesquisa aqui detalhada; agrupamos resultados convergentes para sustentar hipóteses e considerações.

Um mesmo indicador foi aplicado em diferentes fontes de consulta, o que nos mostra, de forma sintética, as percepções geradas pela implantação de um Curso de Medicina enquanto um projeto social, com ênfase na sua intencionalidade de formar médicos adequados ao Sistema Único de Saúde no Brasil para atender a uma demanda regional. As compilações apresentadas nesse capítulo, a título de exemplificação, não são as únicas possíveis; a triangulação, bem como o uso criativo e fundamentado dos dados gera uma extensa gama de possibilidades.

Na figura 76 apresentamos as percepções dos sujeitos (estudantes, docentes, preceptores, funcionários e egressos) sobre a ênfase curricular, quanto à tipologia presente tanto no projeto

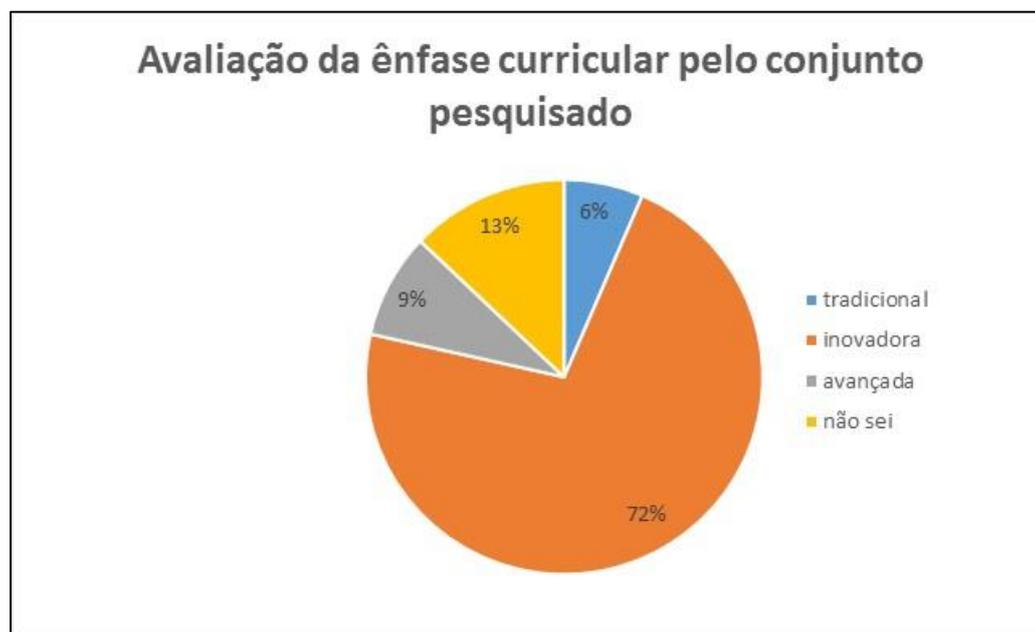
pedagógico (estrutura), quanto nos processos desencadeados com a implantação dos mesmos²⁸. “Essa tipologia de tendência de mudanças mostra se a escola se apresenta predominantemente tradicional, inovadora ou avançada para as mudanças preconizadas nas DCNs e as possibilidades de diferenciar o perfil do profissional formado” (LAMPERT; BICUDO, 2014, p. 30). Dessa forma, 72% dos sujeitos indicaram que a ênfase curricular é inovadora, pois rompe com alguns paradigmas, tais como a demarcação em disciplinas isoladas, a utilização de ciclo básico e profissionalizante em momentos distintos e a base metodológica centrada em aulas expositivas. A tendência avançada foi apontada por 9% dos sujeitos; 13% não souberam opinar e 6% consideraram a ênfase curricular tradicional.

Em síntese, o curso avaliado apresenta uma estrutura inovadora, como já havíamos identificado na análise de seu projeto. De forma geral, sua realização cotidiana vem seguindo os princípios projetados. Tal afirmação pode ser comprovada na organização e ações do desenvolvimento curricular, como por exemplo: (1) nos módulos integrados, onde diferentes áreas do conhecimento são agrupadas em torno de uma ementa comum; (2) na abordagem de conteúdos práticos e profissionalizantes já nos primeiros semestres; (3) na distribuição dos conteúdos das ciências básicas em diferentes momentos da trajetória de formação; e, (4) na existência de módulos tutoriais com abordagem interdisciplinar, seguindo a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP).

Pode-se, pela predominância de ações, abalizar tendências de o curso de graduação estar num rumo mais tradicional, hegemônico, nos moldes flexnerianos, ou numa direção mais inovadora e mesmo mais avançada, a caminho de reformas transformadoras, na construção do paradigma da integralidade. A meta é, pois, oferecer uma formação que atenda às recomendações em educação médica contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, de modo que, ao final desse curso, o recebimento do grau de médico com liberação para “exercer a medicina” seja condizente com a formação recebida para atender às NS da população brasileira e dar os encaminhamentos necessários dentro do sistema de saúde com referências e contra referências. (LAMPERT; SILVA; PERIM; STELLA; ABDALLA; COSTA, 2009, p. 09).

²⁸ Tendo como referencial os estudos realizados pela Comissão de Avaliação de Escolas de Saúde da Associação Brasileira de Educação Médica (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Figura 76 – Ênfase Curricular - Conjunto Pesquisado



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Talvez um dos pontos mais significativos das políticas de formação de recursos humanos para atenção à saúde da população brasileira seja o investimento na formação de profissionais generalistas, capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção do SUS, com boa resolutividade e compreensão dos determinantes sociais, ambientais e biológicos da saúde e da doença. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no Art. 3º pontuam:

O graduado em Medicina terá 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. (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, agrupamos dados de fontes que pudessem demonstrar se o perfil generalista de formação, presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Projeto do Curso de Medicina da UNISC tornou-se perceptível nos processos desencadeados durante a formação desses novos médicos. Verificamos que 91% dos sujeitos (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do Curso, funcionários das ESFs e egressos) visualizam a ênfase generalista nos processos e ações formadoras. Dos pesquisados, 7% não identificaram essa ênfase e 2% não souberam opinar.

Ainda reportando aos paradigmas conceituais que enfatizam a necessidade de sincronia entre a política de formação em Educação Superior e a política de atenção à saúde, onde governo e instituições formadoras enaltecem as mudanças no perfil do médico formado e na estruturação

da sua formação, encontramos outro eixo fundamental: deslocar a ênfase curricular das doenças para uma compreensão mais abrangente dos determinantes de saúde.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (PELLEGRINI; BUSS, 2010).

Sobre esse aspecto, considerando o referencial de necessidade de saúde que estamos utilizando nessa pesquisa (STOTZ, 1991), precisamos refletir sobre a complexidade do conceito de “determinantes da saúde”. Nesse contexto, ao tentarmos compreender o que determina a saúde de alguém temos que considerar os “valores” ou “mínimos sociais” pelos quais se percebe essa “saúde” (ou a sua negação: a doença). No nível da determinação da saúde não há generalidade possível senão aquela que considera o sujeito como parte de grupos sociais, que possui *múltiplas identidades e necessidades*, conforme sua pertinência a esses grupos.

Para além da necessidade de saúde “sentida” individualmente, é a partir da necessidade “partilhada” e manifestada pelo coletivo que as políticas de atenção e formação na área da saúde são construídas. A assistência à saúde tradicionalmente considerou a “doença” (do ponto de vista individual e de prevalência epidemiológica). Já a tentativa de deslocar o eixo para a identificação dos determinantes da saúde traz consigo o histórico da preocupação com ações preventivas e de promoção da saúde; conceitos que fazem parte dos discursos sanitaristas, no Brasil, pelo menos, desde o século XIX.

Do início do século XIX até meados da década de 1970, as ações de saúde promovidas pelo Estado dirigiam-se ao combate de doenças transmissíveis, em campanhas de saúde pública. Portanto, essas ações tinham como finalidade responder à necessidade social de controle ou de combate de surtos ou epidemias. Aos primeiros sinais de crise no regime militar, especialmente na década de 1970, o sistema público de saúde passou também a financiar a assistência médica curativa individual. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 606).

Como estamos seguindo uma análise dialética dos dados coletados, não é possível colocarmos a questão em termos de um par binário: promoção e prevenção (determinantes de saúde) x assistência à doença; não existe uma forma de compreensão “mais” ou “menos” certa. Tratar com o tema necessidade de saúde é tratar com o “social” e o “individual”; é lidar com contradições e escolhas, num sistema que se pretende universal e igualitário, mas que ainda é seletivo e desigual.

Tanto a Constituição Federal Brasileira quanto à legislação pertinente ao SUS introduzem a compreensão da importância de se atuar nos determinantes do processo saúde-doença, reconhecendo que a saúde está além do tratamento de doenças. “Responder às necessidades de

saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 606).

Novamente compilamos os dados de diferentes fontes para traduzir a visão do conjunto pesquisado, acerca dessa questão. Assim, 82% do conjunto dos sujeitos respondentes (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos) afirmaram perceber a organização e desempenho curricular preocupados com a ênfase nos determinantes de saúde da população; 11% não perceberam tal ênfase e 7% não souberam opinar sobre esse aspecto.

Outro ponto de destaque no atual marco conceitual da formação médica brasileira reside no rompimento com o modelo hospitalocêntrico, com as práticas de preparação profissional priorizadas nos ambientes hospitalares, para a incorporação de práticas na comunidade e em diferentes cenários (UBS, ESF, Asilos, ONGs, Creches...). Conforme já expusemos, isso não significa abandonar o contexto hospitalar como um importante *lócus* de formação, mas amplia as possibilidades de compreensão de especificidades locais e regionais no trato com a saúde e com a doença, bem como com seus determinantes.

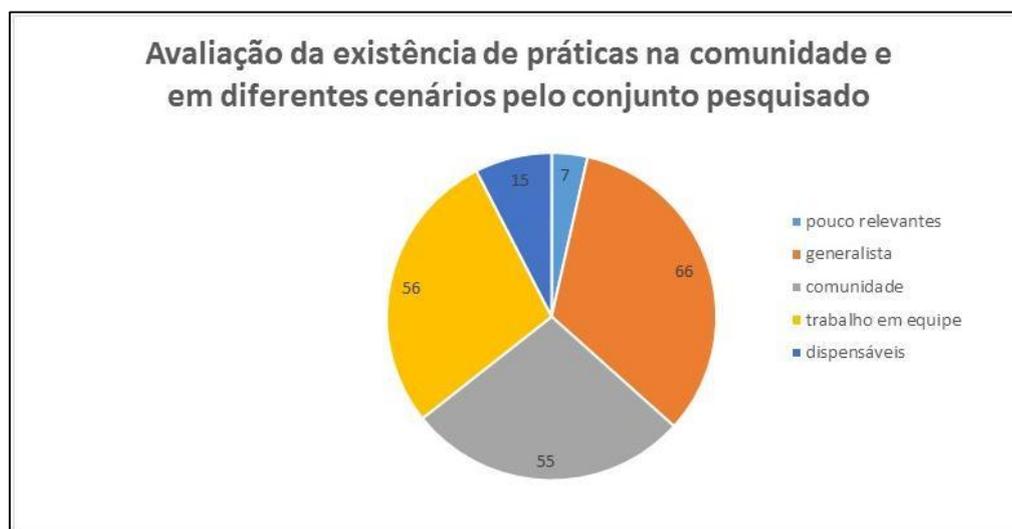
Uma vez que o projeto do curso e a sua implantação demarcaram esses diferentes cenários de formação, a principal questão a ser pesquisada deslocou-se para o significado dessa experiência na formação dos futuros profissionais médicos.

Com base na revisão literária, foi possível estabelecer alguns objetivos pertinentes à ampliação dos cenários de formação: (1) reforçar a formação generalista; (2) ter uma maior compreensão da comunidade e de suas necessidades; (3) reforçar o trabalho em equipe na atenção à saúde da população. E, considerando a observação empírica da implantação do projeto, foi possível perceber manifestações contrárias a essa expansão territorial de formação; alguns sujeitos destacaram que tais práticas eram pouco relevantes ou até mesmo dispensáveis.

Restou-nos então, compilando os questionários respondidos pelos sujeitos, procurar chegar a uma visão mais próxima da realidade dessas contradições presentes na implantação do projeto do Curso de Medicina da UNISC. Assim, do conjunto pesquisado (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos), temos a seguinte síntese: 66% dizem que a diversificação dos cenários de formação reforça o perfil generalista desejado; 56% apontam que tal diversificação desenvolve a habilidade do trabalho em equipe; 55% compreendem que a vivência prática múltipla favorece um melhor conhecimento da comunidade local e regional, bem como das suas necessidades; 15% referem que a diversificação é dispensável na formação do perfil médico desejado (explícito nas DCNs); e, 7% avaliam a

existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários como pouco relevantes (Figura 77).

Figura 77 – Existência de Práticas na Comunidade e em Diferentes Cenários de Formação - Conjunto Pesquisado



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quando 22% dos sujeitos da pesquisa²⁹ não percebem a importância da formação vinculada às práticas de atenção à saúde, em diferentes cenários, talvez seja porque ainda tenham como conceito fundante o recorte da “doença”, que historicamente privilegiou o ambiente hospitalar para o seu “tratamento”.

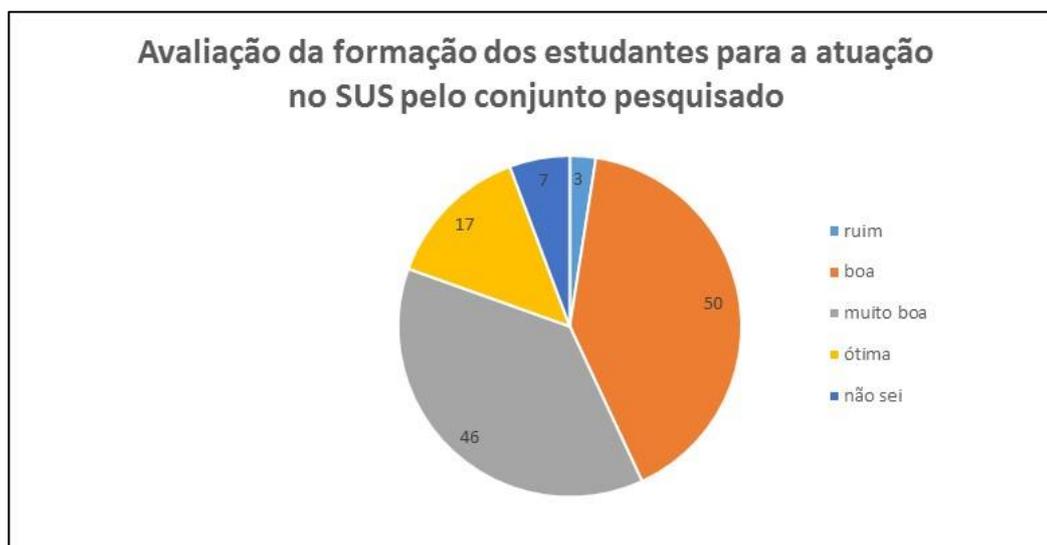
A atenção à saúde vem privilegiando um recorte fragmentado por doença, podendo, por sua vez, reforçar práticas amparadas na visão funcionalista e classificatória, em detrimento de uma práxis emancipatória, ou seja, uma prática que permita ao campo da Saúde Coletiva [e da formação de profissionais] – que está na base da lógica do SUS – reelaborar o conceito de necessidades, retroalimentando as práticas, num movimento dialético. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 616).

Acreditamos que a grande pergunta feita aos sujeitos da pesquisa tenha sido essa: estamos tendo uma formação adequada para que os nossos egressos possam atuar no Sistema Único de Saúde, com toda a sua complexidade? Na Figura 78, estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos tiveram suas avaliações compiladas.

Metade dos sujeitos (50%) avalia a formação para a atuação no SUS como boa; 46% como muito boa; 17% como ótima; 7% não souberam avaliar e somente 3% referiram como uma formação ruim.

²⁹ Os 15% que apontam a diversificação de práticas como dispensável na formação do perfil médico desejado somados aos 7% que avaliam a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários como pouco relevantes.

Figura 78 – Formação dos Estudantes para Atuação no SUS - Conjunto Pesquisado



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Esses percentuais de reconhecimento do esforço de formação de profissionais qualificados para atuação no SUS são relevantes, pois não só apresentam a autoavaliação dos estudantes e egressos do Curso de Medicina, como também a avaliação dos sujeitos que atuam nos serviços de saúde (professores, preceptores e outros profissionais) e acompanham as ações formadoras. Também são relevantes porque vão ao encontro das novas exigências de perfil aos profissionais da saúde em geral e aos médicos em particular.

O mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologia que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas [...]. A identidade do médico se constituiu historicamente com características muito particulares e enfrenta agora um grande conflito: sobreviver sem mudanças ou mudar conforme as expectativas da sociedade atual, que tencionam os posicionamentos político-sociais, a formação acadêmica e as práticas médicas. (AMORETTI, 2005, p. 142).

Os dados da pesquisa nos levam a crer que o perfil dos novos profissionais está se delineando em direção às exigências de mudanças que, por sua vez, remetem ao reconhecimento das necessidades da saúde da população e possibilidades de atuação frente às mesmas, a partir da estrutura do Sistema Único de Saúde.

Reconhecendo que a graduação se refere apenas à formação inicial dos estudantes, embora essa formação tenha recebido uma boa avaliação para o exercício do egresso no SUS, também reconhecemos a importância da formação continuada, especialmente através dos programas de residência médica. Como já argumentamos, esse é um importante fator de fidelização do egresso

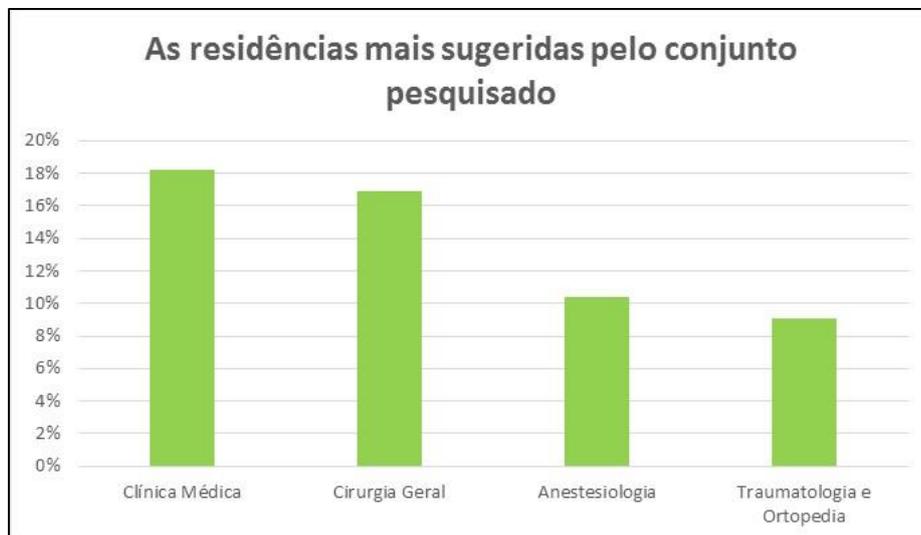
com a região do seu curso de formação, bem como qualificação dos serviços médicos ofertados na região.

A residência médica bem estruturada demonstrou, ao longo dos tempos, que representa o pilar básico da formação médica para elevar a assistência médica a padrões de excelência [...]. O trabalho do residente deve ser visto como um investimento não só individual, dele próprio, mas de todos, dos serviços e dos preceptores, na qualidade da Medicina. (PESSOA; CONSTANTINO, 2002, p. 822-823).

Dessa forma, considerando o conjunto de sujeitos que responderam questões referentes à oferta de programas de residência médica como um processo continuado de formação (estudantes, docentes, preceptores e egressos), destacamos os mais indicados para a região de abrangência do Curso de Medicina da UNISC. Os dois programas de residência mais citados já são ofertados pelo Hospital Santa Cruz e possuem uma significativa demanda, pois também servem como pré-requisitos para outras especializações, tanto clínicas quanto cirúrgicas.

As formações em residência médica (Figura 79) sugeridas para o aumento de vagas e a oferta foram: Clínica Médica (18%), Cirurgia Geral (17%), Anestesiologia (10%), Traumatologia e Ortopedia (9%).

Figura 79 – Programas de Residência Médica - Conjunto Pesquisado



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na já referida Portaria N° 1.248, de 24 de junho de 2013, que incentiva a formação de especialistas para o SUS, por meio de alguns Programas de Residências Médicas, a ordem de prioridade estabelecida é a seguinte: (1°) Anestesiologia, (2°) Clínica Médica, (3°) Cirurgia Geral e, (18°) Traumatologia e Ortopedia. Percebemos que o diagnóstico nacional das necessidades de formação coincide com o regional e, ao mesmo tempo, é possível a reordenação dessas prioridades, dentro do mesmo grupo, considerando essa realidade regional.

Devemos considerar que a formação de pós-graduação, via Programas de Residência, para de fato atender aos princípios de formação para o SUS, necessita se desenvolver nos diversos cenários da rede de atenção à saúde.

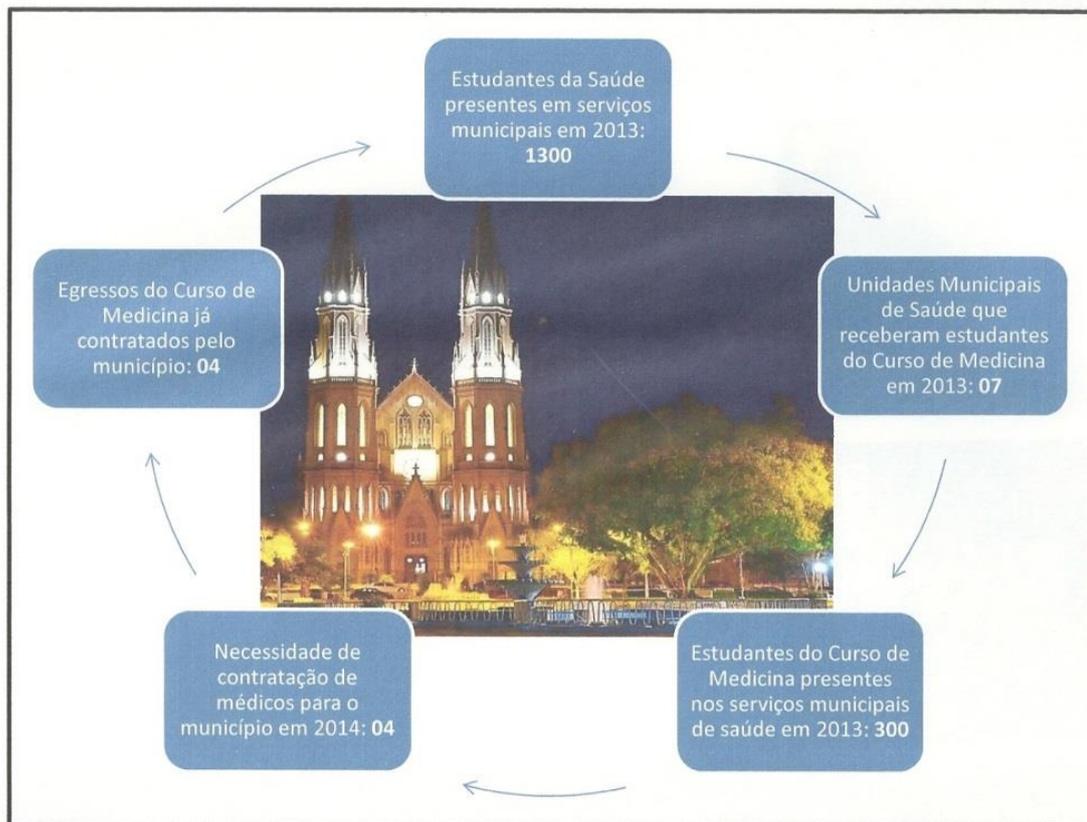
As residências médicas e as residências multiprofissionais integradas em saúde devem se desenvolver em todos os cenários, incorporando estudantes, docentes e profissionais em todos os programas SUS, participando da construção do mesmo e aprendendo a ser profissionais da saúde também por meio da convivência com as pessoas, com as famílias e as comunidades que compõem a nossa população. Estes são temas centrais na discussão da formação de recursos humanos para a saúde. (AMORETTI, 2005, p. 144).

Do contexto regional, passamos a avaliar as implicações municipais da criação e implantação do Curso de Medicina. Da mesma forma, lançamos mão da compilação de dados oriundos de diferentes fontes.

6.6 Sínteses da Avaliação da Escola Médica e sua Implantação no Município de Santa Cruz do Sul

Desde a proposição da abertura de um Curso de Medicina em Santa Cruz do Sul, as polêmicas e expectativas geradas em torno desse processo nos levaram a questionar como a implantação se configurou nesse cenário e quais as principais percepções e compreensões dos gestores e funcionários da saúde em torno do tema. Então, utilizando como referência a entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, relatórios e dados de questionários (aplicados com funcionários da saúde e usuários do SUS), organizamos as figuras sínteses abaixo (Figura 80 e Figura 81).

Figura 80 – Curso de Medicina – Município de Santa Cruz do Sul



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na figura 80 apresentamos dados que reforçam a importante vinculação entre a formação de novos médicos e os cenários disponibilizados pelo poder público municipal para que essa formação, condizente com os princípios do SUS, ocorra de fato. Tendo como referência o ano de 2013, verificamos que cerca de 1300 estudantes da área da saúde estiveram presentes em serviços municipais, integrados a suas equipes de assistência. Somente considerando o Curso de Medicina, 300 estudantes circularam nesses espaços e, em especial, em 07 unidades básicas de saúde.

Segundo o Secretário Municipal de Saúde, quatro egressos do Curso de Medicina da UNISC já foram contratados pela prefeitura e, para o ano de 2014, havia a necessidade de contratação de mais quatro.

Uma segunda mas não menos importante informação que coletamos com o cruzamento de dados está relacionada com as principais contribuições que a implantação do Curso de Medicina trouxe para a organização e funcionamento do SUS no município de Santa Cruz do Sul (figura 81).

Figura 81 – Contribuições do Curso de Medicina para o SUS no Município



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O que ficou mais fortemente evidenciado na triangulação dos dados coletados com as equipes de saúde, com os gestores e com os usuários SUS refere-se à ampliação no número de atendimentos nos ambulatorios de atenção básica do município e, especialmente, nos ambulatorios de especialidades que foram sendo criados durante a implantação do Curso de Medicina. Muitos pacientes referenciados a especialistas de outros municípios e, principalmente, de outras regiões, passaram a ser atendidos no âmbito de Santa Cruz do Sul.

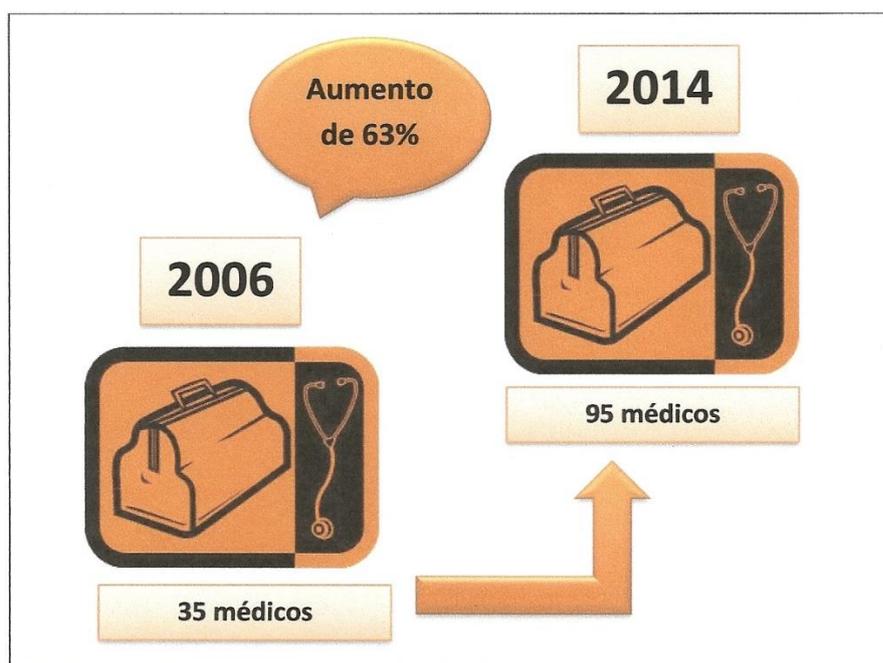
“Os dados parecem indicar que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde – majoritariamente, a consulta médica” (CAMPOS; MISHIMA, 2007, p. 611). Vejamos um trecho da entrevista realizada com o Secretário Municipal de Saúde, onde o mesmo comenta sobre as principais mudanças sofridas na rede municipal de saúde, com a presença do Curso de Medicina. Ele destaca que *“ampliações físicas foram sofridas no Glória [Posto da Estratégia de Saúde da Família] e no Avenida [Unidade Básica de Saúde]. O número de atendimentos foi ampliado em virtude de ter os médicos atendendo junto com os alunos”*.

Bastante perceptível para a população usuária dos serviços do SUS e equipes de saúde das Unidades Básicas foi o incremento nas condições físicas e materiais em seus locais de trabalho. Isso não se deu única e exclusivamente pela intervenção do Curso de Medicina, mas a presença do mesmo, nos cenários de atenção, estimulou o acesso a editais (como o Pró-Saúde e o PET-Saúde) que permitiram as melhorias mencionadas nos dados da pesquisa.

Para além das questões numéricas, o Secretário Municipal de Saúde referiu à qualificação das equipes de saúde, mediante a presença da formação de estudantes em suas unidades: “*É sempre importante a presença dos alunos nas unidades, pois além de colaborarem com o serviço, favorecem a troca de informações com as equipes*”.

Nesse capítulo, que procurou salientar propostas de aplicação de indicadores e dados que podem ser extraídos dos mesmos, nos resta novamente evidenciar o percentual de incremento de médicos que passaram a atuar no SUS no município de Santa Cruz do Sul (Figura 82), desde o ano de 2006 (ano da autorização do funcionamento do Curso de Medicina da UNISC).

Figura 82 – Profissionais Médicos atuando na Prefeitura (SUS)



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Parece-nos evidente que a qualificação da saúde no município (ou na região) não pode ser atribuída somente ao aumento de profissionais médicos atuando no SUS. Também, a própria definição da qualidade na atenção está relacionada ao conceito de necessidade social de saúde expresso pela população (de modo coletivo) e captado pelas várias instâncias governamentais.

No caso de Santa Cruz do Sul e região, a necessidade social captada pelos órgãos governamentais, pelas instâncias assistenciais e, enfim, pelos dados dessa pesquisa remete para o aumento de atendimentos (consultas médicas), como aspecto principal.

“Consequentemente, os projetos de atenção à saúde – a operacionalização das políticas públicas – têm sido determinadas por essa perspectiva, associando necessidades de saúde ao consumo de um serviço de saúde, geralmente a consulta médica” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 606). O que muitas vezes é esquecido (e que procuramos ressaltar na tese) é que as necessidades de saúde não são “naturais”, pois trazem consigo os elementos territoriais, sociais, científicos e culturais, de determinada época. Também não são iguais, uma vez que fazem parte de uma sociedade desigual, onde a distribuição e o consumo dos produtos do trabalho humano assumem da mesma forma uma dimensão desigual.

O incremento de 63% no número de médicos atuando na Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, no Sistema Único de Saúde, durante o período de implantação do Curso de Medicina, com certeza teve como *um dos fatores* determinantes (conforme já defendemos anteriormente) a existência do desenvolvimento de projeto social de melhoria de atenção à saúde, articulando Secretaria Municipal de Saúde, Universidade e Hospital de Ensino. Com todos os indicadores aplicados e com os vários cruzamentos realizados, temos a convicção que somente uma proposição articulada, porém complexa, que envolva projeção, acompanhamento e avaliação de estruturas, processos e resultados pode favorecer a interiorização de uma atenção médica de qualidade.

Se numa proposição inicial (já no projeto embrionário do Curso de Medicina) percebemos a preocupação com a atuação em rede (Figura 74), o dimensionamento dessa rede somente tornou-se mais perceptível durante a implantação do curso, onde os confrontos entre o “ideal” e o “real”, as contradições precisaram ser trabalhadas, não no sentido de extingui-las (pois sempre estarão presentes nos projetos sociais), mas no sentido de compreendê-las e incorporá-las a novos delineamentos possíveis. Nesse sentido, um dos principais aspectos referiu-se ao próprio redimensionamento da região de abrangência do curso, alterada significativamente pelas imposições legais da municipalização da saúde e pela impossibilidade logística de atender alguns municípios que, inicialmente, fizeram parte do primeiro delineamento.

Parte da complexidade dessa rede de materialidade dialética, de estruturas, de sujeitos, de processos e de resultados, é que procuramos representar na figura 83.

Figura 83 – Rede de Complexidade da Implantação de uma Escola Médica



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na implantação de uma escola médica tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde definem políticas e diretrizes de autorização e de regulação do funcionamento, procurando aproximar a formação dos profissionais da necessidade social de implantação do Sistema Único de Saúde. Já dessa primeira relação emergem muitas contradições, dentre elas, a de que não é possível agrupar as necessidades sociais de todos os indivíduos, de forma homogênea, mesmo dentro do SUS; mesmo assim, as políticas de assistência e formação parecem, embora discursivamente trabalhem com um conceito ampliado de saúde (com base em seus determinantes), na prática muitas vezes reduzem às necessidades a consumo de serviços de saúde (haja vista o Programa do Governo Federal “Mais Médicos”).

Desde o projeto até a implantação do novo Curso de Medicina (considerando que é um projeto social), as estruturas, os processos e os resultados precisam ser constantemente avaliados, refletidos e debatidos, possibilitando alterações, pois o contexto regional onde as ações e interações se materializam é cambiante, assim como também cambiantes são as necessidades sociais de saúde.

Analisando, em particular, o projeto do Curso de Medicina da UNISC, as principais estruturas em interação (e que procuramos estudar) são: a universidade, as secretarias municipais de saúde, as unidades de atendimento SUS, o Hospital Santa Cruz e a Unidade de Atendimento Ambulatorial do curso. Entretanto, sabemos que outras estruturas fazem parte da formação, mas que não foram alvo dessa pesquisa: hospitais conveniados, ONGs, escolas etc.

Os processos avaliados envolveram a legislação, o projeto pedagógico do curso, as configurações regionais, as ações de implantação, os atores envolvidos e os contextos. Lembrando que o próprio conceito de processo pressupõe dinamicidade, mudanças, transformações etc. Na análise dos processos, foi importante desdobrar a categoria dos atores para encontrar os sujeitos que fizeram e fazem parte dessa grande teia: estudantes do Curso de Medicina, estudantes da área da saúde, egressos, usuários do SUS, dirigentes do SUS, médicos docentes, médicos preceptores, profissionais da saúde e funcionários do curso. O protagonismo do agente, que ora se manifesta na voz coletiva de seu grupo e ora se manifesta individualmente, dá o sentido da necessidade social de saúde nos contextos estudados.

Quanto aos resultados, os nichos de análise envolveram a assistência, a educação, os processos formativos, os desafios advindos da concretude das ações, as transformações possíveis (desejáveis), as transformações resultantes das interações e as contradições que invariavelmente se materializam no cotidiano.

Entre o “novo” e o “velho”, entre o “ideal” e o “possível”, o tempo tece desafios e contradições que são materializadas no espaço e que sempre podem ser, senão compreendidas na sua totalidade, refletidas por aqueles que protagonizam decisões/ações e que reconhecem a saúde como uma necessidade social. Embora, o que se consegue captar na análise de um projeto social seja a definição das necessidades de saúde por sujeitos coletivos. “A definição das necessidades de saúde da população resulta de um processo histórico que supera os limites impostos pelo Estado à ação social dos indivíduos” (STOTZ, 1991, p. 453).

Para qualificar a análise, precisamos “compreender as representações de saúde dos diferentes grupos da sociedade civil que demandam esse bem social, bem como as representações que fazem da população os diversos grupos e instâncias do Estado que o fornecem” (STOTZ, 1991, p. 07).

Somente ouvindo e compreendendo as múltiplas vozes e as múltiplas representações é que conseguimos nos aproximar das necessidades de saúde de determinados grupos e as possibilidades de formação de profissionais para atendê-las.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de concluir com duas observações: fazer uma tese significa divertir-se, e a tese é como um porco: nada se desperdiça. (ECO, 1995, p. 169).

Quando chegamos às considerações finais da nossa tese é que talvez tenhamos a visão mais precisa do sentido do inacabamento do movimento dialético. A vida não para! E os resultados da pesquisa nos mostram claramente que esse movimento da existência (embora passível de recortes para a análise) jamais se dá de forma linear, ele carece da compreensão de que as totalizações se objetivam no exercício dialético da cristalização e da criação.

Dados revelam contradições, apontam possibilidades, relatam mediações, contam histórias de um espaço vivido que ora aprende a resolver os problemas que se apresentam e ora define caminhos que devem ou não ser seguidos. Parafraseando Paulo Freire (2002, p. 28), pesquisar “exige a consciência do inacabamento”. Isso nos fascina: a inconclusão da experiência vital onde um projeto social assume a sua infinitude, ao mesmo tempo em que propicia o constante caminhar peregrino do pesquisador em busca do saber.

Somente o projeto que conhece a si mesmo (apesar da compreensão de seu inacabamento) pode acompanhar suas intencionalidades, corrigir suas rotas, construir e reconstruir seu futuro. Então, decidimos estudar os desafios e as contradições advindas da formação e oferta de serviços médicos para o SUS, a partir da abertura de uma nova escola no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

O Brasil, com suas dimensões continentais, possui realidades diferentes e que exigem projetos e soluções diferentes. Tais realidades impõem intervenções apropriadas ao contexto. Para fins meramente didáticos, talvez devêssemos dividir a complexidade brasileira em três grandes situações: (1) as metrópoles e regiões metropolitanas; (2) os municípios de médio e pequeno porte; e (3) os territórios onde encontramos baixa densidade populacional, muitas vezes associada a fragilidades econômicas, sociais, educacionais e de acesso à saúde.

A pesquisa realizada nos mostrou claramente que as esferas governamentais percebem as discrepâncias regionais existentes no país (e, certamente, é impossível não percebê-las), entretanto, suas ações colocam uma excessiva responsabilidade na regulação das políticas de Educação Superior e oferta dos serviços de saúde (SUS), na tentativa de minimizar essas discrepâncias. Há uma compreensão clara do potencial transformador de uma IES numa escala regional. Entretanto, talvez a grande contradição presente esteja na formulação das políticas

nacionais que são materializadas em situações regionais diferentes, com realidades e necessidades distintas.

Quanto à atenção médica no Brasil e a formação de recursos humanos para o SUS, constatamos que existe um discurso fortemente arraigado à necessidade social de tal formação (ou não, conforme os agentes que os adotam e seus interesses). Entretanto, a despeito desses discursos e interesses, há, de fato, uma imprecisão conceitual do que é essa necessidade social de formação de recursos humanos e, de que perfil de recursos humanos estamos falando. Muito se tem argumentado sobre a formação médica e a melhor distribuição desses profissionais para qualificar o sistema de saúde brasileiro. Mais recentemente (no último ano), o governo federal adotou medidas pontuais de autorização de mais escolas médicas e de mais vagas nas escolas existentes, no intuito de atender carências regionais, especialmente naquelas regiões distantes dos polos metropolitanos.

Em nosso país, temos assistência e tecnologia em saúde próprias do século 21, mas ainda convivemos com demandas dos séculos 19 e 20: famílias vivem em locais sem saneamento básico, sem água potável; crianças sofrem com desnutrição; mulheres morrem em partos; doenças perfeitamente curáveis ainda não o são para toda a população brasileira. Talvez pensando nisso e reafirmando o potencial transformador que tem uma instituição de nível superior em uma região é que o Brasil decide por aumentar o número de escolas médicas em suas diferentes regiões. Entretanto, outra hipótese (diríamos que menos “ingênua”) pode apontar para uma tradução simplista, por parte do governo, de necessidade social de saúde como necessidade de assistência médica. Certamente essa é a necessidade captada pelos secretários municipais de saúde e pelas prefeituras que pressionam a esfera federal por “mais médicos”.

Mas em que medida a implantação de uma nova escola responde aos desafios e contradições que advém da formação e oferta de serviços médicos para o SUS, em sua região de abrangência? O Ministério da Educação possui instrumentos e indicadores de medição da qualidade das escolas médicas. Da mesma forma, a Associação Brasileira de Educação Médica também utiliza indicadores para avaliar a aproximação dos Cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Não desmerecendo os instrumentos supracitados, ainda nos restavam algumas dúvidas quanto à abertura de novos Cursos de Medicina e sua relação com o(s) conceito(s) de necessidade social: (1) É possível conceituar necessidade social, considerando as contradições e interesses envolvidos nessa conceituação, quando da implantação de uma escola médica? (2) A abertura de uma nova Escola Médica é, de fato, relevante na formação e na melhoria da distribuição de profissionais médicos para a atuação no SUS, em uma região? (3) Como a implantação de uma

escola médica responde aos desafios e constrói possibilidades no processo de formação e oferta de serviços médicos para o SUS no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”?

Então, retomamos o **objetivo geral** dessa pesquisa: analisar como a implantação de uma escola médica responde aos desafios e contradições do processo de formação e oferta de serviços médicos para o SUS, na sua região de abrangência e o subdividimos em outros três **objetivos específicos**. No momento das considerações finais (ainda que reconheçamos que são sínteses provisórias) retomamos a cada um deles.

O **primeiro objetivo específico** procurou evidenciar as contradições e os interesses envolvidos na conceituação de necessidade social no contexto de abertura e implantação de uma escola médica. Por esse caminho, já nos deparamos com uma grande barreira: como conceituar necessidade social? É meramente um constructo social? É variável culturalmente? Conforme discutimos no decorrer da tese, sim e não. Sim, porque o conceito incorpora elementos da cultura e da subjetividade construída a partir de um contexto social. Não, porque muitos estudos identificam parâmetros materiais universais presentes nesse conceito, que surgem relacionados aos mínimos sociais, que hoje são identificados com necessidades sociais elementares à existência humana: alimentação, água potável, moradia, educação, saúde, trabalho, lazer, entre outros. Então, uma das formas de compreender necessidade social em saúde é captar a demanda.

A demanda é o pedido explícito, a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida, ou mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de prolongar sua vida. (CECÍLIO, 2015, p. 04).

Nesse processo, as necessidades sociais de saúde, explícitas nas demandas, são extremamente importantes e adquirem status de políticas sociais quando são devidamente problematizadas, perturbando uma ordem estabelecida. O exercício da cidadania faz com que uma necessidade social assuma a relevância de ser incorporada na agenda das prioridades políticas, embora nem sempre, mesmo considerada um direito, obtenha a plenitude e a universalidade na sua atenção. A arena de conflitos e interesses que envolvem o jogo político faz com que uma mesma necessidade social seja utilizada de forma antagônica, conforme os discursos que dela se apropriam.

A necessidade humana de acesso a uma vida saudável e a melhoria das condições de existência num processo de doença é algo indiscutível no ideário hegemônico dos países que se definem democráticos. Entretanto, a satisfação dessa necessidade e o acesso aos serviços de recuperação e manutenção da saúde não se dão de maneira uniforme.

Qualquer tentativa de adoção de critérios para alocação de recursos na área da saúde, tendo como justificativa a necessidade social, sempre será frágil; frágil porque o “cobertor de recursos é curto” e porque contém, no seu cerne, a necessidade de oferecer mais aos mais desfavorecidos. O que, entretanto, não isenta a responsabilidade moral e ética de oferecer uma tecnologia de alto custo a uma única pessoa que, com essa assistência, pode ter uma sobrevivência digna. É preciso ressaltar que a distribuição dos recursos em saúde, de acordo com o que o sistema capta como necessidade social é de certa forma melhor do que a ausência total de parâmetros.

As várias tentativas de conceituar e justificar necessidade social no campo da saúde assumiram características de um híbrido biopsicossocial, onde influências ambientais, políticas e culturais foram sendo incorporadas. “Tudo está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo de compreendê-las” (CECÍLIO, 2015, p. 12).

Embora por muito tempo tenhamos convivido com a redução do conceito de necessidade de saúde como assistência à doença e ao controle epidemiológico, desde meados da década de 1980, com as Conferências Mundiais, Regionais e Nacionais de Saúde não mais permitiram que as necessidades sociais relacionadas à saúde ficassem circunscritas ao campo biologicista: paz, educação, habitação, alimentação, saneamento, justiça social e equidade passaram a fazer parte dessa complexa equação.

A clareza da amplitude dos pré-requisitos existentes à garantia da saúde da população faz com que qualquer tentativa de equacionar necessidade social de mais saúde com mais oferta de médicos e serviços nessa área atinja apenas uma parcela do que hoje já se conhece sobre o que de fato é uma necessidade social. O envolvimento de setores mais amplos do planejamento urbano, da educação, do trabalho, da vigilância epidemiológica, do respeito aos direitos humanos, aliados ao setor saúde é que poderão favorecer a realização da vida, em seu sentido pleno. Infelizmente, são poucas as iniciativas exitosas na discussão e promoção de estratégias de saúde a partir de uma prática multissetorial. Na adoção de medidas coerentes com o conceito ampliado de saúde é imprescindível a realização de um diagnóstico apropriado das regiões e suas contradições quanto às condições de vida de sua gente.

No cenário brasileiro há uma tentativa de agrupar as abordagens sobre a necessidade social de atenção à saúde de nossa população no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS). E, assim, também a necessidade de formação de profissionais da saúde que compreendam e atuem nesse sistema.

O termo “necessidade social” é amplamente utilizado pelo Ministério da Educação quando regula a oferta de Educação Superior, especialmente aqui focando no Curso de Medicina. Nos vários documentos que legislam sobre a abertura, o número de vagas, o reconhecimento e a manutenção de uma escola médica, a necessidade social está presente como algo que deve ser suficientemente argumentado e justificado. Porém, como dissemos, a compreensão de necessidade social é ambígua, assim como o é um constructo social que pode servir a muitos interesses.

Diante dessa ambiguidade, é praticamente impossível não conseguir justificar a necessidade social de criação de um curso em qualquer localidade do país. Dessa forma, a abertura ou não de uma nova escola médica fica dependente da criatividade daqueles que elaboram os projetos e utilizam argumentações razoáveis, tomando o cuidado de contextualizá-las de acordo com a caracterização da região onde a abertura é pretendida.

Ao incentivar a abertura de mais escolas médicas e, ao mesmo tempo, ao atrelar esse aumento da oferta de Ensino Superior (na área da medicina) à capacidade das instituições, dos municípios e das regiões de prestarem serviços de saúde à população, o governo federal tanto pode estar preocupado em aumentar os índices de acesso à Educação Superior no Brasil, como pode estar considerando a possibilidade de prover, através dessas instituições de ensino e municípios as melhorias nas condições da saúde no país, fortalecendo o Sistema Único de Saúde. Para ressaltar, na pesquisa realizada a relação entre instituição formadora e serviços prestados/assistência aos problemas de saúde prioritários é muito perceptível, embora questionável, pois, sozinho, curso de graduação não consegue dar conta de toda a complexidade que envolve suprir as demandas de necessidades de saúde de uma região. “As *necessidades de saúde* apresentam-se mais como uma noção; [...] tal noção comporta diferentes concepções. Ou seja, ao buscarmos a precisão formal do conceito nos deparamos com abordagens [...] distintas” (STOTZ, 1991, p. 17).

O **segundo objetivo específico** da nossa investigação foi o de analisar a relevância da abertura de uma Escola Médica na formação e na distribuição de profissionais médicos na sua região de abrangência. Esse talvez tenha sido um dos objetivos mais “estimulantes” no sentido de desvelá-lo, pois há um embate importante entre o governo e as instituições representativas de classe, nesse sentido. Enquanto o governo federal afirma que formamos poucos médicos no

Brasil (e que essa seria uma das principais razões para a existência de regiões sem a presença de um único profissional), as entidades representativas da classe médica afirmam que a grande questão não está no número de profissionais formados (que no entendimento dos mesmos, estaria adequado), mas na má distribuição desses profissionais no território nacional, justamente pela falta de políticas de atração e manutenção dos mesmos nos locais mais longínquos do Brasil.

Em um ponto ninguém discorda (e os dados censitários confirmam), a distribuição de médicos no território nacional não é equânime; há uma tendência, perfeitamente compreensível numa sociedade democrática de orientação neoliberal, de que os profissionais se concentrem em áreas urbanas e economicamente mais desenvolvidas. E, seria de uma grande ingenuidade imaginar que formar profissionais em áreas desassistidas resolveria a questão da fixação do médico nessas mesmas áreas. Somente seria possível acreditar na fixação do profissional na região em que se formou se também acreditássemos na ausência de migração entre os profissionais já formados.

O fenômeno da migração é extremamente complexo e resulta de um sistema capitalista de livre oferta e demanda, onde o salário e as oportunidades em determinadas regiões servem de incentivos para que profissionais formados migrem em busca de melhores salários e melhores oportunidades de desenvolvimento pessoal/profissional, a partir da existência de redes de atenção em saúde.

Uma das constatações dos estudos empreendidos nessa tese é a de que não existe uma especificação objetiva e precisa do número de profissionais médicos necessários para atender às necessidades de determinada população; a precisão matemática, nesses casos, não funciona. Dessa forma, segue o questionamento quanto à regulação da oferta de Ensino Superior, em determinados cursos, tendo por base a definição de número de profissionais (de uma “cifra ideal”) que, por sua vez, está ancorada nas inúmeras maneiras de “modelar” o conceito de “necessidade social”, em contextos diferentes.

Durante todo o percurso dos estudos da tese, ficaram claras as preocupações do governo federal (que são importantes) com a consolidação do SUS, com o acesso da população aos serviços de saúde em todas as regiões brasileiras e com a vinculação da formação dos profissionais da saúde com o sistema de assistência implantado no país. Entretanto, a afirmativa frequente na legislação e discursos políticos de que a formação de mais médicos no Brasil (situadas em diferentes regiões de carência desses profissionais) irá garantir uma melhor distribuição dos mesmos, no cenário nacional, carece de análises mais complexas, contemplando múltiplos indicadores, tal como objetivamos proceder na pesquisa ora relatada.

O incentivo de abertura de cursos de Ensino Superior em regiões com pouco ou nenhum acesso ao mesmo é, de fato, um condicionante de desenvolvimento e melhoria das condições de qualidade de vida dessas mesmas regiões. O potencial de inovação e de indução de desenvolvimento que uma IES traz para o seu contexto de abrangência é inquestionável. As possibilidades advindas do desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão acabam por originar projetos, programas e ações que nem sequer haviam sido imaginados na concepção inicial de sua criação. Porém, a análise de cada projeto de curso, com seus objetivos e metas, é relevante para compreender suas especificidades, possibilidades e limitações, como no caso de um Curso de Medicina.

Em se tratando especificamente desse curso, importantes metas foram traçadas, desde o final da década de 1980, para garantir a expansão da política de formação superior atrelada à política de formação de profissionais capacitados para a atuação no SUS, numa tentativa de implantar, consolidar e qualificar esse sistema nacional de saúde. Mais precisamente após a aprovação das primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCNs) em 2001, é possível afirmar que um projeto de Curso de Medicina é um projeto social contextualizado a partir dos princípios e das concepções do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O que nos inquietou, desde o momento em que começamos a fazer parte da construção e da implantação de uma escola médica é o fato de que, por se tratar de um projeto social, carece de constante monitoramento, em função dos objetivos e metas. Não estamos falando, aqui, da vigilância reguladora do Estado, ou da adequação (ou não) às DCNs, estamos nos referindo à capacidade de acompanhar, avaliar, evidenciar contradições e redefinir ações, com base em indicadores construídos para esse fim, que possam dar conta do conhecimento mais próximo do real daquilo que, em determinada região, conseguimos captar como “necessidade social” de formação e assistência em saúde.

O Brasil possui dimensões continentais e para governá-lo, nas várias áreas, como a saúde, a regionalização acaba sendo uma importante ferramenta. No campo da saúde, territorialização e regionalização estão presentes desde os primórdios de tentativa de controle de epidemias; era preciso mapear áreas afetadas, áreas de riscos e áreas de ações efetivas. Atualmente, as múltiplas formas de regionalizar em saúde constituem uma alternativa de descentralizar políticas e ações, construindo e fortalecendo redes de atenção que, pelo menos em teoria, deveriam permitir acesso aos diferentes níveis de assistência, com resolutividade, universalidade e qualidade.

Retomando a questão da relevância da abertura de uma Escola Médica na formação e na distribuição de profissionais médicos na(s) sua(s) região(ões) de abrangência, havia uma expectativa muito grande de que a implantação do curso ampliaria o número de médicos

formados que, por sua vez, supririam as vagas profissionais existentes nos municípios. Pois essa é uma grande contradição evidenciada durante a pesquisa: somente metade dos egressos e estudantes do curso se mostra interessada em atuar na região de abrangência do seu curso de formação (UNISC). Na complexidade dos fatores que interferem nas decisões pessoais e profissionais, cabe ressaltar um deles: mais de 95% dos formados pela IES tem sua naturalidade e vínculos familiares em outras regiões do Rio Grande do Sul ou em outros Estados.

Sendo um processo seletivo público e ainda muito disputado, o vestibular para o Curso de Medicina da UNISC acaba por selecionar entre 95 e 97% de estudantes de fora da sua região de abrangência. Mais uma vez é preciso refletir se a abertura de um curso em determinada região garante a vinculação dos egressos com a mesma. Além da vinculação familiar e emocional com seus municípios e regiões de origem, a ampla liberdade de mercado faz com que os egressos migrem para regiões metropolitanas, segundo eles mesmos, com melhores condições de trabalho, crescimento profissional e acesso à remuneração, cultura e lazer não disponíveis em municípios do interior.

Pesquisas já realizadas, acerca da fixação de médicos nesses municípios do interior, apontam pelo menos três fatores críticos para a dificuldade de permanência dos mesmos: (1) o tipo de contrato oferecido pelos municípios que, embora envolva uma boa remuneração salarial, está ancorado em dispositivos legais precários e temporários, que muitas vezes ferem a própria Constituição Federal e os Direitos Trabalhistas; (2) a sobrecarga de trabalho a que são submetidos, uma vez que, em várias situações, são os únicos responsáveis pela atenção médica a toda a população municipal; (3) agregado ao segundo fator, está a solidão dos médicos atuantes nesses municípios que, como já dissemos, muitos vezes são os únicos e precisam lidar com a precariedade dos serviços de referência e diagnóstico, comprometendo a resolutividade da atenção, bem como gerando um sentimento de impotência.

Então, podemos afirmar, com base na pesquisa realizada, que a existência de um Curso de Medicina não supre, em termos de egressos (pelo menos a curto e médio prazo), a carência de médicos em determinada região. As estruturas dos serviços de saúde, editais de concursos públicos e planos de carreira, a possibilidade de conciliar atuação profissional com a formação continuada em Residências Médicas são fatores decisivos nas escolhas dos egressos quanto aos seus locais de atuação.

Porém, cabe trazer, nesse momento, um dado extremamente importante levantado pela tese: houve um incremento de quase 140% no número de médicos credenciados pelo SUS em atuação na região de abrangência do Curso de Medicina, durante o período compreendido entre 2007 e 2014. Conforme as argumentações anteriores, se a variável do aumento de médicos na

região não está diretamente ligada aos egressos do Curso de Medicina, que fatores estariam influenciando nesse fenômeno? Um dos fatores que conseguimos detectar reside na transformação gradativa do município de Santa Cruz do Sul num polo regional de saúde. A implantação de um conjunto de cursos de formação profissional na área (dentre eles a graduação em medicina), a oferta de Programas de Residência Médica nas cinco grandes áreas de formação, a transformação do Hospital Santa Cruz em Hospital de Ensino, a abertura do Programa de Residência Multiprofissional nesse mesmo hospital, além da constante busca de credenciamento de novos serviços, atestam a busca pela qualificação e oferta de atendimentos no município, tornando-o polo de referência regional.

A melhoria da rede de serviços em saúde passou a ser um atrativo para o estabelecimento de profissionais médicos oriundos de vários outros municípios. Também a possibilidade de conciliar a atuação profissional médica com a docência acabou se tornando uma boa perspectiva para jovens médicos que, além dos programas de residência, também buscaram formação acadêmica em cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Outro fator de indiscutível relevância está relacionado ao aumento dos atendimentos SUS, pelo Curso de Medicina em parceria com o poder público, fazendo com que médicos não credenciados para esse tipo de atendimento acabassem por força da docência e/ou preceptoria atuando junto ao Sistema Único de Saúde.

Podemos afirmar que, mesmo com um histórico recente (oito anos) de existência do Curso de Medicina em Santa Cruz do Sul, o mesmo é relevante na formação e na distribuição de profissionais médicos na sua região de abrangência, senão pelo número ainda singelo de egressos que atraiu para a sua região, então pela ampla abertura de novos serviços, novos leitos, novas formas de atuação e um número expressivamente maior de médicos (não egressos do curso proposto) agregados à escola médica por meio da docência ou da preceptoria.

Ainda é possível detectar, a partir da coleta e triangulação dos dados, uma tendência entre os egressos do Curso de Medicina da UNISC que ora estão terminando suas formações nos programas de residência: alguns têm procurado atuação profissional em Santa Cruz do Sul ou nos municípios de sua região de abrangência, onde estabeleceram uma rede de suporte para dar início ao exercício profissional mais autônomo e independente; estão suficientemente perto de seus professores e preceptores, aos quais podem solicitar auxílio e fazer os encaminhamentos que são necessários, em alguns casos. A angústia do início de carreira é minimizada pela tutela solidária daqueles que os iniciaram na profissão.

O **terceiro objetivo** traçado para essa pesquisa foi o de analisar as contradições, as possibilidades e os desafios advindos da implantação de uma nova escola médica no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”. Nesse sentido, a própria existência do

SUS, a partir do qual uma escola médica deve pautar suas ações formadoras, é repleta de contradições. Não teria como ser diferente, pois esse sistema de saúde (que se firma nos princípios da equidade e da universalidade) é materializado em uma sociedade capitalista, que, por sua vez, possui uma racionalidade inversa. A inclusão de todos os cidadãos brasileiros no SUS, a partir do princípio da universalidade, gera iniquidades. O cidadão trabalhador que, com as taxas de impostos que paga auxilia na manutenção o SUS, certamente não tem a mesma assistência médico-hospitalar daquele outro cidadão que também paga os seus impostos, mas que possui renda suficiente para custear um plano suplementar de saúde.

O Sistema Único de Saúde reflete o paradoxo de separar o econômico do social: política de modernização econômica e tecnológica versus política de proteção social e universalização da saúde. Por um lado, o SUS representa uma modernização, pois está ligado ao desenvolvimento tecnológico e às racionalidades econômicas que permeiam a difusão e a promoção de inovações. (VIANA; IBÁÑEZ; ELIAS, 2009, p. 15).

Dessa forma, o sistema de saúde acaba por se inserir fortemente no complexo econômico mundial, que movimentava bilhões nessa área, tendo que lidar com as leis de mercado e suas consequentes prioridades e exclusões. Entretanto, por outro lado, o SUS foi concebido e estruturado para a universalização da atenção à saúde no Brasil e, desse modo, deveria lidar, através do planejamento de ações que considerassem as necessidades sociais de sua população, com a desigualdade social existente em nosso país.

Com isso, de forma alguma queremos desmerecer as conquistas dos SUS, mas o seu grande desafio, dentro de uma lógica capitalista, é ser único e de qualidade para toda a população brasileira. A universalização e a qualidade da atenção à saúde (em todos os seus níveis de complexidade) ainda são palco de longos debates nas esferas políticas e econômicas. A própria existência do Sistema Único de Saúde, que foi regulamentada pela Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, conta com pouco mais de vinte anos de experiência e se estabelece justamente num cenário político-econômico-social de crescimento da lógica neoliberal, bem como de aumento de privatizações em vários setores, dentre eles os serviços de saúde.

Se o sistema é relativamente novo, os profissionais para atuarem segundo os seus princípios precisam de uma formação adequada, portanto, a ordenação da formação de recursos humanos, a partir de diretrizes curriculares nacionais vinculadas ao SUS, é perfeitamente justificável, como também o é a regulação da abertura de novas escolas médicas no Brasil. A perceptível tensão entre o “velho” (a “tradição”) e o “novo” (a “transformação”) fazem parte tanto do campo da saúde como do campo da educação. Saúde e educação são realizações de sujeitos situados historicamente e territorialmente, portanto, permeados por conceitos e interesses, que avançam no campo das contradições dos fenômenos sociais.

Dessa forma, em meio ao caminho dialético de redirecionamento da educação médica no Brasil, talvez o principal desafio tenha sido mudar o perfil profissiográfico: do especialista, para o generalista, capaz de lidar com a organização do SUS e seus níveis de complexidade. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina definiram concepções, princípios, competências e habilidades para a formação dos médicos no Brasil. No entanto, passados mais de dez anos de sua aprovação (e, mais recentemente, com a aprovação de uma nova redação em 2014) nem todas as escolas formadoras conseguiram atendê-las em sua plenitude; é difícil vencer a força inercial da tradição e, no caso da Medicina, uma profissão solidamente reconhecida e valorizada, a tradição é tida como um valor a ser preservado.

Parece-nos bastante óbvio que para construir o “novo” não é preciso destruir o “velho”, nem mesmo isso é possível; compreender a história, valorizar as conquistas e aprender sempre, a partir de novas conexões, perguntas e desafios são os elos (ou os “nós”) que devem mover um projeto social de formação profissional. Quando as primeiras DCNs foram aprovadas, em 2001, tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde percebiam a falta de articulação entre os profissionais que estavam sendo formados e o esforço nacional para a reorientação e reorganização dos serviços de saúde. As instituições de Ensino Superior, a partir de suas estruturas curriculares, não contemplavam a formação dos recursos humanos necessários para as mudanças na atenção em saúde, já previstas em lei. Uma nova concepção de formação se tornou imperativa na abertura de novos cursos e na reestruturação dos já existentes.

Desde então, novos cursos foram sendo autorizados, condicionados pelos dispositivos legais enquanto indutores da formação de recursos humanos. Sob esse aspecto, fica evidenciado o seu caráter de projeto social e a possibilidade de avaliar suas contradições, seus êxitos, suas dificuldades, seus limites e suas possibilidades.

Com o **objetivo geral** de analisar como a implantação de uma escola médica responde aos desafios e contradições do processo de formação e oferta de serviços médicos para o SUS, na sua região de abrangência, utilizamos avaliação investigativa (ou por triangulação de métodos) como metodologia de trabalho. Já no levantamento documental da época das discussões sobre a sua abertura ou não, nos deparamos com uma das principais contradições, que permeou todo o processo de implantação: o projeto de autorização pretendido estava alicerçado na formação do médico generalista, capaz de atuar com resolutividade na atenção básica; entretanto, os apoiadores do projeto (dentre eles inúmeros políticos da região) demonstravam uma preocupação com a oferta de serviços médicos especializados em Santa Cruz do Sul, preocupados em acabar com a “ambulancioterapia”, ou seja, o envio de pacientes dos pequenos municípios para os serviços especializados na região metropolitana que, então, poderiam ter esses serviços no

município. Essa era a face das necessidades sociais, na área da saúde, percebida por esses sujeitos.

A grande defesa para a mudança no perfil de formação dos profissionais médicos é justamente a de que, cada vez menos, se tenha a necessidade do atendimento especializado, resolvendo, na atenção básica, mais de 80% dos “problemas” de saúde da população, percebidos de forma coletiva. Entretanto, a história da formação médica nos mostrou que, por muito tempo, a ênfase nessa formação reforçou o perfil do especialista e com ela, a necessidade crescente desses profissionais para atender as demandas que chegam, em alto volume, aos secretários municipais de saúde e aos prefeitos.

A abertura de um Curso de Medicina gerou a expectativa da oferta de mais especialistas disponíveis para atender aos encaminhamentos dos pequenos municípios. Essa contradição persiste e, inclusive, acaba por funcionar como um elemento dificultador de uma reforma curricular que, de fato, tenha ênfase na formação generalista. Com a implantação do currículo do Curso de Medicina da UNISC, embora com características inovadoras e com ênfase no perfil generalista, vários ambulatórios de especialidades foram sendo criados, em parceria com a gestão municipal. Pois bem, a população, hoje, conta com esses ambulatórios e a simples reflexão sobre a necessidade de transformá-los em ambulatórios clínicos ou cirúrgicos gerais, associados aos ambulatórios da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental, já causa uma série de tensões.

O projeto pedagógico do Curso de Medicina da UNISC descreve o perfil de formação do médico generalista, orientado na perspectiva da compreensão da integralidade do atendimento em saúde, com especial ênfase à atenção básica (importante porta de entrada no Sistema Único de Saúde), onde a atuação em equipe é crucial, tanto nas ações de prevenção e promoção da saúde, como nas ações terapêuticas. Em vários trechos do projeto, há a afirmação da necessidade de desenvolver competências e habilidades nas cinco grandes áreas na formação médica: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e saúde coletiva.

Entretanto, esse mesmo projeto torna-se contraditório quando analisamos a grade curricular e percebemos especialmente nos módulos “Saúde do Adulto” a fragmentação dos conteúdos em áreas tradicionalmente conhecidas como “especialidades médicas”. O sistema modular está presente, existe uma ementa em comum, mas as áreas carecem de um eixo articulatório dentro do próprio módulo. Hoje, reforçam a sua existência independente, enquanto especialidade consagrada.

Um dos principais desafios do Curso de Medicina da UNISC foi o de vencer a resistência a sua própria abertura. Na época, as entidades representativas da classe médica eram veementemente contrárias à abertura, com a alegação de que não havia necessidade social de

mais vagas para formação de médicos no Rio Grande do Sul. Assim, a universidade procurou o apoio nas prefeituras, câmaras municipais de vereadores e representações da sociedade civil organizada, procurando demonstrar a carência de médicos na região e, conseqüentemente, a necessidade social de abertura do curso. Com seu perfil identificado com uma forte inserção comunitária regional, esse movimento da UNISC gerou grande expectativa nos municípios, que vislumbraram a solução para a falta de médicos na grande maioria deles. Mesmo antes da sua autorização, o curso já contava com dezoito convênios firmados com Prefeituras do Vale do Rio Pardo e Taquari, além da Prefeitura de Santa Cruz do Sul, prevendo cooperação técnica para execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão, conforme já explicitamos no desenvolvimento da tese.

No entanto, a expectativa gerada inicialmente, nos contatos com os municípios, de maior parceria na atenção médica e projetos na área da saúde acabou por não se confirmar durante a implantação do curso. Quando analisamos o mapa da região de abrangência do Curso de Medicina da UNISC, percebemos que vários municípios ficaram de fora. Essa é, sem dúvida, uma contradição posta e que precisa ser refletida em futuros planejamentos e direcionamentos do curso.

Por que esses municípios ficaram de fora? Uma das razões é que no município de Santa Cruz do Sul a gestão da saúde é plena, significando que todo e qualquer serviço/atendimento ofertado em seu território deve passar por uma contratualização com o poder público municipal, que é o gestor dos recursos financeiros que irão custear esse atendimento. Dessa forma, na própria contratualização é defendida, com veemência, a exclusividade de atenção à população municipal. Toda e qualquer ampliação de atendimentos, para outros municípios, exige novas negociações, especialmente envolvendo a gestão regional e estadual do SUS, a partir do credenciamento referenciado de média e alta complexidade.

Outra razão para a dificuldade de ampliação da inserção regional do Curso de Medicina está na própria organização curricular e trajetória de formação. Quando em formação, os estudantes precisam, invariavelmente, da tutela de seus professores e preceptores. Então, as despesas de deslocamento de um grupo de estudantes e seus docentes para outros municípios dificulta a prática dessas ações.

Também, o número restrito de estudantes (no caso da UNISC, um número inicial de trinta estudantes que, atualmente, passou para trinta e cinco por turma), faz com que haja menos disponibilidade de distribuí-los, durante a formação, em diferentes municípios. Com a plenitude do currículo implantado, já é possível pensar na ampliação da rede regional de atenção do curso,

a partir de convênios envolvendo o internato médico (estágio obrigatório que abrange os dois últimos anos de formação médica); essa é uma perspectiva que vislumbramos durante a pesquisa.

Na área da saúde, a delimitação de territórios sempre foi de grande importância desde a descoberta e a tentativa de enfrentamento das grandes epidemias. O curioso, no caso do projeto do Curso de Medicina, é que já na sua gênese existem muitas delimitações territoriais ou “regiões de saúde”, como são chamadas tais delimitações pelo poder público. São nessas regiões que as ações de saúde se materializam e não existe uma única, na qual um projeto de Curso de Medicina pode se apoiar para realizar seus diagnósticos. Dependendo dos propósitos a partir dos quais são criadas, as regiões envolvem uns e outros municípios.

Nesse contexto, destacamos um elemento importante: uma região é um espaço vivido, ocupado, pensado, problematizado. Então, quando da abertura de uma nova escola médica também uma nova região passa a ser configurada, a partir das ações partilhadas entre governos, entidades e sujeitos, com propósitos em comum. Essa foi uma das principais questões percebidas ao longo da pesquisa: não estávamos falando de uma única região (seja de saúde ou de administração pública), mas estávamos diante de várias configurações de região que tinham uma influência direta nos projetos e ações pensados e desenvolvidos pelo curso.

Primeiro, observamos a região delimitada pelo apoio dos municípios à abertura do Curso de Medicina da UNISC. Depois, identificamos a necessidade de conhecer mais profundamente os dados sobre o perfil epidemiológico e os profissionais da saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, da qual o município de Santa Cruz do Sul é sede. Deparamo-nos, também, com uma nova regionalização (feita pelo Sistema Único de Saúde) que dividiu o Estado do Rio Grande do Sul em trinta regiões, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; nessa regionalização, o município de Santa Cruz do Sul está inserido na Região Vinte e Oito que, coincidentemente, congrega todos os municípios da 13ª CRS. Por fim, nos deparamos com a região de atuação do Curso de Medicina, que não coincide com nenhuma das anteriores, mas que foi construída durante a implantação do curso, através dos convênios, projetos, ações e atendimentos; uma região construída e em construção, pois envolve um projeto social inacabado.

A existência da gestão plena da saúde no município de Santa Cruz do Sul e a contratualização com o mesmo, envolvendo os serviços prestados pela APESC (UNISC e HSC), na fase de implantação do Curso de Medicina, acabou (como já destacamos) sendo um fator determinante da delimitação da abrangência regional de atuação do curso, concentrando os serviços prestados quase que exclusivamente nesse município.

A área de abrangência do Curso de Medicina limitou-se aos municípios próximos à Santa Cruz do Sul; o município de Pantano Grande (o mais distante) fica distante 58,8 km da sede do curso. Essa realidade, de municípios do interior, difere dos grandes centros urbanos, onde, dentro de um mesmo município, a área de abrangência do curso é bem maior. Essas diferenças são dificilmente conciliadas nos documentos de avaliação dos cursos, projetados para uma escala nacional. O perfil epidemiológico, bem como a necessidade de ambulatórios e de leitos é variável no contexto brasileiro; diferem imensamente nas grandes metrópoles e nos pequenos e médios municípios do interior do Brasil.

Cabe destacar que 67% dos municípios que estão na região de abrangência do Curso de Medicina ainda não formalizaram convênios com o curso, depois de sua implantação. Esse é um importante indicativo do potencial de ampliação da rede de formação e assistência em saúde, que pode ser ampliada no cenário regional. Com certeza, é algo que deva ser trabalhado a partir de projetos e ações compartilhadas, nos próximos anos.

Precisamos referir que o dimensionamento das possibilidades de atendimento do Curso de Medicina, na esfera regional, somente se tornou possível tendo completado o primeiro ciclo de formação (seis anos), bem como após a estruturação do hospital de ensino e dos programas de residências médicas que, juntos, formam a rede de referência regional. Encontramo-nos, portanto, em uma nova etapa, onde a expansão de ações formativas precisa ser analisada de acordo com esses novos componentes histórico-contextuais.

Conforme apontamos em vários momentos dessa tese, a abertura de um Curso de Medicina gera expectativas e desafios, especialmente quanto ao potencial de atender às demandas da região. Nesse sentido, um acompanhamento longitudinal nos fornece mais dados e possibilidades de ação. O que de fato já temos como uma certeza, é que a interiorização da formação médica requer investimento em infraestrutura e incentivos para a manutenção de profissionais qualificados, tanto na assistência, quanto na docência.

O caso do Curso de Medicina da UNISC precisa ser compreendido no conjunto do projeto da área da saúde da APESC (sua mantenedora) que envolveu a transformação do Hospital Santa Cruz em Hospital de Ensino, além da ampliação e fortalecimento de outros cursos de formação na área da saúde. É possível afirmar, com base nos dados coletados, que a presença de um Curso de Medicina (e a implantação de um hospital de ensino) eleva o número de estabelecimentos de saúde na região, uma vez que acaba por determinar a criação de novos serviços e a ampliação de outros, já existentes. Da mesma forma, há um incremento significativo no número de profissionais da saúde que passam a atuar, pelo SUS, na região.

Entretanto, o número de vagas ociosas para médicos nos municípios da região ainda é exponencialmente maior do que número de egressos que optaram por assumirem essas vagas: a pesquisa verificou um total de trinta e sete vagas abertas, para além das catorze já ocupadas por egressos da UNISC. Como uma possível solução mais imediata, daquilo que os dirigentes do SUS percebem como necessidade social, o Governo Federal enviou, para a região, profissionais oriundos do Programa Mais Médicos.

Retomando a discussão da necessidade social de médicos, que sempre pautou a abertura de novas escolas médicas, concluímos que esse processo de abertura não supre pelo menos a curto e médio prazo, essa necessidade (especialmente falando dos contratos com as prefeituras). Pensar num processo mais amplo de uma rede de saúde articulada no local de formação, com serviços estruturados, concursos públicos, planos de carreira, possibilidade de formação continuada e em serviço, bem como o suporte valioso do ensino, da pesquisa e da extensão de uma IES é que poderá, de fato, alterar significativamente o quadro da distribuição de médicos em nosso país.

Para além dos dados quantitativos coletados durante a avaliação investigativa, que comprovaram a tendência (no Curso de Medicina da UNISC) de formação do profissional generalista, capaz de trabalhar em equipe e conhecedor das estruturas de níveis de atenção no Sistema Único de Saúde, a voz dos sujeitos qualificou a reflexão sobre os resultados, enfim, sobre o alcance do projeto.

Avaliando especificamente os processos de formação e os resultados, a partir das argumentações dos sujeitos da pesquisa, também percebemos algumas contradições e avanços. O projeto do Curso de Medicina da UNISC foi considerado inovador pela grande maioria dos pesquisados, tendo como referência a classificação utilizada pela ABEM, quanto à proximidade ou distanciamento das DCNs³⁰. Porém, um “projeto inovador” não poderia dar margem a interpretações de que práticas comunitárias e em diferentes cenários são dispensáveis nos primeiros semestres, assim como não poderiam figurar como menos relevantes se comparadas às práticas hospitalares.

No entanto, a complexidade dialética da realidade é permeada pelo “velho” e pelo “novo” e há sempre algo desse “velho” (saber consolidado até então) a ser incorporado no “novo”; o movimento espiral dialético mostra a processualidade e as múltiplas faces de uma transformação. Podemos concluir que, quando somente 14,7% dos estudantes relatam que as práticas

³⁰ Os aspectos inovadores referem-se à quebra da dicotomia “ciclo básico” e “ciclo profissionalizante”, à adoção de metodologias de ensino/aprendizagem centradas na autonomia dos estudantes (através de tutorias), à inserção dos estudantes, desde os primeiros semestres, nos cenários de atuação profissional, à ênfase em conteúdos relacionados aos determinantes da saúde, para além do tratamento de doenças, dentre outros.

comunitárias são dispensáveis nos primeiros semestres e que apenas 6,4% acredita que são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares (totalizando 21,1%), há uma forte evidência de mudanças de concepções, com tendência de valorização do perfil médico preconizado pelo projeto. No grupo de professores e preceptores, a evidência da valorização da diversificação dos cenários de formação profissional foi ainda maior.

Destacamos mais alguns pontos fundamentais, resultantes da pesquisa. O primeiro deles é referente à importância da realização dos concursos públicos para docência (especialmente nas cinco grandes áreas de formação médica) como um forte componente de atração de profissionais médicos para a região, especialmente aqueles que já possuem formação de pós-graduação *stricto sensu* e vocação para a docência.

O segundo ponto fortemente perceptível foi o distanciamento do grupo de preceptores do projeto de formação proposto pelo Curso de Medicina da UNISC; esse grupo de sujeitos participantes da pesquisa percebem suas atuações “descoladas” do projeto de formação do egresso e praticamente desconhecem as Diretrizes Curriculares Nacionais de formação na área. Associamos esse dado à inexistência de um programa de formação continuada e educação permanente para os funcionários (categoria em que muitos preceptores estão enquadrados). Os funcionários que melhor percebem o projeto pedagógico e suas ações formadoras são aqueles ligados às funções administrativas e que frequentam reuniões colegiadas que tratam desses assuntos. Tanto os funcionários diretamente contratados pelo Curso de Medicina para auxílio da assistência, quanto os funcionários do Hospital de Ensino (HSC), vinculados ao curso, carecem de um programa de formação estruturado a partir dos objetivos de formação dos futuros profissionais da saúde e de suas necessidades de atualização.

Um terceiro ponto está concentrado no dado de que 100% dos funcionários das ESFs terem referido mudanças significativas nos serviços do SUS, durante a implantação do Curso de Medicina. As mudanças citadas foram perceptíveis na melhoria das estruturas físicas, na maior agilidade no fluxo de referência e contra referência, no aumento do número de atendimentos no próprio município (especialmente quanto às especialidades), bem como a verificação da existência de mais profissionais atendendo às demandas do SUS.

Destacamos, ainda, que a maioria dos egressos do Curso de Medicina da UNISC (91%) está atuando no SUS. Isso nos leva a reafirmar a importância da avaliação investigativa e monitoramento constante do projeto social de formar profissionais capazes de atuarem no sistema de saúde brasileiro, compreendendo suas diretrizes. Entretanto, tal afirmação não significa “conformar” profissionais aos “moldes” dos serviços públicos de saúde. Os egressos precisam conhecer as metas, a realidade, as contradições, as dificuldades, e as possibilidades de sua atuação

profissional para que possam tomar posicionamentos em prol daquilo que acreditam que deva ser uma boa condição de atuação na saúde e valorização tanto das pessoas que atuam, como daquelas que se utilizam dos serviços ofertados.

Egressos do Curso de Medicina da UNISC, já no início de suas carreiras, estão assumindo uma carga horária semanal de mais de 40 horas no SUS e, certamente, precisam refletir sobre as condições de trabalho a que são submetidos e as perspectivas de carreira que buscam e que envolve a educação continuada. Metade desses egressos também está atuando em plantões de serviços de urgência e emergência e esse é um dado já constatado pelo Ministério da Saúde e por pesquisas realizadas pela ABEM; tanto que as novas diretrizes curriculares apontam a necessidade do reforço dessa formação durante a graduação. Os recém-formados geralmente estão nos lugares de maior dificuldade de oferta e manutenção de serviços qualificados.

O SUS efetiva-se em todos os lugares do território brasileiro como norma (direito à saúde), mas não como modernização, isto é, como oferta de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros. Os locais que se encontram mais à margem dos atuais processos de modernização e inserção no mercado global são justamente aqueles nos quais o SUS encontra as maiores dificuldades para a atração e fixação de profissionais, a oferta e manutenção de serviços qualificados e a arrecadação de recursos financeiros para serem investidos no sistema de saúde. (VIANA; IBÁÑEZ; ELIAS, 2009, p. 15).

Procurando avaliar a percepção dos estudantes e egressos sobre a formação que tiveram para a atuação imediata no SUS, pedimos que os mesmos avaliassem essa formação. A totalidade dos sujeitos referiu uma formação adequada, assim dividida: “muito boa” (55%); “ótima” (27%); e, “boa” (18%). Mesmo que esses dados estejam calcados na percepção dos sujeitos, como os mesmos têm contato com outras escolas de formação e participam de debates com seus pares (vinculados a outras instituições formadoras), acreditamos na relevância de suas colocações. No entanto, embora os números sejam animadores a complexidade da realização de um projeto social exige seu constante acompanhamento, avaliação, reflexão e redirecionamento.

O principal argumento da nossa tese é de que a análise da “necessidade social” de uma nova escola médica, no contexto regional deve considerar o fenômeno de implantação dessa escola como um projeto social, situado em uma rede de relações e permeado por contradições e possibilidades, no que se refere à atenção à saúde.

O próprio conceito de necessidade social é cambiante e precisa ser situado territorialmente e historicamente. Entretanto, tal conceito, muitas vezes, se encontra cristalizado na noção de que “necessidade representa o que se requer para solucionar o problema identificado [coletivamente]. A necessidade se mede estimando o desvio em relação à norma” (STOTZ, 1991, p.59). Aqui fazemos uma crítica às teorias que compreendem as necessidades somente como demandas de atendimentos, não contemplando a dialeticidade da sua conceituação: necessidades de saúde são

sociais, mas também são fenômenos individuais, influenciados pelos grupos, crenças e valores dos sujeitos. Não é possível reduzir o seu conceito a um ou outro polo.

Uma boa solução consistiria em seguir as proposições da Antropologia, da Sociologia, da Política e da História, que recuperam, na experiência humana, o papel dos homens e das mulheres como sujeitos. Sujeitos que experimentam suas situações determinadas (nas relações que se encontram como agentes de produção, por exemplo), tanto como necessidades, quanto como interesses, vivenciando a contradição através das referências culturais que integram, na sua consciência, tais situações. (STOTZ, 1991, p. 131).

Esperamos ter contribuído com o contexto polêmico que envolve a abertura de escolas médicas no Brasil, acrescentando elementos que demonstram a complexidade desse fenômeno, quando compreendido como um projeto social. Ficamos com a certeza de que outras tantas pesquisas podem e devem se efetivar, considerando as mudanças constantes nesse cenário.

Por fim, concordando com Humberto Eco (1995, p. 169) fazer uma tese é divertir-se! Diríamos até que é deliciar-se com descobertas, encontros, dúvidas e reflexões. Escrever uma tese é compartilhar parte do que somos e do que vivemos, com outras pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. *Projeto ABEM 50 anos: dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/pdf/50anos.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2013.
- AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). *SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. *Território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP*. 2006. 143f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana – Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). *SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011, p. 137-151.
- ALMEIDA, Márcio José de; CAMPOS, João José Batista de; TURINI, Barbara; NICOLETTO, Sônia C. S.; PEREIRA, Luciana Alves; REZENDE, Lazara R.; MELLO, Polyana L. de. Implantação das Diretrizes Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, n. 31, v. 2, p.156-165, maio/ago. 2007.
- AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.136-146, maio/ago. 2005.
- AMRIGS. Associação Médica do Rio Grande do Sul. *Amrigs divulga nota contra a abertura do Curso de Medicina da UNISC*. 2003. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/1437/amrigs-divulga-nota-contr-a-abertura-do-curso-de-medicina-da-unisc/>>. Acesso em 30 abr. 2014.
- APESC. Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul. *Relatório de Responsabilidade Social 2013*. Santa Cruz do Sul: APESC, 2013.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Bogueira V. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. São Paulo, *RAS - Revista de Administração em Saúde*, v.12, n. 46, p.07-14, jan./mar., 2010.
- BARRETO, Maurício Lima. Resolver o velho para cuidar do novo. In: SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Org.). *A Saúde no Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década*. São Paulo: SPDM, 2012, p. 49-51.
- BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza da. *O Professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação*. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2001.
- BORDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. *Ofício de Sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. *História, Ciência, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 549-568, set./dez. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Diário Oficial da União. Medida Provisória Nº621, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em 10 jul. 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. [Relatório] 2010, Brasília [para] Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, 18p. Relata parecer da verificação in loco das condições de funcionamento do Curso de Medicina da UNISC, para fins de cumprir o ato regulatório de reconhecimento.

BRASIL. *Medidas ampliam formação de médicos especialistas para áreas prioritárias*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/06/medidas-ampliam-formacao-de-medicos-especialistas-para-areas-prioritarias>>. Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Mais Médicos. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/>>. Acesso em 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial Nº 1.802 de 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 11 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília, 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde). Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em 19 set. 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial 1000, de 15 de abril de 2004. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/14257-1000.html>>. Acesso em: 05 maio 2014.

BRASIL. Portaria Nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. Portaria Nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/urgencia-emergencia/urgencia-emergencia/portaria-no-2395-de-11-de-outubro-de-2011.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Portaria Normativa Nº2, de 1º de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Portaria Normativa Nº3, de 1º de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 26 de fev. 2013.

BRASIL. Portaria Normativa Nº40, de 12 de dezembro de 2007. Republicada em 29 de dezembro de 2010. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da Educação Superior no sistema federal de educação, e o Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos Superiores e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banco de avaliadores (Basis) e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e outras disposições. Disponível em: <<http://meclegis.mec.gov.br/documento/view/id/17>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Programa Mais Médicos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos>>. Acesso em 17 fev. 2014.

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº4, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task>. Acesso em: 24 jun. 2014.

BRASIL. Resolução CNS Nº350, de 09 de julho de 2009. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso350.doc>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

CALIL, Lúcia Peixoto. Indicadores: o desafio de evidenciar mudanças. In: OTERO, Martina Rillo (org.). *Contexto e prática da avaliação de programas sociais no Brasil: temas atuais*. São Paulo: Peirópolis, 2012, p.57-82.

CAMPOS, Célia; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 21, v.4, p.1260-1268, jul.-ago., 2005.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n.42, v.2, p.347-68, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 57, v.5, p. 611-614, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em 11 out. 2014.

CAMPOS, Maria Celeste Gonçalves; SENGER, Maria Helena. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, n. 11, v.4, out-dez 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n4/a4124.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.

CAREGNATO, Rita Catalina; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARTA DE OTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986. Disponível em <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013.

CAVALCANTE NETO, Pedro; LIRA, Geison Vasconcelos; MIRANDA, Alcides Silva de. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p.198-204, 2009.

CECCONI, Eduardo. Metade dos profissionais se concentra na Capital. *Jornal Zero Hora*, Porto Alegre, 03 out. 2005, p.05.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção*. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

CEPAL. Manual de Formulação e Avaliação de Projetos Sociais (1997). Disponível em: <http://www.ssc.wisc.edu/~jmuniz/CEPAL_manual%20de%20formulacao%20e%20avaliacao%20de%20projetos%20sociais.PDF>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia Médica no Brasil*. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Simpósio Ensino de Urgência e Emergência aponta deficiências na formação de profissionais. 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23259:simposio-ensino-de-urgencia-e-emergencia-aponta-deficiencias-na-formacao-de-profissionais&catid=3>. Acesso em 08 mar. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Nota sobre Residências Médicas. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/Faltam+pediatras+ginecologistas+e+clnicos+no+Brasil+11+3447.shtml07/08/2009>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em:<<http://www.crpsp.org.br/linha/expandir.aspx>>. Acesso em: 19 set. 2014.

COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARBONE, Maria Herminda. 2 ed. *Saúde da Família: uma abordagem Interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA, Laís Silveira; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n.46 (Supl), p.59-67, 2012.

COUTO, Márcia Bernardo Silva; CAMPELO, Vânia Regina Câmara. A ANVISA na Redução à Exposição Involuntária ao Tabaco (2009). Disponível em: < <http://www.portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cremesp intensifica ações para conter abertura de novos Cursos de Medicina*. 2003. Disponível em: < <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=173>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

CUNHA, Ana Zoé Schilling da. [Carta] 2005, Santa Cruz do Sul [para] Coordenação do Curso de Medicina da UNISC, Santa Cruz do Sul, 1 p. Declara apoio à criação do Curso de Medicina na UNISC.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Conceito de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cns/cnv/estbrs.def>. Acesso em: 28 set. 2014.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.13, p.103-107, jan./mar. 1997.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Cecília. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DZAU, Victor. Instituições Acadêmicas de Ciências da Saúde. In: SPDM -Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Org.). *A Saúde no Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década*. São Paulo: SPDM, 2012, p. 62-71.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

ESTRATÉGIAS para distribuição. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013__0_Estrategias_para_a_distribuicao.pdf>. Acesso em 18 abr. 2014.

ETGES, Virgínia Elisabeta. Desenvolvimento Regional Sustentável: o território como paradigma. Santa Cruz do Sul: REDES, v. 10, n.1, s.p. 2005.

EVANGELISTA, João. E. *Crise do Marxismo e Irracionalismo Pós-Moderno*. São Paulo: Cortez, 1992.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAM, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Fundação Oswaldo Cruz, 2011, p.43-56.

FERLA, Alcindo Antônio; GEYER, Lígia Maria Corrêa; PRITOLUK, Linæ Belaedinelli; BREUNIG, Marcos. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, A. A; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p.15-36.

FERREIRA, Sidnei. Pediatria: uma especialidade em extinção? Disponível em: <http://www.soperj.org.br/download/dia_do_pediatra_2008.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; SHIMIZU, Helena Eri. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.23, v.1, p.197-208, 2013.

FRANGIEH, Assad. *Há de fato excesso de Médicos por Habitante?* Disponível em <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgnoticias_det.asp?Codigo=570&AreaSelect=1> Acesso em: 25 fev. 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R. Victoria. *Calidad de Vida: aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, Gilberto. A faculdade de Medicina e a inquisição. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, 08 set. 2005a, p.04.

GONÇALVES, Gilberto. [Carta] 22 nov. 2005b, Santa Cruz do Sul [para] Coordenação do Curso de Medicina da UNISC, Santa Cruz do Sul, 1 p. Declara parecer favorável à criação do Curso de Medicina na UNISC.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Aceso em: 15 fev. 2015.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e Meio Ambiente nas Cidades: os desafios da saúde ambiental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n.8, p. 49-61, 1999.

GRANT, Janet. Planejando um currículo com responsabilidade social. In: SPDM -Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Org.). *A Saúde no Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década*. São Paulo: SPDM, 2012, p.156-160.

- HAAS, Joel. Região pode receber mais médicos. Disponível em: <http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/noticia/449947-regiao_pode_receber_mais_medicos.html>. Acesso em: 17 fev. 2015.
- HALL, Stuart. *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade*. 11 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- HARVEY, David. *Espaços de Esperança*. 5 ed. São Paulo: Loyola, 2012.
- HERMET, Guy. *Cultura & Desenvolvimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- HISTÓRIA VIVA. Disponível em: <http://historianovest.blogspot.com.br/2012_07_01_archive.html>. Acesso em 28 set. 2014.
- HOSPITAL SANTA CRUZ (HSC). Site desenvolvido pelo Hospital Santa Cruz. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br>>. Acesso em 30 abr. 2014.
- IBGE. Banco de dados agregados do IBGE 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 set. 2013.
- IOZZI, Fabíola Lana; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Saúde e Desenvolvimento na Formação Espacial Brasileira. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo M. (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: HUCITEC, 2009, p.60-96.
- LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: HUCITEC /Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- LAMPERT, Jadete Barbosa; BICUDO, Angélica Maria (orgs.). *10 anos das Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação em medicina*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.
- LAMPERT, Jadete Barbosa; SILVA, Rinaldo Henrique Aguilar da; PERIM, Gianna Lepre; STELLA, Regina Celes de Rosa; ABDALLA, Alvely Guimarães; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, n. 33 (Supl. 1), p. 5-18, 2009.
- LE GRAND, Julian. The Distribution of The Public Expenditure: the case of the health care. *Economica*, New Series, London, v.45, n. 178, p. 125-142, may, 1978.
- LIMA, Isis Fernanda dos Santos; LOBO, Fernanda Senna; ACIOLI, Karen Lidiane Benfica de Oliveira. Pacto pela Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011, p.95-114.
- LOPES, Maura Corcini. Políticas de inclusão e governamentalidade. In: THOMA, Adriana da Silva e HILLESHEIM, Betina (orgs.). *Políticas de Inclusão: gerenciando riscos e governando as diferenças*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011, p.7-15.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL FILHO, Romulo. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. 262f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

MARCONDES, Eduardo; GONÇALVES, Ernesto Lima (Org.). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa*. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTIGNOMI, Enrico e MOLHANO, Leandro. Considerações sobre o Conceito de “Necessidade Social”: uma nota técnica. In.: *Observatório Universitário*, 2005. Disponível em: <http://www.observatoriouniversitario.org.br/documentos_de_trabalho/documentos_de_trabalho_46.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

MARTUCCELLI, Danilo. *As contradições políticas do multiculturalismo*. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n02/n02a03.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; SILVA NETO, Dionizio Gomes da; SAMPAIO, Lucas Silveira; REIS, Luciana Araújo dos; OLIVEIRA, Talita Santos Oliveira; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Prevalência e Padrão de Distribuição de Patologias Ortopédicas e Neurológicas em Idosos no Hospital Geral Prado Valadares. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.32, n.1, p.43-50, jan./abr. 2008.

MENEZES FILHO, Naércio (Org.). *Avaliação Econômica de Projetos Sociais*. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora, 2012.

MINAYO Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Complexidade. In.: *Emancipação*, Ponta Grossa, v.2, n.10, p. 435-442, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.01, p.07-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-248, jul./set., 1993.

MOLHANO, Leandro; SANTOS, Wagner Ricardo dos. Nota Técnica sobre os documentos “Considerações sobre Autorização dos Cursos de Medicina” e “Considerações sobre Autorização dos Cursos de Direito”. *Observatório Universitário*, Rio de Janeiro, jul. 2006. Disponível em: <http://www.databrasil.org.br/pdf_docs/Doctrab36.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

MUSEU da Unopar. Disponível em:

<http://www.unoparead.com.br/sites/museu/exposicao_cotidiano/cotidiano04.html>. Acesso em: 19 set. 2014.

NEVES, Clarissa Eckert Baeta; SOBOTTKA, Emil Albert (orgs.). *Métodos de Pesquisa Social Empírica e Indicadores Sociais / Achim Schrader*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2002.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n.4, v.22, p.1293-1311, jan. 2012.

NNDB tracking de entire world. Disponível em:

<<http://www.nndb.com/people/241/000115893/>>. Acesso em: 19 set. 2014.

NUNES, Edson; CARVALHO, Márcia Marques de. Ensino universitário, corporação e profissão: paradoxos e dilemas brasileiros. *Sociologia*, Porto Alegre, n.17, p.190-215, jan./jun., 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 176p.

OLIVEIRA FILHO, Antonio Barbosa de. *Expansão de Cursos de Medicina no Brasil: qual é a lógica norteadora?*. Disponível em:

<http://www.fev.edu.br/artigos/artigo_medicina_13_01_2012.html>. Acesso em: 03 jan. 2013.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de. *Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades no contexto do SUS – um estudo a partir de seis estados brasileiros*. 2007. Tese (Instituto Oswaldo Cruz).

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. *Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas*. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acesso em: 25 set. 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Leitos por habitantes e médicos por habitantes*. Nota de Esclarecimento. 2003. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>>. Acesso em 05 maio 2014.

PECQUEUR, Bernard. A guinada territorial da economia global. *Política e Sociedade – Revista de Sociologia Política*, PPSP UFSC, 2009. Disponível em <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/11615/10955>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

PELLEGRINI, Alberto; BUSS, Paulo. *Artigo aborda os problemas da saúde e seus determinantes sociais*. Disponível em: <<http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/329-artigo-aborda-os-problemas-da-saude-e-seus-determinantes-sociais>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011, 215p.

PESSOA, José Hugo de Lins; CONSTANTINO, Clóvis Francisco. O médico residente como força de trabalho. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São Paulo, n.6, v.12, p.821-825, nov./dez., 2002.

PINTO, Flávia Cristina Morone. *SUS: A Política de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013.

PORTO, Silvia Marta. *Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde*. Disponível em: <<https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP5.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

QUINTANA, Mario. Caderno H. Porto Alegre: Globo, 1978.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5 ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

REDE BRASIL SUL DE COMUNICAÇÃO - RBS [Carta] 2005, Santa Cruz do Sul [para] Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, 1 p. Encaminha o resultado final de uma consulta interativa com os telespectadores dos Vales do Rio Pardo e Taquari, sobre a opinião destes a respeito da instalação ou não do Curso de Medicina na UNISC.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 36.502, de 11 de março de 1996. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. Porto Alegre, RS, 11 de março de 1996. Disponível em <<http://www.al.rs.gov.br/legis>>. Acesso em: 04 jun. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução n. 555, de 19 de novembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 19 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Rio Grande do Sul passa a organizar serviços de saúde em 30 regiões*. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6513/?Rio_Grande_do_Sul_passa_a_organizar_servi%C3%A7os_de_sa%C3%BAde_em_30_regi%C3%B5es>. Acesso em: 12 ago. 2013.

ROCHA, Adriano Aragão da. Impacto de duas medidas preventivas aos acidentes de trânsito na cidade de Aracajú sobre a ocorrência de traumas crânio-encefálicos moderados e graves. Dissertação de Mestrado. Aracajú: Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, 2010.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta de educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. São Paulo: *Revista Escola de Enfermagem da USP*, n.44, v.2, p. 531-537, 2010.

ROLIM, Cássio; SERRA, Maurício. *Ensino Superior e Desenvolvimento Regional: avaliação do impacto econômico de longo-prazo (2009a)*. Disponível em: <<http://www.revistaaber.com.br/index.php/aber/article/viewFile/26/30>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

ROLIM, Cássio; SERRA, Maurício. Instituição de Ensino Superior e Desenvolvimento Regional: o caso da região norte do Paraná. *Revista de Economia*, Curitiba, v.35, n.3 (ano 33), p.87-102, set./dez., 2009b.

SALU, Enio Jorge. *Administração Hospitalar no Brasil*. Barueri, SP: Manole, 2013.

SAMPAIO, Leonardo Mesquita. A importância da residência médica (2008). Disponível em: <<http://blogs.portalnoar.com/gustavonegreiros/a-importancia-da-residencia-medica/>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SANTA CRUZ DO SUL. Site desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Apresenta informações gerais sobre o município. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2014.

SANTANA, Fabiana Ribeiro; NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen; SOUZA, Adenícia Custódio Silva; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.07, n. 03, p.295-302, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 20 set. 2014.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Um discurso sobre as Ciências*. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. 2 ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010.

SANTOS, Milton. *Metamorfose do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, Milton. *Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHEFFER, Mário (coord.). *Demografia Médica no Brasil – Volume 02*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

SCLYAR, Moacir. *Mas por que, mesmo, ambulâncias?*. 2006. Disponível em: <<http://www.sindsepers.org.br/?area=1&item=1820>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

SEBASTIANY, Narciso Nilo. *Memórias de um médico do interior: ciência & arte*. Sobradinho, [s.n.], 2012.

SEN, Amathya; KLIKSBURG, Bernardo. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SETÚBAL, Nero. Toda a comunidade quer a medicina. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, 27 ago. 2004, p.08.

SINGER, Peter. *Ética Prática*. Lisboa: Lugo, 1993.

SOLLA, Jorge. Nada é melhor que o SUS. In: SPDM -Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Org.). *A Saúde no Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década*. São Paulo: SPDM, 2012, p.72-76.

STOTZ, Eduardo Navarro. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (Contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da

área de planejamento em saúde). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAÚJO, José Wellington Gomes. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 4-29, maio/ago. 2004.

TONNUCCI, Francesco. *Com olhos de criança*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

TRINDADE, Rebeca Neumann. Sobram médicos em Santa Cruz do Sul?. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, 09 ago. 2005, p.04.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

UNESCO. Ensino Superior e os Países em Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.unesco.org/ve/index.php?option=com_content&view=article&id=3046:educacion-superior-y-paises-en-desarrollo&catid=11:iesalc&Itemid=466&lang=br>. Acesso em: 12 jul. 2013.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. *Plano de Carreira do Pessoal Docente*. Santa Cruz do Sul, UNISC, 2009.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Santa Cruz do Sul, UNISC, 2006.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Santa Cruz do Sul, UNISC, 2010.

VARELLA, Drauzio; NICOLELLIS, Miguel; DIMENSTEIN, Gilberto. *Prazer em conhecer: a aventura da ciência e da educação*. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. Metodologia Dialética em Sala de Aula. *Revista AEC*. Brasília, n. 83, abr. 1992. Disponível em <<http://www.celsovasconcellos.com.br/>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

VEIGA-NETO, Alfredo. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, Vera; CASTELO BRANCO, Guilherme (orgs.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: NAU, 2000.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo M. (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Justiça distributiva, critérios de alocação de recursos escassos em saúde e suas críticas. *Revista Redbioética/UNESCO*, Ano 1, v. 01, n. 02, p.73-84, 2010. Disponível em: <http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_2/VillasBoas.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.

WACHOWICZ, Lílian Anna. A Dialética na Pesquisa em Educação. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, n.3, v.2, p.171-181, jan./jun. 2001. Disponível

em:<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=730&dd99=view&dd98=pb>>.
Acesso em 23 set. 2014.

APÊNDICE A - Roteiro de Coleta de Dados Documentais

| |
|---|
| Documento 01 - Dossiê da etapa de elaboração do projeto pedagógico do Curso de Medicina (coletânea de reportagens da época) |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Manifestações e principais argumentações favoráveis à abertura do Curso de Medicina b) Manifestações e principais argumentações contrárias à abertura do Curso de Medicina c) Expectativas dos governos de municípios da região quanto à abertura do Curso de Medicina. d) Expectativas de líderes da comunidade e governo municipal de Santa Cruz do Sul quanto à abertura do Curso de Medicina. e) Expectativas de dirigentes da Universidade com relação à abertura do Curso de Medicina. |
| Documento 02 – Projeto pedagógico do Curso de Medicina |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Orientação teórica do projeto (vinculação com as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs). b) Ensino organizado a partir de determinantes da saúde. c) Planejamento de educação continuada (pós-graduação). d) Planejamento de formação permanente (educação em serviço) e) Tipologia da estrutura curricular³¹ (tradicional, inovadora, avançada) f) Metodologias de ensino previstas g) Relação teoria e prática na formação h) Cenários de prática i) Diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem j) Planejamento de autoavaliação do curso |
| Documento 03 – Sistema de dados e relatórios da Unidade de Atendimento Ambulatorial (UAA) do Curso de Medicina |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Número de atendimentos SUS, ano a ano, desde o início das atividades na UAA b) Serviços abertos ao SUS com a implantação do Curso de Medicina e participação dos estudantes em cada um deles c) Convênios firmados com gestores do SUS d) Municípios de origem dos usuários SUS na UAA, desde sua abertura e) Número de docentes médicos que atuam na UAA f) Número de preceptores médicos que atuam na UAA g) Número de funcionários que atuam na UAA h) Fluxo de encaminhamentos para atendimento de pacientes na UAA i) Fluxo de referência e contra referência nos atendimentos da UAA (Sistema SUS) |
| Documento 04 – Sistema de dados e relatórios do Hospital Santa Cruz (Hospital de Ensino) |

³¹ Segundo: LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, 2002, 283p.

- a) Número de estudantes da saúde que realizam formação prática no HSC (anual)
- b) Número de médicos preceptores atuando no HSC
- c) Oferta de pós-graduação (educação continuada) pelo HSC
- d) Oferta de formação em serviço (educação permanente) no HSC
- e) Número de leitos e procedimentos SUS, ano a ano, a partir de 2006 (ano de abertura do Curso de Medicina)
- f) Serviços abertos ao SUS após o início do Curso de Medicina
- g) Número de médicos do corpo clínico do HSC que atuavam no SUS em 2006
- h) Número de médicos do corpo clínico do HSC que atuam no SUS em 2014
- i) Convênios firmados entre HSC e gestores públicos do SUS, após a abertura do Curso de Medicina
- j) Sistema de avaliação, pelos usuários, dos serviços SUS prestados

Documento 05 - Sistema de dados e relatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

- a) Número anual de estudantes (da área da saúde) que atuam nos serviços de saúde do município em sua formação (ano de referência 2013)
- b) Número anual de estudantes do Curso de Medicina que atuam nos serviços de saúde do município em sua formação (ano de referência 2013)
- c) Unidades de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de SCS que recebem alunos do Curso de Medicina (ano de referência 2013)
- d) Transformações sofridas na rede de atendimento municipal na área da saúde de 2006 a 2013:
 - * Ampliações físicas
 - * Ampliações de serviços
 - * Ampliações de profissionais contratados
 - * Ampliações de número de atendimentos
- e) Contratação de egressos do Curso de Medicina para atuação nos serviços da rede municipal de saúde
- f) Existência de sistema de avaliação das equipes de saúde quanto à presença e desempenho dos estudantes de medicina em seus serviços
- g) Existência de sistema de avaliação, pelos usuários SUS, dos atendimentos prestados com o acompanhamento dos estudantes do Curso de Medicina
- h) Existência de programa ou incentivo à formação continuada (pós-graduação) aos funcionários da área da saúde
- i) Existência de programa ou incentivo à formação permanente (educação em serviço) aos funcionários da área da saúde
- j) Número de médicos que atuavam nos serviços de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde em 2006
- k) Número de médicos que atuam nos serviços de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde em 2014

Documento 06 - Sistema de dados e relatórios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

- a) Número de médicos atuando no SUS, na região, no ano de 2006
- b) Número de médicos atuando no SUS, na região, no ano de 2014
- c) Serviços de saúde / SUS abertos na região no período 2006-2014, que envolvem a participação do Curso de Medicina

d) Número de leitos hospitalares SUS abertos na região, no período 2016-2014

e) Convênios assinados com o Curso de Medicina ou com o Hospital Santa Cruz durante o período 2006-2014

Documento 07 - Sistema de dados e relatórios dos municípios que fazem parte da região de abrangência do Curso de Medicina

a) Município

b) Área territorial

c) População

d) Distância de Santa Cruz do Sul

e) Serviços de saúde existentes (hospitais, unidades básicas de saúde, outros)

f) Profissionais com atuação na área da saúde em 2006 e 2014:

* Médicos

* Enfermeiros

* Técnicos de Enfermagem

* Dentistas

* Fisioterapeutas

* Nutricionistas

* Psicólogos

* Outros

g) Serviços de saúde no município que contam com a presença de estudantes do Curso de Medicina

h) Necessidade de contratação de médicos em 2014 – () sim () não Quantos? _____

i) Médicos egressos do Curso de Medicina atuando no município em 2014

j) Existência de convênio(s) com o Curso de Medicina

k) h) Existência de programa ou incentivo à formação continuada (pós-graduação) aos funcionários da área da saúde

l) Existência de programa ou incentivo à formação permanente (educação em serviço) aos funcionários da área da saúde

APÊNDICE B - Questionário “Estudantes do Curso de Medicina”

Dados Gerais

Município e Estado onde nasceu: _____

Estudante do semestre: () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° () 8° () 9° () 10° () 11°
() 12°

Questões

- 1) Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não
- 2) Você percebe que o projeto do seu curso foi construído a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não () não se aplica
- 3) Você percebe, no currículo do seu curso, a ênfase na formação do médico generalista? () sim () não
- 4) Você percebe, em sua formação, a ênfase dada nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica)? () sim () não
- 5) Como você avalia a proposta curricular do seu Curso de Medicina (a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)? () tradicional () inovadora () avançada
- 6) Você conhece os Programas de Pós-Graduação/Residência Médica oferecidos pelo Hospital Santa Cruz em parceria com a UNISC? () sim () não
- 7) Se você conhece os programas, como os avalia quanto às áreas de formação? () ruins () bons () muito bons
- 8) Caso você tenha interesse em cursar um Programa de Residência Médica, em qual área seria? Cite.

- 9) Como você avalia os Módulos de Tutoria (Aprendizagem Baseada em Problemas) para a sua formação?
() dispensáveis () pouco importantes () importantes () muito importantes
- 10) Marque as **duas** alternativas que melhor caracterizam o que você pensa sobre a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do curso:
() são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares.
() são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista.
() são relevantes para conhecer a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.
() são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe.
() são dispensáveis nos primeiros semestres do curso.
- 11) Depois de formado, você pretende atuar no município de Santa Cruz do Sul ou em outro município próximo?
() sim () não
- 12) Como você avalia a formação que está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)?
() ruim () boa () muito boa () ótima

Agradeço sua participação!

APÊNDICE C - Questionário “Professores do Curso de Medicina”

Dados Gerais

Professor do(s) semestre (s): () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° () 8° () 9° () 10°
() 11° () 12°

Médico: () sim () não

Município e Estado onde nasceu: _____

Questões

- 1) Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não
- 2) Você percebe que o projeto do curso foi construído a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não () não se aplica
- 3) Você percebe, no currículo, a ênfase na formação do médico generalista? () sim () não
- 4) Você percebe, no processo de formação, a ênfase dada nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica)? () sim () não
- 5) Como você avalia a proposta curricular do Curso de Medicina (a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)? () tradicional () inovadora () avançada () não sei
- 6) Você conhece os Programas de Pós-Graduação/Residência Médica oferecidos pelo Hospital Santa Cruz em parceria com a UNISC? () sim () não
- 7) Se você conhece os programas, como os avalia quanto às áreas de formação? () ruins () bons () muito bons
- 8) Qual Programa de Residência Médica você acredita que seria importante ser oferecido na nossa região?

- 9) Como você avalia os Módulos de Tutoria (Aprendizagem Baseada em Problemas) existentes no currículo?
() dispensáveis () pouco importantes () importantes () muito importantes
- 10) Marque as **duas** alternativas que melhor caracterizam o que você pensa sobre a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do curso:
() são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares.
() são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista.
() são relevantes para conhecer a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.
() são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe.
() são dispensáveis nos primeiros semestres do curso.
- 11) Como você avalia a formação que nosso estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)? () ruim () boa () muito boa () ótima
- 12) Você cursou algum programa de pós-graduação após iniciar suas atividades como docente?
() sim () não
- 13) Caso sim, qual? _____
- 14) Você participa de cursos de formação permanente (pedagógica ou científica, na sua área)?
() sim () não
- 15) Você atuava em serviços SUS antes de assumir a docência no Curso de Medicina?

sim não não se aplica

16) Você atua, com o acompanhamento de estudantes, em serviços do SUS?

sim não não se aplica

Agradeço sua participação!

APÊNDICE D - Questionário “Preceptores do Curso de Medicina”

Dados Gerais

Preceptor da Área: () Pediatria () Ginecologia e Obstetrícia () Clínica Médica () UTI / Urgência e Emergência () Cirurgia Geral () Medicina de Família e Comunidade

Município e Estado onde nasceu: _____

Questões

- 1) Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não
- 2) Você percebe que o projeto do curso foi construído a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? () sim () não () não se aplica
- 3) Você percebe, no currículo, a ênfase na formação do médico generalista? () sim () não
- 4) Você percebe, no processo de formação, a ênfase dada nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica)? () sim () não
- 5) Como você avalia a proposta curricular do Curso de Medicina (a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)? () tradicional () inovadora () avançada () não sei
- 6) Como você avalia os Programas de Residência Médicas oferecidos pelo Hospital Santa Cruz quanto às áreas de formação? () ruins () bons () muito bons
- 7) Qual Programa de Residência Médica você acredita que seria importante ser oferecido na nossa região?

- 8) Marque as **duas** alternativas que melhor caracterizam o que você pensa sobre a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do Curso de Medicina:
 - () são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares.
 - () são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista.
 - () são relevantes para conhecer a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.
 - () são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe.
 - () são dispensáveis nos primeiros semestres do curso.
- 9) Como você avalia a formação que nosso estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)? () ruim () boa () muito boa () ótima
- 10) Você cursou algum programa de pós-graduação após iniciar suas atividades como preceptor?
() sim () não
- 11) Caso sim, qual? _____
- 12) Você participa de cursos de formação permanente (pedagógica ou científica, na sua área)?
() sim () não
- 13) Você atuava em serviços SUS antes de assumir a preceptoria no Curso de Medicina?
() sim () não () não se aplica
- 14) Você participou/participa da abertura de um serviço do SUS, durante a implantação do Curso de Medicina?
() sim () não
- 15) Se sim, qual serviço? _____

Agradeço sua participação!

APÊNDICE E - Questionário “Funcionários do Curso de Medicina”

Dados Gerais

Em que setor atua?: Unidade de Atendimento Ambulatorial (Ambulatórios) Unidade de Atendimento Ambulatorial (Secretaria/Administração) Bloco 53 (Secretaria) Serviço Integrado de Saúde (SIS) Bloco 20 (Laboratórios) Serviços de Saúde Município de Santa Cruz do Sul Núcleo de Apoio Acadêmico (NAAC)

Questões

- 1) Você conhece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? sim não
- 2) Você percebe que o projeto do curso foi construído a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina? sim não não se aplica
- 3) Você percebe, no currículo, a ênfase na formação do médico generalista? sim não não sei
- 4) Você percebe, no processo de formação, a ênfase dada nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica)? sim não não sei
- 5) Como você avalia a proposta curricular do Curso de Medicina (a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)? tradicional inovadora avançada não sei
- 6) Marque as **duas** alternativas que melhor caracterizam o que você pensa sobre a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do curso:
 - são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares.
 - são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista.
 - são relevantes para conhecer a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.
 - são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe.
 - são dispensáveis nos primeiros semestres do curso.
- 7) Como você avalia a formação que nosso estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)? ruim boa muito boa ótima não sei
- 8) Você cursou algum programa de pós-graduação após iniciar suas atividades no Curso de Medicina? sim não
- 9) Caso sim, qual? _____
- 14) Você participa de cursos de formação permanente na sua área? sim não
- 15) Você atuava em serviços SUS antes de ser funcionário do Curso de Medicina? sim não não se aplica
- 16) Você atua, com o acompanhamento de estudantes, em serviços do SUS? sim não não se aplica

Agradeço sua participação!

APÊNDICE F - Questionário “Funcionários das Unidades da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul”

Dados Gerais

Unidade em que trabalha: _____

Município e Estado onde nasceu: _____

Questões

1) Você percebe, nos estudantes que participam de atividade na sua unidade, a ênfase na formação do médico generalista? () sim () não

2) Você percebe, no processo de formação desses estudantes, a ênfase dada nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica)? () sim () não

3) Marque as **duas** alternativas que melhor caracterizam o que você pensa sobre a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do Curso de Medicina:

() são pouco relevantes se comparadas às práticas hospitalares.

() são relevantes para desenvolver habilidades clínicas do médico generalista.

() são relevantes para conhecer a comunidade e o perfil epidemiológico da mesma.

() são relevantes para desenvolver habilidades de trabalho em equipe.

() são dispensáveis nos primeiros semestres do curso.

4) Como você avalia a formação que nosso estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)? () ruim () boa () muito boa () ótima

5) Você cursou alguma graduação ou programa de pós-graduação, na área da saúde, nos últimos seis anos?

() sim () não

6) Caso sim, qual(is)? _____

7) Você participa de cursos de formação permanente ou em serviço, na sua área de atuação?

() sim () não

8) Há quanto tempo você atua em serviços SUS? _____

9) Você percebeu mudanças nos serviços SUS, durante a implantação do Curso de Medicina?

() sim () não

10) Se sim, em que sentido? (Marque as alternativas que melhor respondam essa questão)

() Ampliações físicas

() Ampliações de serviços

() Ampliações de profissionais contratados

() Ampliações de número de atendimentos

() Outras. Quais? _____

Agradeço sua participação!

APÊNDICE G - Questionário “Secretário Municipal de Saúde”

Dados Gerais

Formação Profissional: _____

Questões

1) No momento da autorização de funcionamento do Curso de Medicina da UNISC, a secretaria de saúde de seu município visualizou uma forma de resolver ou amenizar os problemas com a área da saúde, via convênios com o curso?

sim não não sei

2) Seu município possui algum convênio com o Curso de Medicina da UNISC? sim não

3) Se sim, o que estabelece esse (s) convênio (s)?

Atendimentos à pacientes, no município, por médicos do curso, com acompanhamento de estudantes.

Atendimento à pacientes, no município, por médicos dos serviços (preceptores), com o acompanhamento de estudantes.

Encaminhamento de pacientes à Unidade de Atendimento Ambulatorial do Curso de Medicina, quando necessária a consulta com especialistas.

Outro. Qual? _____

4) Você percebe que o Curso de Medicina contribuiu ou contribui para melhorar as condições de atenção à saúde da população no seu município? sim não

5) Sua Secretaria de Saúde já contratou algum médico egresso do Curso de Medicina da UNISC?

sim não

6) Se sim, como você avalia a formação que nosso estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)? ruim boa muito boa ótima

7) Em seu município, há carência de profissionais médicos para atuação na atenção básica em saúde?

sim não

8) Se sim, há carência de quantos? um dois três quatro cinco mais de cinco.

Agradeço sua participação!

APÊNDICE H - Questionário “Egressos do Curso de Medicina”

Dados Gerais

Município e Estado onde nasceu: _____

Ano de formatura: _____

Questões

- 1) Está atuando como Médico? () sim () não
- 2) Se está atuando, qual o tipo de serviço? () público/SUS () privado
- 3) Se sim, qual sua situação de vínculo empregatício? () contrato temporário () concurso
- 4) Se está atuando, com o seu regime semanal de horas? () dez horas ou menos () vinte horas
() entre vinte e trinta horas () trinta horas () quarenta horas () mais de quarenta horas
- 5) Caso esteja atuando, em que municípios se dá essa atuação? _____

- 6) Você está cursando algum programa de residência médica? () sim () não
- 7) Se sim, qual? _____
- 8) Se respondeu sim na questão 5, em que instituição você cursa residência médica? _____

- 9) Você pretende cursar algum programa de residência médica? () sim () não
- 10) Se sim, em que área? _____
- 11) Você atua em plantões médicos em Santa Cruz do Sul? () sim () não
- 12) Você já atuou em plantões médicos em Santa Cruz do Sul? () sim () não
- 13) Você atua em plantões médicos nos municípios da região próxima à Santa Cruz do Sul? () sim () não
- 14) Você já atuou em plantões médicos nos municípios da região próxima à Santa Cruz do Sul?
() sim () não
- 15) Você pretende atuar, como médico, no município de Santa Cruz do Sul ou em outro município próximo?
() sim () não Qual? _____
- 16) Como você avalia a formação que recebeu para a atuação na atenção básica junto ao Sistema Único de Saúde (SUS)?
() ruim () boa () muito boa () ótima

Agradeço sua participação!

APÊNDICE I - Questionário “Usuários do SUS”**Dados Gerais**

Município onde reside: _____

Idade: _____

1) Quantas vezes já teve atendimentos acompanhados pelo Curso de Medicina?

 primeira vez segunda vez terceira vez ou mais

2) Você foi esclarecido de que o atendimento é feito por médicos acompanhados de estudantes?

 sim não

3) Você percebeu mudanças nos serviços do SUS, em Santa Cruz do Sul, com a abertura e funcionamento de um do Curso de Medicina?

 sim não

4) Se sim, em que sentido? (Marque as alternativas que melhor respondam essa questão)

 Nos espaços físicos (prédios) No número de serviços/locais No números de profissionais contratados No de atendimentos Outras. _____

Agradeço sua participação!

APÊNDICE J - Formulário de Entrevista “Diretor do HSC”

Dados Gerais

Município: _____

Nome do (a) Diretor (a): _____

Formação: _____

Tempo de atividade como Diretor (a): _____

Pauta:

- a) Estudantes da saúde que realizam formação prática no Hospital (áreas de formação, procedência...).
- b) Médicos preceptores atuando no Hospital (forma de contrato, vínculos, formação...).
- c) Oferta de pós-graduação (educação continuada) pelo Hospital.
- d) Oferta de formação em serviço (educação permanente) pelo Hospital.
- e) Incremento no número de leitos e procedimentos SUS, a partir de 2006 (ano de abertura do Curso de Medicina).
- f) Serviços abertos ao SUS, após o início do Curso de Medicina.
- g) Incremento no número médicos do corpo clínico.
- h) Incremento na qualificação/formação continuada dos médicos do corpo clínico.
- i) Convênios firmados entre Hospital, Curso de Medicina e gestores públicos do SUS, após a abertura do curso.
- j) Sistema de avaliação, pelos usuários, dos serviços SUS prestados, com acompanhamento de estudantes.
- k) Transformações sofridas pelo hospital, vinculadas à existência do Curso de Medicina:
 - * Ampliações físicas.
 - * Ampliações de serviços.
 - * Ampliações de profissionais contratados.
 - * Ampliações de número de atendimentos.
- l) Existência de sistema de avaliação das equipes de saúde quanto à presença e desempenho dos estudantes de medicina em seus serviços.
- m) Percepção das contribuições (ou não) do Curso de Medicina na melhoria das condições de atenção à saúde da população nos municípios de sua região de abrangência.
- n) Contratação de egressos do Curso de Medicina para atuação no hospital.
- o) Avaliação da formação de egressos contratados.
- p) Existência (ou não) de carência de profissionais médicos para atuação no hospital.

APÊNDICE K - Formulário de Entrevista “Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul”**Dados Gerais**

Nome do (a) Secretário (a): _____

Formação: _____

Tempo de atividade como Secretário (a): _____

Pauta:

a) Unidades de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde que recebem alunos do Curso de Medicina (ano de referência 2013).

b) Transformações sofridas na rede de atendimento municipal na área da saúde de 2006 a 2013, vinculadas à existência do Curso de Medicina:

* Ampliações físicas.

* Ampliações de serviços.

* Ampliações de profissionais contratados.

* Ampliações de número de atendimentos.

c) Existência de sistema de avaliação das equipes de saúde quanto à presença e desempenho dos estudantes de medicina em seus serviços.

d) Existência de sistema de avaliação, pelos usuários SUS, dos atendimentos prestados com o acompanhamento dos estudantes do Curso de Medicina.

e) Existência de programa ou incentivo à formação continuada (pós-graduação) aos funcionários da área da saúde e parceria com o Curso de Medicina, nesse sentido.

f) Existência de programa ou incentivo à formação permanente (educação em serviço) aos funcionários da área da saúde e parceria com o Curso de Medicina, nesse sentido.

g) Percepção das contribuições (ou não) do Curso de Medicina na melhoria das condições de atenção à saúde da população nos municípios de sua região de abrangência.

h) Contratação de egressos do Curso de Medicina para atuação nos serviços da rede municipal de saúde

i) Avaliação da formação de egressos contratados, quanto à atuação na atenção básica em saúde.

j) Existência (ou não) de carência de profissionais médicos para atuação na rede de saúde municipal.

APÊNDICE L - Formulário de Entrevista “13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”

| |
|---|
| <p>Dados Gerais</p> <p>Nome do (a) Coordenador (a): _____</p> <p>Formação: _____</p> <p>Tempo de atividade como Coordenador (a): _____</p> |
| <p>Pauta:</p> <p>a) Incremento no número de leitos e procedimentos SUS, a partir de 2006 (ano de abertura do Curso de Medicina).</p> <p>b) Serviços abertos ao SUS, após o início do Curso de Medicina.</p> <p>c) Incremento no número médicos na região.</p> <p>d) Incremento na qualificação/formação continuada dos médicos que atuam na região.</p> <p>e) Convênios firmados entre 13ª Coordenadoria, Curso de Medicina e/ou Hospital Santa Cruz, após a abertura do curso.</p> <p>f) Percepção das contribuições (ou não) do Curso de Medicina na melhoria das condições de atenção à saúde da população nos municípios de sua região de abrangência.</p> <p>g) Contratação de egressos do Curso de Medicina para atuação em serviços de saúde vinculados à Coordenadoria.</p> <p>i) Avaliação da formação de egressos contratados (se for o caso), quanto à atuação na atenção básica em saúde.</p> <p>j) Existência (ou não) de carência de profissionais médicos para atuação na rede de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.</p> |

APÊNDICE M - Formulário de Entrevista “Coordenador do Curso de Medicina”**Dados Gerais**

Nome do (a) Coordenador (a): _____

Titulação: _____

Tempo de atividade como Coordenador (a): _____

Pauta:

- a) Relação em o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e as Diretrizes Curriculares Nacionais.
- b) Ênfase na formação do médico generalista e diretriz para atuação no SUS.
- c) Presença da ênfase nos determinantes da saúde (contextualização sociológica, antropológica, psicológica, biológica e epidemiológica) no processo de formação.
- d) Existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários, desde o início do curso.
- e) Formação que o estudante está recebendo para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e relação com egressos.
- f) Programas de pós-graduação cursados por docentes e funcionários e incentivo institucional nesse sentido.
- g) Oferta de educação permanente para docentes, funcionários e profissionais da rede básica de atenção à saúde.
- h) Serviços abertos ao SUS, após o início do Curso de Medicina.
- i) Incremento no número médicos na região.
- j) Incremento na qualificação/formação continuada dos médicos que atuam na região.
- k) Convênios firmados entre Curso de Medicina, agentes públicos e privados de saúde.
- l) Percepção das contribuições (ou não) do Curso de Medicina na melhoria das condições de atenção à saúde da população nos municípios de sua região de abrangência.

APÊNDICE N –Formulário de Entrevista com “Usuários do SUS”**Dados Gerais**

Município onde reside: _____

Idade: _____

1) Quantas vezes já teve atendimentos acompanhados pelo Curso de Medicina?

 primeira vez segunda vez terceira vez ou mais

2) Você foi esclarecido de que o atendimento é feito por médicos acompanhados de estudantes?

 sim não

4) Como você se sente a esse respeito?

3) Você percebeu mudanças nos serviços do SUS, em Santa Cruz do Sul, com a abertura e funcionamento de um do Curso de Medicina?

 sim não

Justifique.

4) Se sim, em que sentido?

 Nos espaços físicos (prédios) No número de serviços/locais No números de profissionais contratados No de atendimentos Outras. _____

Explique.

Agradeço sua participação!

APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A “necessidade social” de uma nova escola médica: análise no contexto regional

A pesquisa com a qual você está sendo convidado a colaborar, de forma voluntária, pretende analisar as contradições advindas da implantação de uma nova escola médica no contexto regional, a partir da justificativa da “necessidade social”. Acreditamos que ela seja importante porque poderá propor e utilizar indicadores de avaliação do alcance do objetivo de aumento e qualificação de médicos para o SUS na dimensão regional: o Curso de Medicina tem colaborado para formar mais médicos para a região e tem colaborado para tornar melhores os serviços médicos prestados à comunidade?

Para a realização desse estudo será feito o seguinte: análise de documentos, aplicação de questionários e entrevistas com estudantes, egressos do curso, profissionais da saúde, gestores da saúde, docentes e usuários do SUS. Sua participação é voluntária.

Não existem riscos previstos na participação, pois ela se dará mediante um conjunto de perguntas e respostas (via questionário ou entrevista) e seus benefícios referem-se a possibilidade de redirecionar e traçar estratégias para melhorar a formação e a atenção (em termos de serviços médicos) no SUS, na região de abrangência do Curso de Medicina.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (garantia de esclarecimentos).

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão (voluntariedade).

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação (confidencialidade).

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) desse documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados da pesquisadora:

Giana Diesel Sebastiany

Tel. (51) 9997 4742

e-mail: giana@unisc.br

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa UNISC:

Tel. (51) 3717 7680

e-mail: cep@unisc.br