Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros

SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE MEDICINA NO SERTÃO PARAIBANO

Natal - RN

2016

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros

SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE MEDICINA NO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúda da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador:
Thiago Gomes da Trindade

Área de Concentração:
Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

Natal - RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Medeiros, Henrique Gonçalves Dantas de.
Saúde da família e educação médica: reflexões a partir da experiência de um curso de medicina no sertão paraibano / Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros. - Natal, 2016.
176f.: il.

Orientador: Thiago Gomes da Trindade.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúda da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Atenção primária à saúde - Dissertação. 2. Saúde da família - Dissertação. 3. Educação médica - Dissertação. 4. Educação em saúde - Dissertação. I. Trindade, Thiago Gomes da. II. Título.

RN/UF/BS-CCS CDU 614

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros

SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE MEDICINA NO SERTÃO PARAIBANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN

(Orientador)

Prof. Dr. Antonio Medeiros Junior – UFRN

(Membro Interno)

Prof. Dr. Ion Garcia Mascarenhas de Andrade – UnP

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 1º de setembro de 2016.

Aos meus pais, Wilame e Nailde, que me ensinaram o valor do conhecimento, o respeito à dignidade humana e me fizeram abraçar as duas missões mais belas que pode haver: a de educar e a de cuidar de pessoas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu irmão, George, que, como sempre nesses meus trinta anos, estiveram ao meu lado em mais essa jornada.

A Andreia e Raquel, minha família nos últimos três anos, pelo apoio e pela paciência nos momentos de ausência.

A Thiago Trindade, colega de profissão e companheiro na jornada por um sistema de saúde digno, com uma atenção primária de qualidade, sobretudo tranqüilidade e tolerância em ser meu orientador.

À professora Geórgia Sibele, coordenadora do Mestrado Profissional na UFRN, por toda compreensão e ajuda para que esse trabalho fosse concluído.

A Vinícius Ximenes e Carol Pieretti, camaradas que toparam o desafio de migrar para o sertão no intento de fazer florescer em sua aridez a esperança de uma Educação Médica transformadora.

Aos companheiros e companheiras da Consulta Popular, com quem tenho compartilhado momentos alegres e tristes da militância, sempre em luta por um país mais democrático e igualitário. Em especial a Gleyson, Maria Hellena, Fernando, Marquinhos, Baunilha, Suzany, Enver, Paula, Sávia, Dorinha, Pedro, Thiago Henrique (Gaúcho), Hígor, Hélio, Ronney, Hannah Olga, Maglândyo, Oona, Alice, Michelly e Neidinha.

Aos colegas professores da Universidade Federal de Campina *campus* Cajazeiras, especialmente aqueles que estiveram comigo na UACV e na diretoria da Associação dos Docentes Universitários de Cajazeiras (ADUC) nos últimos dois anos, compartilhando de meus percalços: Veruscka, Sofia, Risomar, Mariana, Nelson, Fátima Elias e Lígia.

A todos os amigos e amigas que tive a oportunidade de conhecer nessa jornada de dois anos na turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFRN, mestrandos, professores e funcionários.

“A beleza da zona da mata é ligada ao gracioso; a beleza do sertão é ligada ao grandioso. O sertão é grandioso e terrível em certos momentos, o que dá à beleza dele uma conotação muito diferente, muito estranha, mas muito forte.”

Ariano Suassuna

“Ah, mas no centro do sertão, o que é doideira às vezes pode ser a razão mais certa e de mais juízo!”

Guimarães Rosa

RESUMO

Considerando os processos de reforma da Educação Médica nos últimos anos e o debate atual sobre a interiorização da medicina, verifica-se a necessidade de estudar as experiências surgidas após as DCN de 2001. Assim, buscou-se analisar a experiência do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras, bem como: fazer um relato histórico do curso; analisar os desafios atuais; reconhecer os fundamentos teóricos do PPC; descrever a inserção da Saúde Coletiva/MFC no currículo; analisar se esse PPC atende às exigências da APS; descrever como os aspectos referentes ao mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente são vivenciados; reconhecer contradições entre PPC e condução real; e extrair generalizações que embasem políticas públicas. A pesquisa localiza-se no quadro referencial marxista, utilizando métodos de procedimento histórico, monográfico e comparativo, com abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, tendo, como técnicas de coleta de dados, a Documentação Indireta (pesquisas documental e bibliográfica) e a Observação Direta Intensiva - observação participante, inicialmente assistemática e, posteriormente, sistemática, seguindo instrumento desenvolvido por Lampert; e, enquanto técnica de análise de dados, o método hermenêutico-dialético. A história do curso revela a tensão entre baixa capacidade de absorção da rede de saúde local e características institucionais da UFCG (corpo docente e PPC). O primeiro aspecto foi pólo principal da contradição nos primeiros anos, parcialmente contornado com redução de entradas anuais, viabilização do internato em outras instituições e instalação de serviços hospitalares próprios. Somente então o Desenvolvimento Docente ganha principalidade nos desafios atuais. Partindo de problemática comum à Medicina Rural, o PPC apresenta grande ecletismo: flerta com o Materialismo Histórico-Dialético via Epidemiologia Crítica Latino-Americana, que fundamenta sua compreensão da Medicina, e Metodologia da Problematização, subjacente à compreensão do aluno como sujeito e à diversificação dos espaços de aprendizagem; referenciando-se na Pedagogia das Competências, dialoga com correntes de cunho racionalista, individualista e neopragmatista; e, finalmente, a Pós-modernidade de Contestação de Boaventura de Sousa Santos e o Pensamento

Complexo de Edgar Morin fundamentam uma compreensão ética do Ser Humano e da Ciência, que norteiam os pressupostos de currículos baseados no humanismo e da pesquisa como eixo condutor do ensino. O curso está alinhado às diretrizes da ABEM/SBMFC para o ensino na APS. Inserido desde o primeiro ano, com o ensino de abordagens coletivas do processo saúde-doença, a formação na APS continua com ênfase, a partir do quarto período, na abordagem comunitária e familiar no território, dentro do qual se desenvolve a Residência em MFC e onde, nos anos intermediários seguintes e no internato, treina-se abordagem da clínica individual na APS. Nesse percurso são trabalhadas metodologias diferenciadas, como vivências, grupos tutoriais para acompanhamento de PTS, seminários, etc. O curso apresenta perfil Inovador com Tendência Avançada, sendo o Desenvolvimento Docente seu ponto crítico, revelando sua contradição fundamental: avanços no plano teórico, mas que não são expressos totalmente na prática. Conclui-se que as políticas de interiorização do ensino médico deve priorizar a análise da rede de saúde, e que mudanças na Educação Médica depende da ação política, apresentando-se uma agenda de propostas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Educação Médica. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Taking under consideration the medical education reform processes in recent years and the current debate on the transference of medicine undergraduate courses to the countryside, the need of studying the experiences that have arisen after the 2001 National Curriculum Guidelines is visible. As a result, it was sought to analyze the experience UFCG medicine school located in Cajazeiras, moreover, report the history of the course; evaluate the present challenges; consider the theoretical foundations of the Pedagogical Project of the Course (PPC); describe the insertion of Public Health / Family Medicine in the curriculum; consider whether this PPC meets the requirements of Primary Health Care; describe how the aspects related to the world of work, pedagogical project, pedagogical approach, practice scenarios and teacher development are experienced; recognize contradictions between PPC and real conduction; and excerpt generalizations that may support public policies. This research is based on Marxist frame of reference. Historical, monographic and comparative methods of procedure were used. It has a qualitative approach. Its characteristics are descriptive and exploratory. Indirect documentation (documentary and bibliographic research) and Intensive Direct Observation - participant observation, which, in the beginning was unsystematic and later systematic, following the instrument developed by Lampert, were adopted as data collection techniques. As data analysis technique, the hermeneutic-dialectic method. The story of the course reveals the tension between low absorptive capacity of the local health system and institutional characteristics of UFCG (teaching staff, PPC). The first aspect was the main pole of the contradiction in the early years, which was partially overcome thanks to the reduction of annual entries, possibility of supervised internships in other institutions and UFCG's own hospital services establishment. Only then, the Teacher Development gained preeminence among the present challenges. Starting from common problems of Rural Medicine, PPC has a great eclecticism: it flirts with the Historical and Dialectical Materialism by Latin American Critical Epidemiology, which bases its understanding of medicine, and Methodology of Problematization, with the understanding of the student as a subject and diversification of learning spaces; referencing on Skills Pedagogy, conforms to

currents of rationalist imprint, individualistic and neopragmatist nature; and, finally, the Postmodernism of Contestation, of Boaventura de Sousa Santos, and the Complex Thought, of Edgar Morin, establish an ethical understanding of the human being and Science, which guides assumptions of curricula based on humanism and research as a conductor axis of teaching. The course is aligned with the guidelines of ABEM / SBMFC for teaching in primary health care, which is inserted since the first year, by teaching of collective approaches of the health-disease process. Training in primary health care emphatically continues in the fourth term when community and family approaches in the territory are studied, developing Residency in Family Medicine and where, during the intermediate following years and the supervised internships, individual clinical approach in Primary Health Care is trained. Throughout the path, different methodologies are worked such as living in communities, tutorial groups for follow Singular Therapeutic Projects, seminars, etc. The course presents Innovative with Advanced Trend profile, and Teaching Development is a critical point, revealing their fundamental contradiction: the advancements in theory are not fully expressed in practice. It is both concluded that the medical educational policies of transference of the undergraduate course to the countryside should prioritize the analysis of the health network, and that changes in medical education depends on political action, presenting an agenda of proposals.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Medical Education. Health education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com o regime de trabalho (2016.1)	81
Tabela 2	Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com titulação acadêmica (2016.1)	81
Tabela 3	Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com regime de trabalho (2013.1)	82
Tabela 4	Distribuição dos docentes do curso de medicina por local de residência (2016.1)	84
Tabela 5	Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com titulação acadêmica (2013.1)	85
Tabela 6	Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UNIVASF de acordo com o regime de trabalho (2016.1)	87
Tabela 7	Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UNIVASF de acordo com titulação acadêmica (2016.1)	87
Tabela 8	Distribuição de docentes do curso de medicina da UFRN (Natal) de acordo com titulação acadêmica (2016.1)	89
Tabela 9	Distribuição de docentes do curso de medicina da UFRN (Natal) de acordo com regime de trabalho (2016.1)	89
Tabela 10	Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras, da UNIVASF e da UFRN-Natal de acordo com titulação acadêmica (2016.1)	89
Tabela 11	Proporção de professores do ensino técnico/clínico dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UFRN-Natal de acordo com titulação acadêmica (2016.1)	90
Tabela 12	Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras, da UNIVASF e da UFRN-Natal de acordo com regime de trabalho (2016.1)	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Alguns marcos referenciais históricos de movimentos reflexivos e de ações no campo da formação médica, no âmbito nacional e internacional, em décadas, no decorrer do século XX	38
Quadro 2	Síntese da avaliação dos diferentes aspectos considerados na análise das três cidades interessadas em sediar o novo curso de medicina da UFCG, elaborada pela Comissão de Avaliação em 2007	58
Quadro 3	Síntese da avaliação dos diferentes aspectos considerados na análise das três cidades interessadas em sediar o novo curso de medicina da UFCG, elaborada pela Reitoria da UFCG em 2007	60
Quadro 4	Síntese da Avaliação para Fins de Autorização de Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras realizada por comissão do INEP/MEC em 2011	66
Quadro 5	Distribuição de estudantes que ingressaram no semestre letivo 2010.2 de acordo com a cidade de origem	101
Quadro 6	Caracterização do curso de medicina a partir dos eixos e vetores do instrumento elaborado por Lampert (2009)	130
Quadro 7	Comparação entre o curso de medicina da UFCG-Cajazeiras e a média de 28 escolas médicas, por eixos e vetores	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADUFCG	Associação dos Docentes Universitários de Campina Grande
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
AMB	Associação Médica Brasileira
ANDES	Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
APS	Atenção Primária à Saúde
CAMECA	Centro Acadêmico de Medicina 16 de Julho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CERES	Centro de Ensino Superior do Seridó
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Centro de Formação de Professores
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COMPROV	Comissão de Processos Vestibulares
COREME	Comissão de Residência Médica

CPC	Conceito Preliminar do Curso
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRUB	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DDES	Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
DE	Dedicação Exclusiva
Dedes	Departamento de Desenvolvimento da Educação Superior
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENEM	Exame Nacional de Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSC	Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
FACISA	Faculdade de Ciências da Saúde
FAFIC	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
Fepafem	Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
HETSHL	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HRC	Hospital Regional de Cajazeiras
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUJB	Hospital Universitário Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação

MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS ou OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAPS	Posto de Atenção Primária à Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRÓ-INTERNATO	Programa de Apoio ao Internato Médico em Universidades Federais
Projeto EMA	Educação Médica nas Américas
Projeto UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde em União com a Comunidade
PROMED	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Seres	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SisCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica

SiSU	Sistema de Seleção Unificada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TEM	Tópicos Especiais em Medicina
UACEN	Unidade Acadêmica de Ciências Exatas e da Natureza
UACV	Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
USF	Unidade de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19

1.1 Justificativa.....24

1.2 Objetivos 26

2 REFERENCIAL 28

2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a interdição neoliberal: os reflexos na constituição da Atenção Primária à Saúde no Brasil. 32

2.2 A Educação Médica no Brasil, da CINAEM aos dias atuais: o dilema preventivista atualizado? 38

3 METODOLOGIA.....47

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....53

4.1 Histórico do Curso de Medicina.....53

4.1.1 As origens do curso: as dores de um parto 54

4.1.2 Os primeiros anos: a existência em risco 65

4.1.3 A Residência Médica em Cajazeiras 69

4.1.4 Os primeiros anos de internato médico: o gargalo do curso 73

4.1.5 O momento atual e perspectivas de futuro: corpo docente e serviços de saúde próprios 79

4.2 O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras.....96

4.2.1 Os Pressupostos e os Fundamentos Teóricos do Projeto Pedagógico do Curso.....97

4.2.2 Análise Curricular e Inserção da Saúde da Família e Comunidade e da Saúde Coletiva 113

4.3 Entre a Intenção e o Gesto: o Curso de Medicina de Cajazeiras para além do papel 124

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 137

REFERÊNCIAS.....149

ANEXO A - GRADE CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFCG *CAMPUS* CAJAZEIRAS.....167

ANEXO B – INTRUMENTO DESENVOLVIDO POR LAMPERT (2009) 171

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa teve como objeto de estudo o Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras a partir do ponto de vista dos recentes acúmulos teóricos e práticos no campo da Educação Médica. Considerando principalmente a incorporação e valorização do cenário da atenção básica nos processos de reformas curriculares disparados no Brasil nos últimos 15 anos, e partindo da contribuição desse cenário e dos conhecimentos da Medicina de Família e Comunidade e da Saúde Coletiva, trabalhou-se com a hipótese de que as tais mudanças curriculares tem colaborado para a formação de médicos e médicas com perfil mais adequado ao trabalho na atenção primária à saúde e à proposta ético-política do Sistema Único de Saúde. O campo de trabalho foi a cidade de Cajazeiras e seu *campus* da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

A inscrição na Constituição Federal da afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988) e a criação do Sistema Único de Saúde, assentado sobre os princípios da universalidade, da eqüidade e da integralidade, representaram uma inflexão nas políticas de saúde em vigência no país, buscando alterar o modelo de atenção dominante.

O Modelo Médico Hegemônico, conformado pelo modelo médico assistencial privatista, pelo modelo de atenção gerenciada e pelo sanitarismo clássico, privilegia uma atenção focal, baseada na doença e em sua dimensão biológica e orgânica, conduzindo à hiperespecialização e à fragmentação do cuidado, organizando serviços de saúde na lógica médico-centrada, desprestigiando o trabalho em equipe interdisciplinar, e priorizando como cenário principal os serviços de atenção terciária, de alta densidade tecnológica (PAIM, 2012).

Por seu turno, o Sistema Único de Saúde, inspirado nas idéias do Movimento pela Reforma Sanitária, procura operar na lógica de uma rede assistencial articulada, com a atenção primária à saúde como principal porta de entrada, fundamentada num conceito ampliado do processo saúde-doença de modo a dar respostas complexas a problemas de saúde também complexos, intervindo desde a

promoção até a reabilitação da saúde, privilegiando o trabalho inter e transdisciplinar, buscando superar o paradigma biomédico (ANDRADE, 2009).

Nesse sentido, a experiência da Saúde da Família, criada como programa em 1994 ainda dentro de uma concepção sanitarista, e alçada à condição de estratégia reordenadora do sistema de saúde, é um marco de suma importância. As potencialidades que apresenta, não apenas do ponto de vista do impacto epidemiológico sobre indicadores de saúde, mas sobretudo no plano da construção de novas práticas, coloca essa área como central no processo de enfrentamento ao Modelo Médico Hegemônico (PAIM, 2012).

Essas mudanças profundas ainda se encontram em movimento e tem exigido, entre outras coisas, que se repense a formação dos profissionais de saúde no Brasil, de modo que estejam alinhados com os princípios ético-políticos que embasam a atual Política de Saúde. Nessa perspectiva, nos últimos anos os cursos de graduação na área da saúde vivenciaram um conjunto de reformas curriculares de modo a adequar o perfil do egresso ao que o SUS tem demandado no processo de reversão do modelo de atenção.

É nesse contexto que ganha especial ênfase a reformulação da formação médica enquanto estratégia de enfrentamento ao poder da corporação médica, sustentáculo do Complexo Médico Industrial. A experiência da Comissão Nacional Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM (LAMPERT, 2009) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina são, portanto, um acúmulo histórico fundamental nesse processo, abrindo as portas para a reforma curricular de cursos tradicionais e a criação de novos cursos dentro de uma nova proposta pedagógica, visando um profissional 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. (BRASIL, 2002).

É nesse cenário de mudanças na Educação Médica que o Curso de Medicina do *campus* Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande é criado em 2007, incorporando as novas DCN e colocando como eixo estruturante do curso, enquanto módulo transversal e integrador, as disciplinas de Saúde da Família e Comunitária, assentadas sobre os saberes da Saúde Coletiva, da Medicina de Família e Comunidade, da Clínica Ampliada e da Pedagogia de matriz freireana, tendo como principal campo de prática a rede básica de saúde daquele município.

Cajazeiras é um município localizado no alto sertão paraibano (extremo oeste do estado) numa região próxima geograficamente a outros três estados (Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco), de clima semi-árido e de bioma caatinga. Em 2010, tinha uma população de 58.446 habitantes e, em 2015, uma população estimada em 61.431, sendo a oitava maior cidade do estado em termos populacionais. Trata-se de pólo econômico da região, destacando-se as atividades de comércio, construção civil e educação. Apesar disso, a renda *per capita* na zona urbana é de apenas 377,50 reais, sendo ainda pior na zona rural, onde atinge R$ 212,75 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A cidade originou-se de um sítio de mesmo nome. Nela nasceu o Padre Inácio de Sousa Rolim que, depois de ordenado em Olinda, retornou à propriedade dos pais, onde fundou um colégio em 1843, em torno do qual nasceu a povoação, posteriormente desmembrada do município de Sousa e elevada à condição de cidade em 1876 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). O colégio, onde Cícero Romão Batista (o famoso padre Cícero) estudou na infância, passou a ser referência para a educação das crianças da região, especialmente àquelas ligadas às elites latifundiárias, fazendo com que a cidade se singularizasse como aquela que “ensinou a Paraíba a ler”. Essa “vocação” histórica se perpetuou no momento da criação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras – FAFIC em 1970, ligada à diocese de Cajazeiras e que buscava a formação de profissionais para o ensino de 1º e 2º graus, contando à época com seis cursos de licenciatura. Em 1979, o patrimônio da FAFIC foi doado à Universidade Federal da Paraíba - UFPB, motivando-a a abrir o Campus V de Cajazeiras, que absorveu todos os cursos da FAFIC, exceto Licenciatura em Filosofia (FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE CAJAZEIRAS,

2015). Em 2002 é criada a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, a partir do desmembramento de quatro dos sete *campi* que compunham a UFPB - Campina Grande, Patos, Sousa e Cajazeiras (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, 2015). Nesse ínterim, outras instituições de ensino superior surgiram, de sorte que hoje, além do Centro de Formação de Professores da UFCG, a cidade conta com um *campus* do Instituto Federal de Educação Tecnológica da Paraíba e outras três instituições privadas de ensino superior, adquirindo um caráter de cidade universitária. Em 2006, o Centro de Formação de Professores – CFP/UFCG abre vestibular para a primeira turma de enfermagem e, em 2007, é a vez do Curso de Graduação em Medicina, o qual já formou até o presente momento seis turmas. Num local reconhecido por sua trajetória alicerçada sobre a Educação, um novo curso de medicina a partir de uma proposta curricular avançada e assentada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais lança luz a novas reflexões no campo da Educação Médica.

Apesar de sua relevância no cenário regional, o município sofre ainda com a dificuldade de alocação e qualificação de profissionais de saúde, mais sensivelmente médicos, para a consolidação da rede local. Isso vem se modificando nos últimos anos devido, entre outras razões, à criação de cursos na área de saúde, tanto em instituições privadas quanto na UFCG; bem como à adoção por parte da gestão municipal a programas do Ministério da Saúde orientados à fixação de médicos em regiões de escassez desse profissional, a exemplo do Programa Mais Médicos para o Brasil. Na verdade, até julho de 2007, trabalhavam na cidade apenas 47 profissionais médicos das mais diferentes especialidades (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2014), enquanto em março de 2015 contabilizavam-se 149 (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015b). Ao triplicar o número de médicos, a região passou a se aproximar da média nacional de médicos para cada mil habitantes. Ressalte-se que, segundo dados do Conselho Federal de Medicina na publicação Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013), essa média na Paraíba era de apenas 1,38, bem abaixo da média nacional de 2,00. A situação do sertão é agravada ainda mais pelo fato de que 72,79% dos médicos da Paraíba residem na capital João Pessoa, onde a razão médico registrado (CFM)/1.000 habitantes é de 5,22. Contudo, utilizando-se

dos dados do CNES (149 médicos) e do IBGE (61.030 habitantes), respectivamente, a estimativa de razão de médicos por 1.000 habitantes em Cajazeiras chega a 2,44.

Também se percebem impactos positivos sobre a infra-estrutura da rede local a partir da criação do curso. Entre eles está a incorporação de um pequeno hospital infantil municipal pela UFCG, a qual iniciou um conjunto de reformas de modo a ampliar o número de leitos de 26 para 60, bem como modificou seu perfil assistencial para hospital materno-infantil. Trata-se do agora Hospital Universitário Materno-Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello. Além disso, está prevista a criação de um hospital universitário de alta complexidade com cerca de 200 leitos. Isso complementa uma rede que conta hoje, entre outros serviços, com 21 Unidades de Saúde da Família, uma rede de atenção psicossocial composta por um CAPS I, um CAPS ad e um CAPS infantil, policlínica de especialidades médicas, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, um hospital geral de 122 leitos mantido pelo Estado e um hospital psiquiátrico privado de 62 leitos. (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015a). Destaque-se que esse é o único estabelecimento hospitalar privado na cidade, onde tal setor se restringe a clínicas especializadas e laboratórios, o que representa importante abertura para fazer avançar propostas mais alinhadas à perspectiva ético-política do SUS no campo da formação médica.

Além dos desdobramentos na fixação de profissionais médicos e na própria infra-estrutura da rede de saúde, o Curso de Medicina contribuiu para o surgimento e consolidação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, o que, por sua vez, potencializou os seus demais efeitos.

Na condição de Médico de Família, de docente do Curso de Graduação em Medicina, de ex-Coordenador de Curso e de atual Coordenador da Comissão de Residência Médica, é possível visualizar como todas essas mudanças são amplamente reconhecidas pelos diversos atores locais. A residência médica conta com aprovação por parte da gestão municipal de saúde, a qual recorrentemente destaca a qualidade superior do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde contempladas com a presença de médicos residentes. Estudantes em estágio supervisionado em outras cidades, especialmente em instituições mais tradicionais, são corriqueiramente lembrados por docentes e médicos preceptores de modo

lisonjeiro pela relação humanizada e pela maior capacidade de se relacionar com o contexto da atenção primária à saúde, quando comparados aos estudantes da própria instituição que os recebeu como internos.

Contudo, quando se parte do conceito de modelos de atenção à saúde, o qual tem como foco o “conteúdo” do sistema de saúde (ações de saúde) e não o “continente” (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento), ou seja, quando se objetiva destacar a dimensão tecnológica das práticas de saúde em si orientadas a partir de uma determinada racionalidade (PAIM, 2012), a reflexão ganha outra dimensão. Sendo assim, apesar do sensível impacto do Curso de Graduação em Medicina na dinâmica do setor saúde da cidade, como evidenciado pelos simples dados levantados acima, e considerando as expectativas em torno de mudanças da prática médica a partir de um curso surgido após reformas nas diretrizes curriculares, ainda faltam pesquisas e dados científicos capazes de sustentar ou não essa percepção geral de que os médicos e médicas oriundos de tal curso estariam mais preparados para o trabalho junto à atenção primária à saúde e dentro da perspectiva ético-política do Sistema Único de Saúde.

1.1 Justificativa

Um dos principais focos de resistência ao processo de mudanças levado adiante com a criação do Sistema Único de Saúde tem sido a corporação médica. Temas como a regulação do mercado de trabalho e dos programas de residência médica, criação de novas vagas e de novos cursos de medicina, interiorização do profissional médico, trabalho na atenção primária à saúde, entre outros, demonstram recorrentemente a contraposição dessa categoria profissional, a qual vê neles a diminuição de seu poder, sustentado principalmente sobre a reserva de mercado de trabalho.

Experiências recentes promovidas pelo Ministério da Saúde no sentido de enfrentar os problemas do acesso ao profissional médico, em especial na atenção básica e, sobretudo, nas áreas de difícil fixação (cidades do interior, principalmente

no Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e periferias de grandes centros urbanos), como é o caso do programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), bem como do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), tem colocado no centro dos debates o problema do provimento e da adequação do profissional médico ao trabalho em saúde na atenção primária.

Dentro do próprio PMMB prevê-se um processo de expansão do número de vagas e de novos cursos de medicina, especialmente em regiões interioranas, como forma de fixação de profissionais médicos, valorizando a atenção básica e os serviços de urgência e emergência como cenários prioritários na formação (BRASIL, 2013d). Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais passaram por novas mudanças de modo a adequar-se às necessidades de enfrentamento desse quadro. Em 20 de junho de 2014 é publicada a resolução nº 03, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que institui as novas diretrizes em substituição às de 2001, aprofundando e detalhando melhor os eixos de mudança da formação médica em torno da atenção à saúde, da gestão em saúde e da educação em saúde. Normatiza ainda algumas questões estruturais dos currículos no sentido de valorizar o cenário da atenção básica, a exemplo do artigo 24. Este define que o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, com predominância de carga horária no primeiro cenário, o qual deverá ser coordenado e voltado para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Além disso, os demais 70% incluirão aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental (BRASIL, 2014a). Isso denota que o movimento de mudanças na Educação Médica não se esgotou e se encontra em plena efervescência, suscitando novas dúvidas, hipóteses, argumentos e contra-argumentos.

Sendo assim, o estudo sobre um curso localizado numa das áreas que mais sofre com as iniqüidades em saúde, o sertão nordestino, um dos principais alvos das atuais políticas conduzidas pelo Ministério da Saúde, surgido após a promulgação das DCN de 2001 e a elas adequado, tendo a Saúde da Família e Comunitária como área preponderante em seu Projeto Pedagógico e o cenário da Atenção Primária à

Saúde como espaço privilegiado de formação, tal estudo justifica-se por trazer elementos que colaboram no processo de repensar a formação médica dentro do Sistema Único de Saúde, ainda mais quando se considera a formação do pesquisador em Medicina de Família e Comunidade e a sua inserção junto ao curso, reforçando que o conhecimento não é espontâneo, mas sofre determinações na materialidade do mundo que o cerca (MINAYO, 2010).

O trabalho está inserido na linha de pesquisa de Educação em Saúde do Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

1.2 Objetivos

O trabalho teve como objetivo geral analisar a experiência do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras à luz dos acúmulos teóricos e práticos no campo da Educação Médica.

Delimitaram-se, a partir disso, os seguintes objetivos específicos:

- Fazer um relato histórico do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras;
- Identificar e analisar os principais desafios e dificuldades do Curso de Medicina em questão na atualidade;
- Reconhecer os pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do Projeto Pedagógico do Curso;
- Descrever de que forma a Saúde Coletiva e a Medicina de Família e Comunidade se inserem e se articulam na grade curricular do curso;
- Analisar se o projeto político-pedagógico atende às exigências do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde;
- Descrever de que modo os aspectos referentes ao mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente são vivenciados no Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras;

- Reconhecer tensões e contradições entre o que é previsto no Projeto Político Pedagógico, nas Diretrizes Curriculares Nacionais e na condução real cotidiana do curso.
- Extrair, a partir da experiência de Cajazeiras, possíveis generalizações ou elementos universais que possam embasar as políticas públicas relacionada à Educação Médica.

2 REFERENCIAL

Entende-se que o estudo sobre a experiência do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras necessariamente exige a análise de outras amplas temáticas inseridas dentro de uma totalidade histórico-social concreta. Além disso, considerando a necessidade de mudança do Modelo Médico Hegemônico, necessidade vislumbrada desde um determinado ponto de vista ético-político, coerente com o do Movimento de Reforma Sanitária, e levando em conta que a disputa pela hegemonia na sociedade de projetos de poder de classes sociais diferentes atravessa o conjunto das manifestações da realidade, inclusive as concepções sobre processo saúde-doença, modelos de atenção à saúde e Educação Médica, adota-se como ponto de partida epistemológico o materialismo histórico e dialético.

De acordo com Chagas (2011), tal referencial teórico:

> [...] pressupõe dois momentos inseparáveis: a investigação (ou a pesquisa) e a exposição (ou a apresentação). A investigação, ou o método de investigação (*Forschungsmethode*), é o esforço prévio de apropriação, pelo pensamento, das determinações do conteúdo do objeto no próprio objeto, quer dizer, uma apropriação analítica, reflexiva, do objeto pesquisado antes de sua exposição metódica. E a exposição, ou o método de exposição (*Darstellungsmethode*), não é simplesmente uma auto-exposição do objeto, senão ele seria acrítico, mas é uma exposição crítica do objeto com base em suas contradições, quer dizer, uma exposição crítico-objetiva da lógica interna do objeto, do movimento efetivo do próprio conteúdo do objeto. A exposição é uma expressão (tradução) ideal do movimento efetivo do real, isto é, trata-se não de uma produção, mas de uma reprodução do movimento efetivo do material, do real, de tal modo que o real se “espelhe” no ideal. Reproduzir quer dizer aqui para Marx reconstruir criticamente, no plano ideal, o movimento sistemático do objeto, pois o objeto não é dado pela experiência direta e imediatamente. Requer aqui, portanto, um trabalho prévio de investigação (“escavação” e “garimpo”), de maturação do objeto, de sua captação com detalhes, de suas formas de evolução, de suas conexões íntimas, para depois expor adequadamente, sistemática e criticamente, a sua lógica interna; vale dizer, é preciso um esforço intelectual de investigação, de apropriação do conteúdo, de apreensão do movimento interno, efetivo, do real, e de exposição, de expressão ideal desse conteúdo, para livrar-se do “envoltório místico”, da “crosta idealista”, extraindo o núcleo, o “caroço racional” de dentro das coisas, pois, afinal de contas, “a pérola não sai sozinha da ostra” (CHAGAS, 2011, p. 57).

Ou seja, o objeto de estudo não deve ser aqui tomado sem uma reflexão profunda sobre as determinações históricas no âmbito da Educação Médica e da Reforma Sanitária Brasileira, sem a devida compreensão de todo o movimento de contradições no seu bojo e sem deixar de considerar sua articulação com a totalidade do real. Essa é a razão pela qual a fundamentação teórica deve constituir um "esforço prévio de apropriação, pelo pensamento, das determinações do conteúdo do objeto no próprio objeto, quer dizer, uma apropriação analítica, reflexiva, do objeto pesquisado antes de sua exposição metódica". E sua exposição deve contribuir exatamente para desnudar esse real no movimento mesmo de seu devir. Isto é, os resultados alcançados buscam captar o desenvolvimento da realidade particular de Cajazeiras em articulação com a totalidade histórico-social concreta em que está inserida, não apenas como esforço interpretativo, mas no sentido da transformação do real, no sentido em que Marx, contrapondo-se ao método especulativo hegeliano e ao determinismo materialista vulgar de Feuerbach, anunciou sua 11ª tese sobre Feuerbach, sua tese-síntese da cosmovisão dialético-materialista da História: "Os filósofos se limitaram a *interpretar* o mundo de diferentes maneiras; mas o que importa é *transformá-lo*" (MARX, 2007, p.120).

Aqui se tem mais um elemento relevante na abordagem do objeto a partir da Filosofia da Práxis: a implicação do pesquisador. Diversos outros leitos teóricos da filosofia do conhecimento reconhecem que em qualquer situação há essa implicação do sujeito cognoscente com o objeto cognoscível; porém, em relação ao objeto de pesquisa em questão, tem-se uma atuação militante de quem busca entender as determinações do seu objeto para transformá-lo, para quem a compreensão do real pode e deve ser instrumento de luta política pela emancipação social.

Como afirma Löwy (2009):

> Do ponto de vista de uma sociologia crítica do conhecimento, a formulação que nos parece mais interessante entre os sociólogos franceses contemporâneos é (no domínio que nos ocupa) a de Pierre Bourdieu, segundo a qual as chances de contribuir na produção da verdade dependem de dois fatores principais: "o interesse que se tem em saber e em fazer saber a verdade (ou inversamente, em ocultá-la ou ocultá-la de si) e a capacidade que se tem em produzi-la". Em outros termos: "o sociólogo está tanto mais armado para descobrir o oculto quanto mais armado cientificamente, quando ele utiliza melhor

> o capital de conceitos, de métodos, de técnicas acumulado por seus predecessores, Marx, Durkheim, Weber, e como outros, é quando é mais 'crítico', quando a intenção consciente ou inconsciente que o anima é mais *subversiva*, quando tem mais interesse em desvendar o que é censurado, contido, no mundo social" (LOWY, 2009, p. 251).

Parte-se da constatação de que o debate sobre os rumos da Educação Médica no Brasil está permeado por interesses que se organizam em torno da defesa ou da crítica ao Modelo Médico Hegemônico de atenção (e suas vertentes: o modelo médico-assistencial privatista, o modelo de atenção gerenciada e o sanitarismo clássico), o qual, por sua vez, é funcional à sustentação do Complexo Médico-Industrial-Financeiro (PAIM, 2012). Nesse quadro a Corporação Médica recorrentemente tem se colocado de maneira resistente aos processos de mudança curricular que buscam adequar a formação profissional aos princípios ético-políticos do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária brasileira, os quais apontam a necessidade de mudanças no modelo assistencial, através da crítica à dita Biomedicina (LAMPERT, 2009).

Apesar do crescente assalariamento do trabalho médico, em que tal profissional tem cada vez mais no SUS seu principal empregador, e a despeito do espaço crescentemente mais residual para o exercício da medicina enquanto profissional liberal (MACHADO, 1998), muitas vezes entrando em contradição com setores do Complexo Médico-Industrial-Financeiro, a exemplo dos planos e seguros privados de saúde, a posição que o médico ocupa como intermediador entre as mercadorias geradas por este complexo e os seus consumidores o faz, ainda que inconscientemente, assumir a defesa corporativa do seu poder médico (AROUCA, 2003). Isso se reflete na posição assumida pela corporação médica através de suas entidades representativas (Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos) em diversas pautas nos últimos anos: a chamada Lei do Ato Médico, o Programa de Valorização da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos para o Brasil, entre outras. O rompimento de tais entidades no bojo da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, surgida na década de 1990 com o objetivo de pensar o processo de reformas curriculares que desaguou nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os

cursos de medicina de 2001, foi apenas mais uma evidência dessa contraposição (LAMPERT, 2009).

Por seu turno, o movimento da Reforma Sanitária vem, há muitos anos, tecendo uma crítica incisiva à forma como o saber médico, sustentando-se na Biomedicina, se articula com modelos de atenção fragmentados, médico-centrados, hospitalocêntricos, superespecializados, com pouca capacidade de gerar cuidado (PAIM, 2012). Na verdade, mundialmente o debate sobre os rumos da medicina já vinha de muito antes, conformando movimentos que centravam como ponto primordial de intervenção a Educação Médica, a exemplo do movimento da medicina integral ou da medicina preventiva, os quais motivaram reformas curriculares em países anglófonos em busca de uma "atitude" diferenciada por parte dos profissionais médicos, mas que mantinham intactos os interesses do Complexo Médico-Hospitalar-Financeiro (AROUCA, 2003).

Contudo, foi a partir da incorporação do materialismo histórico-dialético como método de análise que se tornou possível para alguns pensadores, a exemplo de Sérgio Arouca, desvelar o caráter parcial e ideológico (no sentido de uma realidade distorcida) das abordagens anteriores. Em sua tese de Doutorado *O Dilema Preventivista*, defendida em 1974, portanto anterior ao Sistema Único de Saúde, ele já apontava os limites de se discutir mudanças na prática médica meramente a partir da Educação Médica, denunciando como essa abordagem era funcional em mascarar os verdadeiros determinantes do processo saúde-doença e o papel que a medicina cumpre na estrutura social, colocando como centro de gravidade de uma Reforma Sanitária profunda a necessidade de se transformar o mundo do trabalho (AROUCA, 2003).

Quarenta anos depois a realidade se modificou. Na década de 1980 o movimento pela Reforma Sanitária cresceu e ganhou força no seio da luta pela redemocratização do país com o lema *Saúde e Democracia.* Tal lema inseria-se dentro de uma estratégia que buscava radicalizar a democracia brasileira, reformando o Estado e garantindo acesso a direitos de cidadania como caminho para a construção do socialismo (PAIM, 2008). O chamado Eurocomunismo, que teve como maior expoente o Partido Comunista Italiano, influenciou fortemente o Partido Comunista Brasileiro, do qual muitos sanitaristas eram militantes, e, a partir

dessa leitura política, conseguiu-se inscrever na Constituição de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado (SILVA e MENDES, 2015). O Sistema Único de Saúde nasce, portanto, dentro de uma concepção *welfariana* de Estado, mas sua consolidação ao longo de toda a década de 1990 enfrenta um contexto bastante adverso. A queda do muro de Berlim, o fim das experiências soviética e do leste europeu, a reestruturação produtiva, o avanço do neoliberalismo e suas funestas conseqüências aos países de capitalismo dependente, a desregulamentação do mundo do trabalho, o avanço nos processo de terceirização e quarteirização, o desmonte dos Estados de Bem-Estar Social na Europa, entre outros fenômenos, foram responsáveis pela amputação do processo de reforma sanitária em nosso país (FALEIROS et al., 2006) e colocaram necessariamente novos elementos quando se busca captar as particularidades do debate sobre a formação profissional.

Por sua vez, a sucessão de governos pós-neoliberais ou neodesenvolvimentistas desde os anos 2000, os quais buscam, ainda que sem romper com o tripé macroeconômico do neoliberalismo e suas expressões jurídico-políticas, ampliar a inclusão de massas marginalizadas no mercado formal de trabalho e de consumo, tendo como metassíntese o crescimento econômico com distribuição de renda, mas sem que necessariamente leve adiante reformas estruturais de nossa sociedade (BOITO JR., 2012a), marca uma nova e complexa realidade que, na área da saúde, parece muitas vezes restringir o debate à questão do acesso aos serviços e ações de saúde.

2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a interdição neoliberal: os reflexos na constituição da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

O neoliberalismo, enquanto doutrina política e econômica, é introduzido na América Latina nos anos 1970 no Chile, sob o regime de Augusto Pinochet, mas só constrói sua hegemonia no Brasil nos anos 1990, tendo um impulso inicial com o governo Fernando Collor de Mello, e consolidando-se a partir dos mandatos de Fernando Henrique Cardoso, através das reformas levadas adiante pelo então Ministro da Reforma do Estado Luis Carlos Bresser-Pereira. Entre as razões para o

relativo atraso desse fenômeno em relação aos demais países do continente está a correlação de forças ao longo da década de 1980, que permitiu aos setores democráticos e populares em luta contra o regime militar inscrever na Constituição de 1988 uma série de avanços do ponto de vista dos direitos sociais, inspirados majoritariamente na perspectiva dos Estados de Bem-Estar Social da Europa Ocidental, já em crise após os dois choques do petróleo na década de 1970 (CARINHATO, 2008).

> No entanto, a correlação de forças que favorecera a promulgação do modelo constitucional havia mudado. As propostas neoliberais – oriundas do bloco conservador que gravitava no entorno da candidatura de Collor de Mello - ganharam espaço no cenário político e econômico, de forma a minar os avanços propostos pela Constituição Cidadã. A Seguridade Social, por exemplo, foi um dos focos privilegiados dessa nova investida conservadora.
>
> Assim, ao tempo em que, no Brasil, criavam-se dispositivos político-democráticos de regulação da dinâmica capitalista, no âmbito político e econômico mundial tais mecanismos perdiam vigência e tendiam a serem substituídos, com a legitimação oferecida pela ideologia neoliberal, pela desregulação, pela flexibilização e pela privatização – elementos inerentes a mundialização (globalização) operada sob o comando do grande capital (CARINHATO, 2008, p. 43).

Os reflexos disso na área da saúde saltam à vista. O Sistema Único de Saúde defrontar-se-á em seu processo de consolidação com uma concepção política avessa aos seus princípios de universalidade, eqüidade e integralidade. Para Paim et al. (2011), isso se expressa no apoio estatal ao setor privado, pela concentração dos serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico.

Apesar disso, o SUS conseguiu, nessas quase três décadas de existência, melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país, entre outras conquistas. Os autores concluem:

> Alguns dos desafios futuros do SUS são a reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (PAIM et al*.,* 2011, p. 11).

A interdição neoliberal manifestou-se também na disputa de concepções de Atenção Primária à Saúde (APS) a ser construída no Brasil. Para Giovanella (2008), em linhas gerais, duas concepções de APS se colocam desde a década de 1970. Uma concepção seletiva, a qual subentende apenas programas com objetivos restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, que inicialmente foi proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma- Ata, mas que passou a predominar a partir da difusão por agências internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, entre outros), dando ênfase à racionalização de práticas e seleção de algumas atividades custo-efetivas, como a terapia de reidratação oral ou acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, as quais, ainda que efetivas, estão longe de representar a garantia do direito universal e integral à saúde, como previsto na Constituição Federal.

Por sua vez, a Atenção Primária à Saúde abrangente ou ampliada corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado e centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral, dentro da perspectiva das proposições de Alma-Ata, compondo um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde.

> Em países periféricos, com esquema de proteção social de caráter residual, como muitos da América Latina, em geral, a Atenção Primária à Saúde é seletiva, correspondendo ao modelo focalizado. A extensão de cobertura em saúde que vem ocorrendo em diversos países da América

> Latina por meio de seguros específicos para certos grupos, como o materno infantil, concretiza princípios da concepção seletiva da Atenção Primária à Saúde. Por sua vez, o grau de segmentação dos sistemas de saúde condiciona as possibilidades de implementação de uma Atenção Primária à Saúde abrangente. Assim, na maior parte dos países da América Latina, a cobertura é segmentada, convivendo esquemas diferenciados com importantes desigualdades no acesso, e a atenção primária é incorporada apenas no setor público com programas seletivos.
>
> No caso do Brasil, a situação é mais complexa, pois nosso sistema formalmente universal expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação, o que lhe confere, de certo modo, uma dualidade. De outra parte, a extensão da população brasileira coberta pelo SUS e que utiliza seus serviços não pode ser tipificada como residual. Todavia, a abrangência da cesta a ser garantida pelo sistema público está sempre colocada em questão. Assim, a seletividade e a focalização subentendidas nas propostas de Atenção Primária à Saúde para países periféricos permitem entender o atual interesse que o Banco Mundial demonstra ao apoiar a expansão de programa de atenção primária no país (GIOVANELLA, 2008, p. 22).

É essa concepção de APS seletiva que está nas origens do Programa Saúde da Família (PSF), criado em meados da década de 1990, no auge do neoliberalismo no país. Porém, como a autora afirma, na consolidação de sistemas universais em países periféricos, a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos e garantir cesta ampla está sempre presente, e a direcionalidade depende muito da correlação de forças políticas em cada momento histórico. E em certa medida a pressão do Movimento pela Reforma Sanitária foi capaz de, pelo menos do ponto de vista normativo, ressignificar o PSF em Estratégia de reorientação de todo o sistema de saúde a partir de 1997, afirmando, assim, a concepção ampliada de APS, mesmo que na cotidianidade dos serviços ainda predomine uma concepção restrita.

A agora denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) busca, então, se orientar a partir dos atributos da Atenção Primária Integral desenvolvidos por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Contudo, os desafios que se colocam à ESF são enormes e variados.

> No contexto brasileiro, é necessário refletir sobre as possibilidades de sinergia dessa estratégia com outras políticas sociais e sobre os fatores necessários para garantir seu desempenho. Os estudos de avaliação

> mostram uma discreta superioridade de suas atividades sobre aquelas de unidades tradicionais, mas permanecem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede. Essas dificuldades se correlacionam com o baixo patamar de financiamento público, a persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção (CONILL, 2008, p. 15).

Nos anos 2000, em especial a partir do segundo mandato de Luis Inácio Lula da Silva, viu-se a ascensão de um projeto de desenvolvimento econômico que se contrapunha a alguns elementos do neoliberalismo ortodoxo, embora sem com ele estabelecer uma ruptura definitiva. Trata-se do modelo neodesenvolvimentista, o desenvolvimentismo da época do capitalismo neoliberal e da hegemonia do capital financeiro, cuja base de sustentação é composta por uma frente política de classes e frações de classe que integra setores da grande burguesia interna (agronegócio, capital bancário nacional, empreiteiras, indústria da construção naval, entre outros), da classe trabalhadora organizada (Central Única dos Trabalhadores, por exemplo) e da massa marginal (BOITO JR., 2013).

> [...] já no segundo mandato, o perfil neodesenvolvimentista da política econômica e social do governo estava claro. Dilma, na sequência do dirigente histórico do PT, avançou ainda mais e na mesma direção: depreciou o câmbio, reduziu a taxa básica de juro, pressionou pela queda do *spread* bancário, reduziu por intermédio de expedientes variados o superávit primário, instituiu uma nova regulamentação para as compras públicas que favorece a produção local, estabeleceu medidas protecionistas e outras. Essa ascensão do neodesenvolvimentismo mostra que a política de Estado sob os governos petistas tem direção clara e visa ao desenvolvimento capitalista sem, no entanto, romper com alguns pilares do modelo neoliberal – citemos a rolagem da dívida pública, que inibe a capacidade de investimento do Estado, e a abertura comercial, que mina a indústria interna (BOITO JR., 2013, p. 174).

Esse projeto de desenvolvimento econômico evidentemente trouxe implicações para as políticas sociais, entre elas, as de saúde:

> No que tange às políticas sociais, o neodesenvolvimentismo concentrou a agenda nas políticas de transferência de renda com

> condicionalidades, cumprindo o receituário do Banco Mundial. Os reflexos desta agenda na saúde são, entre outros, a manutenção do subfinanciamento associado ao crescimento e fortalecimento do setor privado, refletindo as contradições de governos que “defendem” o SUS, que tem um *staff* de sanitaristas em seus principais postos de governo, mas que implementam políticas cumulativas de privatização. Na mesma lógica em que o grande capital ganha com o neodesenvolvimentismo em outros setores, na saúde cresceram os planos e seguros privados, a incorporação de tecnologias de alto custo, abertura para exploração do capital internacional e a financeirização do setor, enquanto as políticas prioritárias mantém a lógica da focalização – inflexão em direção a políticas de cunho redistributivo na saúde – e da expansão de serviços de saúde em atenção primária e unidades hospitalares e pré-hospitalares (MAGNO; PAIM, 2015, p. 3).

É a partir dessa lógica de manutenção da estrutura macroeconômica associada a políticas compensatórias (expressas na consigna do crescimento econômico com distribuição de renda) que se pode compreender a direcionalidade da política de saúde na última década, cuja prioridade esteve na ampliação do acesso (ainda que se recorra ao setor privado) a serviços de saúde, em especial aos serviços de atenção primária. Como exemplos desse enfoque no acesso, podemos citar, no cenário da atenção primária á saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Evidentemente, tais políticas, embora não representem mudanças profundas na estrutura social no campo da saúde, representam medidas progressistas e alimentam contradições no seio da sociedade que levam a polarizações e explicitação de projetos políticos. É o que se pode perceber claramente a partir das reações da corporação médica ao PROVAB e ao PMMB. Políticas que buscam atenuar distorções históricas na distribuição de profissionais médicos não chegam a representar uma reforma profunda no setor saúde, encaixando-se plenamente dentro da lógica de mitigação das desigualdades sociais, tais como outras políticas sociais compensatórias. Porém, trouxe para o centro do debate político os impasses e gargalos da luta pela Reforma Sanitária, permitindo a seus atores históricos a possibilidade de fazer a luta política e ideológica no seio da sociedade e não mais apenas dentro do restrito espaço setorial. E é nesse cenário cada vez mais polarizado que o tema da formação profissional, em especial o da Educação Médica,

bem como a centralidade da Atenção Primária à Saúde voltam a ganhar peso, colocando novas perguntas, discussões, impasses e desafios.

2.2 A Educação Médica no Brasil, da CINAEM aos dias atuais: o dilema preventivista atualizado?

O que se pode perceber a partir das polêmicas suscitadas em torno das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina publicadas em 2014 é que o debate acerca da Educação Médica voltou a ganhar destaque e parece abrir um novo capítulo. Evidentemente não caberia aqui esmiuçar o percurso histórico do tema da Educação Médica no Brasil (cujos principais marcos nacionais e internacionais estão listados no quadro 1), mas é de suma importância que se retome a linha geral de seu desenvolvimento.

As décadas de 1960 e 1970 na América Latina são marcadas por uma contundente crítica ao papel que a Medicina exerce na estrutura social. Tal crítica, formulada nos marcos da chamada Medicina Social Latino-Americana, a qual teve como expoente o médico e sociólogo argentino Juan César García, centrava-se em revelar a vinculação da medicina à estrutura social, a influência da estrutura social na produção e na distribuição da doença, a análise interna da produção de serviços médicos e a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico (NUNES, 2013). No que tange a esse último aspecto:

> [...] as escolas médicas, principalmente através dos seus hospitais universitários, incorporam condutas e relações que servem como poderosos instrumentos de reprodução do modelo dominante de organização dos serviços de saúde e práticas profissionais (ALMEIDA, 2000 *apud* NUNES, 2013, p. 1757).

Quadro 1 - Alguns marcos referenciais históricos de movimentos reflexivos e de ações no campo da formação médica, no âmbito nacional e internacional, em décadas, no decorrer do século XX

Nacionais	Década	Internacionais

- Congresso Nacional dos Práticos/RJ (1922)	10 a 50	(1910) Relatório Flexner (1957) General Practioners/Inglaterra (1957) Udual 1ª Conf. das escolas Latino-Americanas de Medicina / México
- ABEM – fundação (1962) - Reforma Universitária – lei 5.540 (1968) - Currículo mínimo–res.nº8 CFE/MEC(1969)	60	(1960) Médico de Família – E.U./Canada (1962) Fundação da Fepafem (Udual)
- ABEM – Seminário nacional: Formação do Médico de Família (1973) - Residência Med.Geral Comunitária /criação (1976) - Cebes – criação (1976) - Abrasco – criação (1977) - CNRM – criação (1977) - ABEM – Seminário nacional:Formação do Médico Generalista (1978)	70	(1972) 2º Plano Decenal de Saúde das Américas – estratégia de IDA (1972) A Educação Médica na America Latina OMS/OPS–J. C. Garcia (1974) Informe Lalonde – Canadá (1976) Leavel&Clark – Med. Prev. (1978) **Declaração de Alma-Ata** "Saúde para todos no ano 2000" (1979) Network – criação OMS/OPS
- ABEM – Seminário Nacional: Preparação do Médico Geral na graduação (1986) - VIIIª CNS – Reforma Sanitária (1986) - Promulgação da Constituição Brasileira. (1988) **Saúde, direito de todo cidadão / SUS**	80	(1984) Médico de Família – Cuba (1984) Modelo Spices (1984) Fundação Alafem (Udual) (1986) IªConf.Int.**Promoção da Saúde** Carta de Ottawa / Canadá (1987) Iª Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo (1988) IIª Conf. Int. **Promoção da Saúde**
- ABEM/Fepafem – Projeto EMA (1990) - ABEM/CFM – formação Cinaem (1991) - Programa Saúde da Família (PSF/MS) (1992) - Lei de Diretrizes e Bases - lei 9.394 (1996) - Diretrizes Curriculares; edital nº4 MEC (1997) - Perfil do Médico Brasileiro / Fiocruz (1997) - Avaliação das Escolas Médicas: Cinaem (1997) MEC (1999) - Cinaem (3ªfase): Projeto de transformação do ensino médico (1999) - PSF/MS Meta:implantar 20.000 equipes (1999)	90	(1990) Fepafem – Projeto EMA (1991) IIIª Conf. Int.**Promoção da Saúde** (1991) Promoção da Saúde na América Latina – Declaração de Bogotá (1993) IIªConferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo (1994) Encontro Intercontinental de Punta del Este (1994) Conferência Internacional de Rockville / Illinois (1994) WHO-Wonca – Canadá (1997) IVª Conf.Int.**Promoção da Saúde**

Fonte: LAMPERT, 2002

A análise histórico-estruturalista também se estendeu ao fenômeno da Medicina Preventiva, surgida na Inglaterra e logo transplantada para os Estados Unidos nos anos de 1950, e sua pretensão em reformar a prática médica a partir de uma mudança na atitude individual do profissional médico, mudança que teria como núcleo central a Educação Médica. Nesse sentido, Sérgio Arouca, referência da Medicina Social no Brasil, chega, entre outras, às seguintes conclusões:

> - Como um projeto de mudança da prática médica, a Medicina Preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.
>
> - O fundamento da proposta preventivista baseou-se em uma redefinição dos contornos do profissional médico que deveria ser imbuído de um novo conjunto de atitudes que o relacionassem com a comunidade, com os serviços públicos de saúde, com a promoção e a proteção da saúde do indivíduo e de sua família. Como base para esta redefinição das funções médicas, introduziu-se o conceito ecológico de saúde e doença e uma visão da história da Medicina que caminhava inexoravelmente para a Medicina Preventiva.
>
> - Para encontrar a sua especificidade, a Medicina Preventiva realizou um trabalho de delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, afirmando a sua própria identidade com a Medicina Clínica. O fundamento da delimitação baseava-se em que a Medicina Preventiva era simplesmente uma nova forma da Medicina privada, enquanto as outras duas representavam uma participação estatal.
>
> [...]
>
> - Os conceitos estratégicos:
>
> A Integração representa um conceito político do movimento, em relação à escola médica, procurando a formação de uma consciência difusa que, levando a um consenso, determinasse a transformação da própria escola.
>
> A Inculcação, operando através da noção de contato que pretende vencer a resistência estudantil ao modelo preventivista, realiza uma redução do espaço social a uma leitura clínica e cria um espaço para um discurso pedagógico e tecnológico da aprendizagem.
>
> O conceito de Mudança introduz a noção de que a história é feita pelos sujeitos em particular e procura demonstrar uma autonomia política do setor saúde, neutralizando o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito em suas ações, tratando-se de uma mudança que só existe na materialidade do discurso.
>
> [...]
>
> - O movimento preventivista, em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações (AROUCA 2003, p. 250-252).

Apontando claramente para a centralidade da mudança das relações sociais, a medicina social engrossa o Movimento pela Reforma Sanitária, dando a ele um referencial teórico e um horizonte estratégico que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, o debate em torno da Educação Médica, na avaliação de alguns autores, passa a ser negligenciado:

> [...] A corrente vinculada à medicina social praticamente abandonou a educação médica e passou a ter papel de destaque no movimento da

> Reforma Sanitária. Nesse movimento foram questionados os modelos assistenciais vigentes no país, propondo-se nova abordagem para o processo saúde-doença, compreendido no conjunto de sua causalidade social. Contudo, não produziu definições satisfatórias do perfil e das características do médico a ser formado, embora fossem formuladas muitas propostas para descentralização, municipalização dos serviços, financiamento, modelos de gestão, etc. Não havendo perspectiva de formar um perfil de profissional, na graduação, condizente com a implementação do novo sistema de saúde, a alternativa encontrada foi preparar os profissionais através dos programas de residência médica em medicina preventiva, medicina social, medicina geral e comunitária e cursos de especialização em saúde pública (LAMPERT, 2002, p. 110).

O processo de consolidação do SUS, as reivindicações por serviços de saúde mais humanizados, a grande necessidade de atenção à saúde da população brasileira, os altos custos dos serviços de saúde em especialidades e a demanda gerada a partir da constituição de uma rede de Atenção Primária à Saúde, que necessitava de um perfil de médico com conhecimentos, habilidades e competências diferenciadas em relação ao paradigma flexneriano de formação, repõe o tema da Educação Médica na ordem do dia na década de 1990, levando à conformação da Comissão Nacional Interinstitucional do Ensino Médico em 1991.

A CINAEM era formada por entidades de relevância médica e educacional no país, quais sejam: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos do Brasil (FENAM), Academia Nacional de Medicina (ANM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Com o objetivo formal de avaliar e contribuir para a melhoria do ensino médico no país, tratava-se de um contraponto à proposta de algumas entidades médicas de criação de um exame de ordem de medicina, interpretado por alguns atores enquanto tentativa de preservar uma reserva de mercado de trabalho diante da expansão de escolas médicas em curso (LAMPERT, 2002). Seus trabalhos foram realizados em quatro fases, mas nas últimas etapas a CINAEM foi abalada pela saída de entidades médicas em razão de divergências políticas no seio da mesma.

Outra iniciativa que marcou os anos de 1990 no campo da Educação Médica foi aquela promovida e financiada pela Fundação Kellogg, denominada “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, o Programa UNI, que teve origem na avaliação crítica das experiências do Programa de Integração Docente Assistencial na América Latina e através do qual todos os projetos deveriam ter, como denominador comum, a base epidemiológica da população à qual se destinassem, atuando de forma interdisciplinar, com equipes multiprofissionais e articulando o ensino-aprendizagem em serviço (LAMPERT, 2002).

Tanto a CINAEM (mesmo após a ruptura das entidades médicas) quanto o Programa UNI geraram um grande acúmulo no debate da Educação Médica e contribuíram decisivamente para a formulação e promulgação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001:

> A CINAEM, ao ser formada, na década de 90, promove um amplo movimento de avaliação do ensino médico que levantou o diagnóstico das escolas médicas brasileiras através de três estudos: estudo transversal do perfil do corpo docente; estudo longitudinal para estudar o médico formado na graduação e um estudo do modelo pedagógico. Neste mesmo período, por iniciativa do governo, se realiza o Exame Nacional de Curso, o “Provão”, que embora altamente questionado nos critérios adotados de avaliação e classificações, fortalece a perspectiva da avaliação ser construída no dia-a-dia das instituições de ensino superior. Ainda na última década do século XX, iniciam-se as discussões para a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da medicina, homologadas em 07 de novembro de 2001 (Brasil, res. nº. 4, CNE/MEC, 2001), tendo como atores atuantes os Projetos UNI, a ABEM e a CINAEM. As DCNs afirmam que o profissional médico tem que ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e com princípios éticos deve promover a saúde integral do ser humano (LAMPERT, 2008, p. 33).

Ponto culminante na trajetória das discussões sobre a Educação Médica naquele período, as novas DCN de 2001 precisariam, então, se materializar num terreno ainda bastante árido às mudanças. Nesse sentido algumas iniciativas de fomento às reformas curriculares e à sua adequação às novas demandas do Sistema Único de Saúde são levadas adiante:

> Nesse caminho de mudança na perspectiva de futuro, vale ressaltar duas iniciativas de apoio ao processo de mudança na educação médica do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e a OPS: o lançamento do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico – PROMED (BRASIL, 2002) – e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005). Esses programas têm como uma das metas aproximar a formação profissional e científica das necessidades reais do SUS, sobretudo na estruturação da atenção básica, que deve ser a porta de entrada do sistema. Isso significa que os profissionais podem melhorar as ações desenvolvidas no Programa Saúde da Família (PSF/MS, 1994), que se propõe resolver adequadamente a maioria de demandas nos serviços de saúde. (LAMPERT, 2008, p. 34).

Apontando claramente para uma formação generalista adequada ao trabalho na atenção primária à saúde, as DCN se encontram nos anos 2000 com o processo de consolidação da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

> A Medicina de Família e Comunidade teve as primeiras residências na década de 1970. Um dos primeiros programas foi o do Hospital Nossa Senhora da Conceição, hoje Grupo Hospitalar Conceição, e, antes de ser regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), tinha o nome de "medicina geral". Em 1981, todas as experiências nesta área foram reconhecidas pela CNRM como Medicina Geral Comunitária. Na unificação das especialidades pela CNRM, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) em 2002, o nome mudou para Medicina de Família e Comunidade, uma opção dos próprios médicos gerais comunitários da época (GUSSO; BENSENOR; OLMOS, 2012, p. 97).

A Medicina Geral Comunitária deriva do movimento de medicina integral, cujas raízes remetem aos países anglófonos, como Canadá e Inglaterra, que avançaram na consolidação de sistemas universais de saúde com forte ênfase na atenção primária. Diferencia-se, portanto, da Medicina Preventiva e Social, herdeira do movimento da medicina social latino-americana e que buscava maior enfoque no estudo da determinação social do processo saúde-doença, embora os cenários de prática fossem semelhantes.

> A medicina de família e comunidade – MFC – é uma especialidade médica com foco privilegiado na APS e, por isso, é considerada

> especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005, p. 62).

Ainda segundo Anderson; Gusso; Castro Filho (2005), quatro competências próprias dessa especialidade seriam: a solução de problemas não diferenciados, as competências preventivas, as competências terapêuticas de problemas freqüentes de saúde e a competência de gestão de recursos. Recentemente a especialidade passou por mais uma mudança de denominação, passando a ser registrada junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) como Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2015).

Inserida no contexto das mudanças levadas adiante na graduação, a Medicina de Família e Comunidade aglutina um conjunto de saberes derivados do paradigma da integralidade que passam a ser valorizados pelo Movimento de Educação Médica, ganhando espaço nos currículos dos novos cursos criados após 2001, ainda que em muitos cursos tradicionais não goze da mesma abertura. Em diálogo com os demais atores envolvidos no tema, a recém-criada Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) passa a recomendar determinados conteúdos programáticos para uma formação médica generalista, que incluem:

> - Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde, da Medicina de Família e da Comunidade nos Sistemas de Saúde;
> - Conceituação e reconhecimento da importância da Medicina Ambulatorial nos Sistemas de Saúde;
> - Compreensão e incorporação dos princípios e das atitudes envolvidas com a complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde;
> - Atuação em cenários onde sejam desenvolvidas práticas de Atenção Primária à Saúde, como a Estratégia de Saúde da Família;
> - Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes;
> - Comunicação e Relação Médico–Paciente-Família-Comunidade;
> - Reconhecimento e diagnóstico das condições de saúde socioambiental de uma família e de uma comunidade;

> - Conhecimento do cadastro familiar e comunitário como instrumento facilitador do diagnóstico e abordagem familiar e comunitária;
> - Identificação de ações prioritárias a serem focalizadas pela equipe de saúde na abordagem familiar e comunitária;
> - Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde no âmbito da medicina de família e comunidade com desenvolvimento de ações de saúde orientadas pelas necessidades e demandas percebidas através do contato com as famílias e a comunidade;
> - Estudo e reflexão sobre os problemas de saúde que mais afetam às pessoas e às populações de centros urbanos;
> - A prática clínica da Medicina Ambulatorial. (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005, p. 64).

Aqui interessa observar como essas recomendações em larga medida parecem reproduzir os conceitos estratégicos da Medicina Preventiva analisados por Sérgio Arouca em sua tese de doutorado: integração, inculcação e mudança. Evidentemente, trata-se de um novo contexto em que, apesar da manutenção da mercantilização da saúde dentro de relações sociais capitalistas, o exercício da medicina também ocorre dentro de um sistema universal que afirma a saúde como direito de cidadania, contemplando uma rede de atenção primária minimamente estruturada. A despeito dos entraves econômicos, políticos e sociais para fazer valer a carta constitucional, já mencionados na seção anterior, o fato é que se assistem a mudanças significativas no mundo do trabalho em saúde desde o final dos anos 1980 e que ganham mais um impulso com a promulgação da lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, a qual institui o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013d)

O programa é constituído de três eixos, articulando mudanças na graduação e na residência médica, com propostas para o mundo do trabalho médico. Um primeiro eixo é o de provimento emergencial de profissionais médicos a partir de editais que permitem o exercício da profissão na atenção básica por parte de médicos brasileiros ou estrangeiros oriundos de uma lista de países cuja densidade populacional médica é maior que a brasileira, e a partir de acordo de cooperação intermediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) com o governo cubano. Atualmente, o PMMB conta com um total 18.240 vagas em 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), garantindo assistência para

aproximadamente 63 milhões de pessoas (PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, 2015).

Um segundo, na área da educação, prevê: a universalização da residência médica em médio prazo, garantindo vagas anuais em programas de residência para todos os egressos do mesmo ano, priorizando áreas críticas na formação de especialistas, como é o caso da Medicina Geral de Família e Comunidade, além de outras mudanças nos cenários de prática e nos conteúdos dos demais programas, inserindo os residentes em ambientes de urgência e emergência e de atenção básica; e a ampliação da oferta de vagas de graduação em medicina, priorizando a abertura de novos cursos em áreas de difícil fixação, de modo a atingir o patamar de vagas de graduação/1.000 habitantes equivalente ao de países com sistemas universais, como a Inglaterra. A meta do Governo Federal seria criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, já foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência (PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, 2015)

O terceiro eixo, de infra-estrutura, prevê a construção de novas unidades básicas de saúde e a ampliação das já existentes, financiando cerca de 26 mil obras em quase cinco mil municípios (PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, 2015).

Em suma, todas essas mudanças introduzidas a partir do SUS, inclusive as mais recentes, vinculadas à ampliação do acesso à atenção à saúde, propiciam novas reflexões acerca da atualidade ou não do dilema preventivista. Em certa medida o presente trabalho tangencia algumas dessas reflexões ao analisar um curso médico formulado a partir das DCN de 2001 e do acúmulo do Movimento de Educação Médica até então, representando uma contribuição às discussões atuais suscitadas após a promulgação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2014 no bojo das propostas instituídas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil.

3 METODOLOGIA

A Metodologia da Pesquisa pode ser entendida enquanto a sistemática de abordagem da realidade, um conceito que contempla de forma abrangente e concomitante os seguintes aspectos: a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos a serem utilizados ao se procurar as respostas para as indagações da investigação; e a “criatividade do pesquisador”, isto é, a singularidade na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais ou observacionais ou de qualquer outra natureza para responder à pergunta científica (MINAYO, 2010)

Como apontado antes, o Método de abordagem aqui utilizado é o Método Dialético, ou seja, aquele que, segundo Marconi; Lakatos (2003), busca penetrar o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na sociedade. Essas mesmas autoras procuram diferenciar *Método* (ou método de abordagem) de *métodos* (ou métodos de procedimento): estes seriam etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenômenos e menos abstrata; dir-se-ia até serem técnicas que, pelo uso mais abrangente, se erigiram em métodos. Já aquele se caracteriza por uma abordagem mais ampla, em nível de abstração mais elevado, dos fenômenos da natureza e da sociedade.

Assim, do ponto de vista dos métodos de procedimento, estão presentes nesse estudo os métodos histórico, monográfico e comparativo. Mais uma vez segundo Marconi; Lakatos (2003), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época. Esse método predomina sobretudo na tentativa de reconstrução da história do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras.

Por sua vez, partindo do princípio de que qualquer caso que se estude em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros ou até de todos

os casos semelhantes, o método monográfico consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações (MARCONI; LAKATOS, 2003). A análise intensiva dos diversos aspectos referentes à experiência do Curso de Medicina de Cajazeiras (história, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática, desenvolvimento docente, relação com o mundo do trabalho médico, etc.) procurou exatamente extrair generalizações e elementos universais que embasem políticas públicas na área da Educação Médica.

Já o método comparativo realiza comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências. Permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais, constituindo uma verdadeira "experimentação indireta". Pode ser utilizado em todas as fases e níveis de investigação: num estudo descritivo pode averiguar a analogia entre ou analisar os elementos de uma estrutura; nas classificações, permite a construção de tipologias; finalmente, ao nível de explicação, pode, até certo limite, apontar vínculos causais entre os fatores presentes e ausentes (MARCONI; LAKATOS, 2003). Esse método foi utilizado aqui na comparação entre os corpos docentes do Curso de Medicina de Cajazeiras com o de duas outras escolas médicas, bem como na comparação entre os resultados obtidos em estudos com outras 28 escolas quanto aos aspectos relacionados a mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente.

Por sua vez, ainda seguindo Marconi; Lakatos (2003), o Quadro de Referência diz respeito a uma totalidade que abrange dada teoria e a metodologia específica – método de abordagem e métodos de procedimento - dessa teoria. Portanto, vale insistir, o presente estudo se localiza dentro do quadro de referência marxista, uma vez que articula a teoria do materialismo histórico e dialético, o Método de abordagem dialético, os métodos de procedimento histórico, monográfico e comparativo, juntamente com técnicas específicas de coleta de dados.

Em relação a estas últimas, partindo da definição de *técnica* enquanto “conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência”, “habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 174), foram utilizadas diversas técnicas na execução deste trabalho. Diante dos

objetivos propostos e das condições para a coleta de dados, optou-se por trabalhar com uma abordagem qualitativa, numa pesquisa de caráter descritivo e exploratório, ou seja, com o objetivo de descrever completamente determinado fenômeno (neste caso, a experiência do Curso de Medicina de Cajazeiras). Em pesquisas desse tipo podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas, como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2003). Nesse estudo, buscou-se trabalhar tanto a partir de Documentação Indireta (pesquisa documental e pesquisa bibliográfica) quanto de Observação Direta Intensiva.

Assim, de modo a alcançar os dois primeiros objetivos do trabalho (quais sejam: fazer um relato histórico e analisar os desafios e dificuldades atuais do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras), articulou-se a pesquisa documental, cuja fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denominam fontes primárias (nesse estudo: documentos públicos e publicações legislativas e administrativas - como leis, portarias, resoluções, ofícios, etc. – e relatórios de visita), com a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, que abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética, e audiovisuais: filmes e televisão (o presente trabalho restringiu-se à utilização de documentos da imprensa escrita em meio virtual – portais de notícias).

De acordo com Marconi; Lakatos (2003), a observação (ferramenta de Observação Direta Intensiva) é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. Ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade. Permite, ainda, a evidência de dados não constantes do roteiro de entrevistas ou de questionários. A observação pode ser classificada segundo os meios utilizados (estruturada/sistemática ou não-estruturada/assistemática), a participação do observador (participante ou não-

participante), o número de observações (individual ou em equipe) e o lugar onde se realiza (mundo real/trabalho de campo ou laboratório). Assim, no presente estudo, considerando a experiência do pesquisador enquanto docente, ex-coordenador de estágios supervisionados, ex-coordenador de curso e atual coordenador da Comissão de Residência Médica, também se utilizou, para a reconstrução da história do curso e a análise do contexto atual do mesmo, de observação assistemática, participante, individual e na vida real.

Assistemática porque consistiu em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilizasse meios técnicos especiais ou precisasse fazer perguntas diretas. É mais empregada em estudos exploratórios (como este) e não tem planejamento e controle previamente elaborados, e caracteriza-se pelo fato de o "o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais os aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los" (RUDIO, 1979 apud MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 192). *Participante* porque partiu da participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo (no caso, a comunidade universitária da UFCG em Cajazeiras). A observação participante pode ser classificada em artificial ou natural, sendo esta última a que melhor se encaixa no caso, já que observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investigou. *Individual* porque partiu de um único observador/pesquisador. E *na vida real* porque as observações foram feitas no ambiente (cenário) do próprio curso.

Em fase posterior da pesquisa, recorreu-se à *observação sistemática* para atender aos 4º, 5º, 6º e 7º objetivos específicos desse estudo. Para descrever a inserção e articulação da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade na grade curricular e analisar se o PPC atende às demandas do trabalho na APS, tomou-se como critério de comparação as *Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina* (DEMARZO et al., 2011), elaboradas conjuntamente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Para descrever como os aspectos relacionados ao mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente são vivenciados; e reconhecer tensões e contradições entre o que é previsto no PPC

e nas DCN e o cotidiano do curso, utilizou-se instrumento elaborado por Lampert (2009), que teve como base aquele elaborado pela mesma autora em sua tese de doutorado (LAMPERT, 2002), e que recebeu contribuições no âmbito da ABEM. Composto de 05 eixos conceptuais e 17 vetores, ele foi formulado originalmente para pesquisar a percepção dos atores sociais da escola a respeito de como está sendo implementado o programa curricular da graduação com referência às DCN e fóruns nacionais e internacionais de Educação Médica. Cada vetor apresenta uma questão com três alternativas, uma das quais é escolhida como predominante pelo conjunto de atores sociais da escola reunidos – docentes, discentes e técnico-administrativos. Ao final, classifica-se a escola médica investigada como tradicional, inovadora ou avançada (LAMPERT et al., 2009b). No presente estudo, todavia, o questionário original foi utilizado como roteiro de observação do pesquisador, que o respondeu a partir de sua própria experiência docente e administrativa junto ao curso, relatada anteriormente.

Em relação à análise dos dados, trabalhou-se a partir do método hermenêutico-dialético, nos termos formulados por Minayo (1992) apud Gomes (1999), em particular no reconhecimento dos pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do Projeto Pedagógico do Curso. Tal método de análise busca localizar a fala dos atores sociais (no caso, o texto do PPC) em seu contexto (o que é feito ao se remontar o percurso histórico do curso) para melhor ser compreendida. Tal compreensão tem como ponto de partida o interior da fala (do texto) e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (texto). Para a operacionalização da proposta, seguiram-se os passos recomendados: organização dos dados, classificação dos dados e análise final. Na primeira etapa, recolheram-se todos os documentos relacionados ao PPC do curso. Na segunda, procedeu-se a uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para fazer surgir o que há de relevante nos mesmos, partindo da compreensão de que o dado não existe por si só, mas é construído a partir dos questionamentos que fazemos sobre ele, com base numa fundamentação teórica; apoiado no que é relevante, elaboram-se categorias específicas, no caso, os pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do curso. Por fim, na terceira e última fase, procurou-se estabelecer a relação entre os dados levantados e categorias elaboradas com a fundamentação teórica da pesquisa.

Em síntese, trata-se esta de uma pesquisa localizada no quadro referencial marxista, partindo da teoria do materialismo histórico e dialético e do Método de abordagem dialético, utilizando os métodos de procedimento histórico, monográfico e comparativo, com uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório; tendo, como técnicas específicas de coleta de dados, a Documentação Indireta (pesquisas documental e bibliográfica) e a Observação Direta Intensiva (observação participante num primeiro momento assistemática e, em fase posterior, sistemática), e, enquanto técnica de análise de dados, o método hermenêutico-dialético.

No que tange aos aspectos éticos, a pesquisa não envolveu a participação de seres humanos, não necessitando de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram divididos em três momentos. No primeiro, aborda-se o histórico do Curso de Medicina de Cajazeiras, enfatizando as origens do mesmo, as dificuldades enfrentadas em seus anos iniciais, a tentativa de desenvolvimento de programas de residência médica atrelados ao curso, as questões referentes aos estágios supervisionados, e os desafios atuais, em que se destacam os aspectos referentes ao corpo docente e aos hospitais universitários.

No segundo momento, promove-se a análise dos pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do Projeto Pedagógico do Curso, bem como da inserção e articulação da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunitária dentro da grade curricular à luz de diretrizes para o ensino na APS formuladas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pela Associação Brasileira de Educação Médica.

Por fim, analisam-se aspectos do curso referentes ao mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente a partir de um instrumento validado na literatura especializada elaborado por Lampert (2009), de modo a verificar as contradições na construção cotidiana do curso

4.1 Histórico do Curso de Medicina

Para compreender as dificuldades e os desafios para a consolidação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras e o contexto do próprio PPC, busca-se aqui fazer um breve relato em torno do histórico do mesmo.

4.1.1 As origens do curso: as dores de um parto

A criação do Curso de Medicina em Cajazeiras se dá no contexto da promulgação e implementação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, instituído pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva através do Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. O programa teria por objetivo:

> [...] criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais", tendo como meta global "a elevação gradual da taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais para noventa por cento e da relação de alunos de graduação em cursos presenciais por professor para dezoito, ao final de cinco anos, a contar do início de cada plano. (BRASIL, 2007b).

De acordo com Baptista et al. (2013), o REUNI tinha a previsão de ser implantado em cinco anos, e segundo os artigos 1º e 3º do referido decreto, o Ministério da Educação deveria destinar ao Programa recursos financeiros, que seriam reservados a cada universidade federal, na medida da elaboração e apresentação dos respectivos planos de reestruturação, nesses cinco anos, a contar do início de cada plano.

> Apesar de ser uma política governamental, com o objetivo de reenquadrar a universidade pública no projeto de desenvolvimento social do país, por diversas razões, que requerem uma investigação mais apurada, o REUNI sofreu intensa oposição de parte dos alunos, sindicatos dos docentes, professores.
>
> Pode-se pensar que muitos dos movimentos de oposição ao REUNI aconteceram por se tratar de um Programa com tempo definido para sua existência e em fase de implementação, o que abre um leque de interrogações sobre a sua capacidade para alterar de forma substantiva a cultura burocrática das instituições e consolidar, em seu lugar, uma cultura de resultados.
>
> No entanto, o REUNI foi um instrumento de reestruturação das universidades, sendo o responsável pela nova etapa de expansão das IFES (instituições federais de ensino superior) e pela realização de grande parte dos investimentos e por sua reestruturação interna. A expansão

> universitária possibilitaria maior acesso à educação a populações excluídas dela, cumprindo seu dever democrático, mas por outro lado, reconhece-se o fato de que normalmente a expansão está ligada a interesses econômicos (BAPTISTA et al., 2013, p. 7-8).

Tal como a política de saúde nos governos Lula e Dilma, o REUNI, componente do Plano Nacional de Educação, seguia a mesma lógica, já discutida anteriormente, de centrar sua intervenção na ampliação do acesso, somando forças a projetos como o Programa Universidade para Todos - PROUNI e o Fundo de Financiamento Estudantil - FIES, que atenderiam aos interesses históricos das classes trabalhadoras de democratização do acesso ao ensino superior, conciliando-os aos interesses do empresariado da área da educação. As críticas ao REUNI, além da alegada precarização das condições de trabalho com a ampliação da relação discente/docente, estariam na incorporação de um paradigma empresarial na educação superior pública:

> Essas mudanças têm afetado a liberdade acadêmica e a autonomia institucional, que são encaradas como obstáculos à lógica empresarial, e consideradas como técnicas de gestão, subordinadas ao novo paradigma da educação contábil. Isso tem levado a avaliação do ensino baseada apenas em dimensões mensuráveis, baseada em dados contáveis, medição de resultados (...) Isso revela uma avaliação positivista, tecnocrática, na qual a realidade é vista como independente dos seus atores. Mostra-se então, uma natureza política reguladora de avaliação do ensino superior, onde aparece a competitividade e a estandardização [...] (LIMA et al., 2008 *apud* BAPTISTA et al*.,* 2013, p. 11).

Não cabe no escopo desse estudo uma análise mais aprofundada e sistemática do que representou o REUNI e demais aspectos da política educacional dentro do projeto neodesenvolvimentista dos governos encabeçados pelo Partido dos Trabalhadores, mas fica clara a importância desse cenário nacional para a compreensão do contexto de criação do Curso de Medicina, onde também as tensões políticas envolvendo docentes, servidores técnico-administrativos, estudantes e membros da administração universitária se faziam presentes.

Alerte-se, no entanto, que a proposta de abertura desse curso em Cajazeiras antecede a promulgação do Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, pois já fazia parte do projeto de ampliação e interiorização de cursos de graduação encabeçados pelo grupo vitorioso nas eleições para a Reitoria em 2004.

> Como é do conhecimento de todos, a Universidade Federal de Campina Grande vive, neste momento, um processo de expansão de seus serviços, notadamente com a oferta de novos cursos de graduação e de pós-graduação. A referida expansão das atividades acadêmicas da Instituição, por meio da criação de novos cursos e de novos campi, foi anunciada desde o período do processo eleitoral que definiu a atual reitoria desta Universidade.
>
> [...] Dando prosseguimento ao processo de expansão, e tendo em vista a necessidade de consolidar a área de saúde na Instituição, a Administração Superior desta Universidade viu, no programa empreendido pelo Ministério da Educação para a expansão das universidades federais e na recomendação do Ministério da Saúde de se promover a interiorização dos cursos da área de saúde, a possibilidade de criar, no campus de Cajazeiras, os cursos de medicina, fisioterapia e educação física, considerando-se que ali já existe uma Escola de Saúde, de nível médio e técnico em enfermagem, e o curso de graduação em enfermagem. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 1)

Tornando-se pública a pretensão de se criar um curso de medicina no sertão da Paraíba, a cidade de Sousa também manifesta sua disposição em sediá-lo. Diante da situação de concorrência, a administração central decide formar uma comissão de avaliação de caráter consultivo, encarregada de elaborar um relatório que apontasse subsídios à decisão a ser tomada pelo Conselho Universitário. Nesse ínterim, a sociedade civil de Patos também se movimenta e passa a reclamar para si o direito de ter em sua cidade um curso de medicina, passando a ser também objeto de estudo da comissão de avaliação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e).

Os inegáveis impactos econômicos e sociais de um curso de medicina em uma região de alta vulnerabilidade como o sertão paraibano mobilizam então os mais diversos interesses e abre uma disputa acirrada entre as cidades de Cajazeiras, Sousa e Patos, as quais tinham 58.446, 65.803 e 100.674 habitantes, respectivamente, segundo o censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO

DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). É bastante ilustrativo do empenho do empresariado cajazeirense em vencer a batalha em torno do curso, o fato notabilizado pela mídia local, na época, quando os representantes de entidades do comércio decidiram fazer a doação à UFCG da estrutura física do laboratório de anatomia. Este, além de servir aos estudantes do curso de enfermagem, então obrigados a se deslocarem até Campina Grande para ter aulas de anatomia, serviria também para o Curso de Medicina. A estrutura física do laboratório contemplava uma área coberta de 300m² e era orçada em aproximadamente R$ 130 mil, sendo os recursos obtidos junto aos empresários da cidade e depositados na conta bancária da Maçonaria. O laboratório de anatomia foi inaugurado no dia 13 de abril de 2007. Por sua vez, a prefeitura municipal também teve a sua participação na doação de R$ 15 mil para a elaboração do projeto que foi enviado ao MEC (CAJAZEIRAS..., 2007).

Finalmente o relatório da comissão de avaliação, composta pelos professores Dra. Vilma Lúcia Fonsêca Mendoza, da Universidade Federal de Campina Grande, Dr. Valderilio Feijó de Azevedo, da Universidade Federal do Paraná, e Dr. Eurípedes Soares Filho, da Universidade Estadual do Piauí, é concluído em 04 de abril de 2007 e apresentado na noite de 11 de abril, na presença de empresários, prefeitos, vereadores, deputados estaduais, demais autoridades políticas e representantes da comunidade universitária dos *campi* das três cidades (COMISSÃO..., 2007). De acordo com o documento:

> O trabalho desta comissão e o conjunto de aspectos analisados foram norteados pelos seguintes princípios:
>
> 1. O ensino médico necessita de cenários de aprendizagem que dêem suporte ao número médio de alunos que possam vir a ser matriculados.
> 2. Esses cenários devem ser múltiplos e abrangem sala de aula, laboratórios, hospitais e os espaços de organização da atenção básica à saúde.
> 3. O Sistema Único de Saúde deve oferecer os principais cenários de atuação e aprendizagem para os estudantes de medicina nos quatro níveis de atenção: primária, secundária, terciária e quaternária.
> 4. As instituições privadas de atenção à saúde não têm condições de dar o suporte aos cursos de medicina a menos que atendam 95% aos pacientes do SUS.
> 5. Os recursos humanos existentes para o curso pretendido são de especial relevância para a constituição do ambiente universitário.

> 6. Reconhecimento do papel docente dos profissionais da rede de serviços. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 8-9)

Quanto à metodologia, a comissão estruturou a sua avaliação a partir de quatro grandes dimensões: 1) o contexto institucional (subdivididos em: a. características da Instituição; b. administração; c. políticas de pessoal e programas de incentivo e benefícios; d. administração acadêmica; e. projeto pedagógico do curso); 2) o corpo docente (considerando: a. formação acadêmica e profissional; b. condições de trabalho, regime de trabalho e produção científica); 3) as instalações (contemplando: a. instalações gerais; b. biblioteca; c. instalações e laboratórios específicos); e 4) a rede SUS (subcategorizada em: a. espaço físico e infra-estrutura de Unidades Saúde da Família; b. cobertura e serviços de Unidade Saúde da Família; c. espaço físico de Hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; d. equipamentos e serviços de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; e. equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários) (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007).

Ao final a comissão sintetiza suas avaliações no seguinte quadro e conclui:

Quadro 2 - Síntese da avaliação dos diferentes aspectos considerados na análise das três cidades interessadas em sediar o novo curso de medicina da UFCG, elaborada pela Comissão de Avaliação em 2007

Aspecto	Município(s) em melhor situação no aspecto
1. Infra-estrutura no campus: Salas de Aula, Laboratórios e Biblioteca	Patos
2. Corpo Docente para o Curso de Medicina	Todos em condições similares, embora o Campus de Patos apresente o maior número de professores com titulação de doutor para o curso pretendido.
3. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina	Cajazeiras e Sousa
4. Espaço físico e infra-estrutura de Unidades Saúde da Família;	Todos em condições similares. Diferença no número de Unidades entre os municípios.
5. Cobertura e Serviços de Unidades Saúde da Família	Patos
6. Espaço físico de Hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos
7. Equipamentos e serviços de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos

8. Espaço físico de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários	Sousa e Patos
9. Equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos

Fonte: COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007

> A Universidade Federal de Campina Grande, em princípio, desde que fossem realizados os investimentos necessários nos campi e na rede SUS, pode implantar o curso pretendido em qualquer uma das três cidades avaliadas. Entretanto, nesse momento, de acordo com a metodologia utilizada e critérios técnicos, a cidade de Patos reúne melhores condições para a implantação imediata do curso pretendido. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 41)

Contudo, insatisfeito com o resultado final do relatório, o então reitor Thompsom Fernandes Mariz elabora um outro documento intitulado “Análise do resultado apresentado pela comissão de avaliação constituída para subsidiar a discussão do Conselho Universitário em torno da implantação de um curso de medicina na UFCG, em um dos *campi* do Sertão” e o apresenta concomitantemente. Nele, o reitor reconhece os esforços empreendidos pela comissão, porém questiona:

> O relatório produzido permite, pelo significativo número de aspectos que foram analisados, leituras diversas, a partir da ênfase que pode ser dado a determinados critérios. Assim, a escolha da cidade de Patos para sediar o curso de medicina se revela pela leitura que prioriza os aspectos externos, quantificados nas categorias “espaço físico e infra-estrutura de Unidades Saúde da Família; cobertura e serviços de Unidade Saúde da Família; espaço físico de Hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; equipamentos e serviços de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; e equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 7)

Reclamando melhor atenção na avaliação institucional que permitisse às instâncias de gestão posicionar-se sobre aspectos da administração universitária, afirma que foram desconsiderados aspectos relevantes para a análise, como o fato

de que às 27 salas de aula existentes no *campus* de Cajazeiras outras 14 estariam sendo somadas para atender ao aumento da demanda por novos cursos, além da construção de um prédio de 383 m², destinado ao laboratório de anatomia. Lembra que o acervo do *campus* de Cajazeiras se diferenciaria do de Patos por ser voltado, em maior quantidade, para a área de saúde e não para a área de ciências agrárias; que o *campus* de Cajazeiras tinha então 23 doutores, sendo 07 deles formados na área de saúde (enfermagem e odontologia) ou em áreas afins (química e biologia), enquanto dos 49 doutores em Patos apenas 03 eram da área de ciências biológicas, sendo o restante da área de ciências agrárias. Quanto à integração ensino-serviço, principal aspecto considerado pela comissão, contestou que ela já ocorria em Cajazeiras e em Sousa, tendo em vista as atividades do curso de Enfermagem, o que não ocorria em Patos, haja vista os cursos ali ministrados serem à época da área agrária. Além disso, haveria disponibilidade orçamentária já consignada por meio de emendas parlamentares destinadas à área de saúde do campus de Cajazeiras, totalizando o valor de R$ 1.400.000,00 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e). Assim, apresenta ao final, tal como o relatório da comissão de avaliação, um quadro (abaixo) em que sintetiza os critérios de avaliação de modo distinto da comissão e conclui em seguida:

Quadro 3 - Síntese da avaliação dos diferentes aspectos considerados na análise das três cidades interessadas em sediar o novo curso de medicina da UFCG, elaborada pela Reitoria da UFCG em 2007

Aspecto	Município(s) em melhor situação no aspecto
1. Contexto Institucional: Projeto Pedagógico	Sousa e Cajazeiras
2. Corpo Docente	Cajazeiras.
3. Instalações	
a. Salas de aula	Cajazeiras
b. Biblioteca	Sousa e Cajazeiras
c. Laboratórios	Patos e Cajazeiras
4. Rede SUS	Patos

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e

> Desta forma, embasados na afirmação, contida no parecer final da comissão de avaliação, de que “a Universidade Federal de Campina Grande, em princípio e desde que sejam realizados os investimentos necessários nos Campi, poderia implantar o curso pretendido em qualquer

> das três cidades", e dando o devido valor que tem a relevância social nesta escolha, defendemos, sem nos sentirmos contrários ao parecer elaborado pelos especialistas, que Cajazeiras é, entre os três municípios, aquele que deve sediar o curso de medicina, tendo em vista, entre outros motivos já apresentados, carecer de maior atenção no que diz respeito à indução do desenvolvimento local, pedra basilar do Programa de Expansão das Universidades Federais empreendido pelo Ministério da Educação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 09)

A apresentação desse segundo documento elaborado pelo Gabinete do Reitor foi motivo de intensa comoção por parte dos representantes das cidades de Patos e Sousa, como noticia a imprensa local à época, acusando o reitor, nos dias que antecederam o anúncio, haver supostamente pressionado os membros da comissão no sentido de apresentar um relatório de seu agrado; de que nunca escondera "sua preferência pela cidade do Padre Rolim"; questionando, por fim, o estilo supostamente autocrático da administração central da UFCG, etc. (COMISSÂO..., 2007). Esse tensionamento se somava àquele decorrente da promulgação do REUNI e ampliava o quadro de dificuldades políticas e de resistências ao futuro curso, importantes de serem destacadas no contexto de dificuldades de consolidação do mesmo.

O que fica claro ao analisar os dois documentos é que, enquanto o primeiro enfatiza a questão da integração ensino-serviço como elemento determinante para o bom funcionamento de um curso de medicina, o segundo valoriza os aspectos institucionais internos à Universidade. Assim, o relatório da comissão alertava:

> Na realidade, a construção e/ou a melhoria dos espaços físicos no campus necessários ao funcionamento de um bom curso de medicina é relativamente fácil. A dificuldade para o funcionamento de um bom curso de medicina reside muito mais no eficiente funcionamento de uma rede que dê o correto suporte às atividades profissionalizantes (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 39).

O detalhamento desse conflito é importante, pois, em larga medida, parece antever os problemas e dificuldades de consolidação do Curso de Medicina em Cajazeiras, cujo principal gargalo está na capacidade instalada dos serviços de

saúde para acolher os estudantes durante as práticas clínicas, em especial no período dos estágios supervisionados (internato médico), como aprofundaremos mais à frente. Tanto isso é verdade que, frente à avaliação do MEC em 2011, o curso teria sua entrada anual reduzida de 80 para 30 estudantes (BRASIL, 2013a).

Outro elemento de particular interesse para o objeto do presente trabalho é a avaliação que já se tinha do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Cajazeiras à época da análise comparativa entre as propostas das três cidades. Segundo o relatório da comissão:

> Esses Projetos foram analisados a partir dos seguintes aspectos: Objetivos, habilidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais esperadas para o egresso, forma de organização dos conteúdos curriculares, adequação dos conteúdos às habilidades esperadas, pertinência e atualidade dos conteúdos, integração vertical e horizontal, flexibilidade curricular, metodologia de ensino, formas de avaliação e bibliografia sugerida.
>
> Existem grandes semelhanças entre os Projetos apresentados pelos campi de Souza e de Cajazeiras. Ambos são modulares, integram várias disciplinas em torno a sistemas ou temas específicos da área de saúde. Os conteúdos são atuais, estão perfeitamente adequados aos objetivos propostos e à formação geral do médico. Apresentam mecanismos de flexibilização curricular, permitindo que o aluno além de cumprir o núcleo curricular obrigatório realize um percurso paralelo de acordo aos seus próprios interesses. Essa flexibilização está evidente nas múltiplas formas de execução do currículo complementar. Ambos dão forte ênfase à Medicina Comunitária cujos conteúdos atravessam, com crescente complexidade, todo o curso médico. A presença de módulos chamados "seminários de integração" se constituem em mais uma estratégia de articular os diversos conteúdos trabalhados. Por outro lado esses seminários permitem a utilização de metodologias pró-ativas e o conseqüente treinamento do aluno no trabalho de busca autônoma do conhecimento.
>
> Um diferencial importante apresentado nos Projetos de Souza e Cajazeiras é a avaliação atitudinal além da clássica avaliação cognitiva. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, pp. 18-19)

Como se vê a proposta de PPC na época já contemplava elementos importantes dentro do que o movimento de Educação Médica no Brasil vinha defendendo em seus mais diversos fóruns e entidades (ABEM, ABRASCO, DENEM, entre outros), e isso foi um ponto de destaque quando comparado com a proposta de Patos, a qual, segundo o relatório, apresentava uma estrutura tradicional, organização compartimentalizada da formatação disciplinar, precária articulação

entre ciências básicas e a clínica, incongruência entre a avaliação e os objetivos pretendidos e habilidades esperadas em cada uma das disciplinas, e falta de transversalidade de temas como ética, bioética e abordagem coletiva da prevenção de doenças e promoção da saúde. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007)

Mais uma vez, a análise do relatório da comissão parece antecipar o surgimento de um curso de medicina bastante avançado do ponto de vista teórico-conceitual, metodológico e pedagógico, mas que enfrentaria dificuldades na materialização de seu projeto no cotidiano real.

Assim, o Curso de Medicina da UFCG Cajazeiras é criado a partir da publicação da Resolução nº 10/2007 da Câmara Superior de Ensino, de 16 de junho de 2007, inicialmente lotado na Unidade Acadêmica de Ciências Exatas e da Natureza - UACEN (que à época comportava os cursos de Licenciatura em Ciências, manhã e noite, e o recém criado curso de Enfermagem) do Centro de Formação de Professores, prevendo em seu art. 3º a implantação do mesmo a partir do semestre letivo 2007.2. A resolução previa ainda, em parágrafo único do art. 2º, que o Projeto Pedagógico do Curso deveria ser aprovado pela mesma Câmara Superior de Ensino em resolução específica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007b).

Para viabilizar a entrada de estudantes no novo Curso de Medicina, bem como nos cursos também recém-criados de Enfermagem e Farmácia do *campus* de Cuité, e de Engenharia Ambiental e Engenharia de Alimentos no *campus* de Pombal, ainda em junho daquele ano é publicada a resolução nº 14/2007 da Câmara Superior de Ensino, em que se regulamenta um processo seletivo (vestibular) especial, condicionando a realização do mesmo, em seu art. 27, à liberação de vagas docentes para os referidos *campi* por parte do Ministério da Educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007c). Tal liberação havia sido acordada entre o então Reitor da UFCG Thompsom Mariz com o Departamento de Desenvolvimento da Educação Superior (Dedes/MEC). No pacto firmado com a diretora Maria Ieda Costa e a coordenadora-geral do Dedes, Sandra Sherrer, ficara estabelecida, ainda para 2007, a liberação de mais de R$ 7,6 milhões para o prosseguimento do Plano de Expansão da UFCG e a contratação de 72 professores

e 45 técnico-administrativos. As vagas para docentes (D) e técnico-administrativos (T) foram distribuídas entre Cuité (30 D e 25 T); Pombal (30 D e 20 T); e Cajazeiras, com 12 docentes especificamente para Medicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007a).

Apesar do acordo, a oficialização do mesmo somente foi efetuada ao final daquele ano, a partir da Portaria nº 1.263, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a). Mesmo assim, e a despeito da condicionalidade prevista na Resolução que normatizava o vestibular especial, a primeira turma de 40 estudantes iniciou o curso em 15 de outubro daquele ano. Para tanto, fora aprovada um mês antes, em 18 de setembro, a Resolução nº 23/2007 da Câmara Superior de Ensino, a qual autorizava em caráter excepcional, para o período letivo 2007.2, a implantação da estrutura curricular proposta no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina ainda em fase de aprovação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007d).

Como visto essa primeira proposta de PPC do curso foi formulada ainda no âmbito da disputa com dos demais *campi* do sertão e continuava em discussão para adequações. Para este fim, foi formada uma comissão composta por professores vinculados ao curso de Enfermagem e de Licenciatura em Ciências da UACEN, bem como por alguns docentes da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (unidade acadêmica da UFCG que fornece cursos de nível técnico em enfermagem e saúde bucal), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (do *campus* central de Campina Grande) e da Unidade Acadêmica de Letras (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a). Posteriormente, os professores vinculados ao curso superior de Enfermagem, antes lotado na UACEN, passam a compor a recém criada Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV junto com os 12 docentes cujos concursos públicos foram autorizados ao final dezembro de 2007.

Como se pode perceber, a abertura do curso sem um PPC completo e bem definido, tampouco um corpo docente constituído, explica as dificuldades iniciais da primeira turma, que, ao receber o grau em 05 de julho de 2013, contava com apenas 08 dos 40 estudantes de então, uma vez que os demais foram transferidos ou foram aprovados em outros vestibulares (SOLENIDADE..., 2013). O curso, portanto, que previsivelmente enfrentaria dificuldades de infra-estrutura e integração com a rede

SUS, já começava de maneira desequilibrada, agravando ainda mais as situações futuras.

4.1.2 Os primeiros anos: a existência em risco

À abertura do Curso de Medicina em Cajazeiras, segue-se a batalha para sua consolidação nos anos iniciais. Nesse ínterim, as dificuldades cotidianas referentes à infra-estrutura, campos de prática, oferta e perfil dos docentes passam a ocupar o centro das preocupações da Coordenação Colegiada da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, culminando, no primeiro trimestre de 2011, com a visita da Comissão de Avaliação para Fins de Autorização de Curso de Medicina, do Ministério da Educação.

A situação agravara-se em março de 2009, quando o CNS (Conselho Nacional de Saúde), com base apenas em dados documentais, emitiu parecer insatisfatório que apontava o número de leitos hospitalares incompatível ao número de alunos ingressantes, quadro de professores insuficiente (então, 26 docentes), além da falta de um Biotério e de acessibilidade aos portadores de necessidades especiais (ARAÚJO, 2010). Assim, antes mesmo da referida visita da comissão do MEC e em consideração às dificuldades enfrentadas pelo curso para ofertar a capacidade institucional adequada às demandas do mesmo, é aprovada a Resolução nº12/2010 da Câmara Superior de Ensino, de 19 de agosto de 2010, que estabelece o número de vagas a serem oferecidas pelo Processo Seletivo – Vestibular 2011 para ingresso nos cursos de graduação da UFCG, cuja entrada anual de estudantes de medicina em Cajazeiras é reduzida de 80 (40 entradas semestrais) para 30, com entrada única no primeiro semestre (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2010b), número que se mantém até hoje, como mecanismo para desafogar o curso e enquanto resposta prévia às considerações do MEC acerca da autorização do curso. .

A Comissão designada para avaliar o projeto de implantação do Curso de Medicina de Cajazeiras visitou suas instalações durante os dias 4 e 5 de julho de 2011. Em seu relatório (protocolo: 201010968; código MEC: 391129; código de

avaliação: 88480), contemplando as quatro dimensões padronizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, cujos resultados são sintetizados no quadro abaixo, o curso obtém a seguinte pontuação, numa escala de 1 a 5:

Quadro 4 - Síntese da Avaliação para Fins de Autorização de Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras realizada por comissão do INEP/MEC em 2011

Dimensão e respectiva nota	Subdimensão e respectiva nota	Indicador	Nota do Indicador
Dimensão 1: Organização Didático-Pedagógica NOTA: 4	1.1 Projeto do Curso: Aspectos Gerais NOTA: 4	1.1.1. Perfil do egresso	5
		1.1.2. Objetivos do curso	5
		1.1.3. Relação entre Número de Vagas e formação nos serviços de saúde **(destaque)**	3
		1.1.4. Integração com o sistema local e regional de Saúde e o SUS	3
		1.1.5. Ensino na área da saúde	1
		1.1.6. Impacto social na demanda de profissionais da área da saúde	4
	1.2 Projeto pedagógico do curso: formação NOTA: 4	1.2.1. Matriz curricular	5
		1.2.2. Conteúdos curriculares	5
		1.2.3. Metodologia	3
		1.2.4. Estágio supervisionado	3
		1.2.5. Atividades práticas de ensino	4
		1.2.6. Processos de avaliação	4
Dimensão 2: Corpo Docente NOTA: 3	2.1. Administração acadêmica NOTA: 3	2.1.1. Composição do NDE (Núcleo Docente Estruturante)	5
		2.1.2. Titulação do NDE	3
		2.1.3. Formação acadêmica do NDE	2
		2.1.4. Titulação e formação e experiência do coordenador do curso	1
	2.2. Perfil do docente NOTA: 3	2.2.1. Titulação	2
		2.2.2. Regime de trabalho	5
		2.2.3. Tempo de experiência de magistério superior	1
		2.2.4. Tempo de experiência no exercício da Medicina	5
		2.2.5. Responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica	4
	2.3. Condições de trabalho NOTA: 4	2.3.1. Número de alunos por docente equivalente a tempo integral no curso	5
		2.3.2. Pesquisa e produção científica	5
		2.3.3. Núcleo de apoio pedagógico e de capacitação docente	3
Dimensão 3: Instalações Físicas NOTA: 1	3.1. Instalações gerais NOTA: 5	3.1.1. Instalações para docentes: salas de professores, de reuniões e gabinetes de trabalho	4
		3.1.2. Salas de aula	5
		3.1.3. Acesso dos alunos a equipamentos de informática	5
	3.2. Biblioteca	3.2.1. Livros	5

	NOTA: 5	3.2.2. Periódicos especializados	5
	3.3. Instalações e laboratórios específicos NOTA: 3	3.3.1. Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial **(destaque)**	1
		3.3.2. Sistema de referência de contrareferência	4
		3.3.3. Biotério	1
		3.3.4. Laboratórios de ensino	4
		3.3.5. Laboratórios de habilidades	4
		3.3.6. Protocolos de experimentos	4
		3.3.7. Comitê de ética em pesquisa	3
Dimensão 4: Requisitos Legais e normativos Não se aplica nota	1. Coerência dos conteúdos curriculares com as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (Parecer CNE/CES 1.133/2001 e Resolução CNE/CES 04/2001) O Curriculo apresenta plena 67oerência com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) segundo o Parecer CNE/CES 1.133/2001 e Resolução CNE/CES 04/2001.		Sim
	2. Estágio curricular (Resolução CNE/CES 04/2001) O estágio curricular em regime de internato ocupa 3300 horas nos últimos quatro semestres, totalizando 41% da carga horária total do curso que é de 7950 horas.		Sim
	3. Adequação dos conteúdos curriculares às exigências do Dec. 5.626/2005 (Libras) O PPC prevê disciplina optativa de Libras na estrutura curricular do curso.		Sim
	4. Carga horária mínima e tempo mínimo de integralização (Parecer CNE/CES 08/2007 e Resolução CNE/CES 02/2007) O curso prevê carga horária igual ou superior a 7.200 horas (horas relógio) e tempo mínimo de integralização de 6 anos.		Sim
	5. Condições de acesso para portadores de necessidades especiais (Dec. 5.296/2004, a vigorar a partir de 2009) A IES apresenta condições de acesso para portadores de necessidades especiais, na forma de rampas e banheiros adaptados e em construção de elevadores nos locais onde não há a possibilidade de rampas.		Sim

Fonte: autoria própria

Ao final, a comissão de avaliação conclui que “a proposta do curso de medicina apresenta um perfil com conceito satisfatório (3)”, o que, associado ao novo parecer do Conselho Nacional de Saúde - Parecer CNS nº061/2011 referente ao processo nº 201010968, satisfatório à autorização do curso e aprovado também em julho daquele ano (BRASIL, 2011a), dava mais um fôlego para enfrentar seus obstáculos.

É importante salientar que apenas quase quatro anos depois da realização do primeiro vestibular é que o Ministério da Educação, através do INEP, envia uma

comissão para fins de autorização. De tal sorte que, em 19 de fevereiro de 2013, o MEC emite a Portaria nº 79, em que, de maneira excepcional, estabelecia um reconhecimento provisório do curso.

> Art. 1º Fica reconhecido, em caráter excepcional, para fins de expedição e registro de diplomas dos alunos ingressantes até a data da publicação desta Portaria, o Curso Superior de Medicina, Bacharelado, com 30 (trinta) vagas totais anuais, ministrado pela Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cajazeiras. (BRASIL, 2013a)

Interessa, contudo, chamar a atenção para dois aspectos dessa avaliação do INEP para fins de autorização do curso, realizada quando o curso contava então com 09 turmas, ou seja, quando a primeira turma (de apenas 08 estudantes) ainda ingressava no primeiro ano do internato (cursado ao longo dos dois anos seguintes em Campina Grande no âmbito do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, por falta de estrutura em Cajazeiras) e os problemas referentes ao mesmo ainda não eram tão agudos, o que de certo modo aliviou a situação e evitou uma avaliação negativa. São eles: as referências ao PPC nas considerações dos avaliadores e o impacto da rede SUS na avaliação final.

No que tange ao primeiro aspecto, assim como ocorrera em relação à comissão de avaliação responsável por auxiliar a administração central a indicar a sede do Curso de Medicina, a comissão do INEP faz referências bastante positivas ao PPC.

> Do ponto de vista geral, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), apresenta tanto o perfil do egresso e suas competências profissionais como os objetivos do curso estão plenamente definidos e coerentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais.
>
> [...] A matriz curricular apresenta plena coerência com os perfis apresentados, da mesma forma que os conteúdos curriculares. É razoavelmente claro no PPC o método norteador e a interdisciplinaridade proposta. O estágio supervisionado apresenta-se nos últimos anos de maneira suficiente, e as atividades práticas de ensino estão adequadamente proposta, tendo um supervisionamento por parte de docentes na maioria destas. No que diz respeito ao processo de avaliação, a metodologia apresentada mostrou-se adequada garantindo os processos de

> recuperação. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2011, p. 3-4)

Em relação ao segundo aspecto, observe-se que foi determinante para a péssima avaliação na dimensão 03 do INEP a falta de pelo menos 01 programa de residência médica em cada uma das cinco grandes áreas da medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Medicina de Família e Comunidade), como fica claro nas considerações dos relatores:

> A IES conta com unidades hospitalares devidamente conveniadas e garantidas legalmente por um período mínimo de 10 anos, porém, por não apresentarem residência médica credenciada pela CNRM pelo menos nas cinco áreas básicas (apresenta na área de clínica médica, pediatria e saúde coletiva, com uma promessa de implantação futura das áreas restantes), não apresentam condições de formação do estudante de medicina. [...] Não apresenta, ainda, um biotério. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2011, p. 5)

Considerando o peso que a Residência Médica tem, não somente na avaliação da graduação, mas na sustentação cotidiana da mesma em razão do desenvolvimento científico e da ampliação de possibilidades de preceptoria, caberiam aqui algumas considerações sobre o histórico dos Programas de Residência Médica na cidade de Cajazeiras.

4.1.3 A Residência Médica em Cajazeiras

O desenvolvimento de programas de residência médica assume centralidade tanto para a sustentação do curso, garantindo preceptoria, cenários de prática e qualificação do ensino, bem como para a fixação de médicos, qualificando a assistência na rede de saúde local, uma vez que experiências internacionais demonstram que a interiorização da residência médica é um dos principais

mecanismos de interiorização da medicina. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013)

Destaque-se que o curso, à época de sua criação, não contava com Hospital Universitário e desde o princípio teve de aprofundar aceleradamente o processo de integração ensino-serviço para se viabilizar, o que ainda é uma necessidade premente, considerando que o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello ainda se encontra em processo de consolidação. Nesse sentido, em 2010 foram firmados termos de cooperação entre a UFCG e as secretarias municipais de saúde dos municípios da nona regional de Saúde, bem como com a própria Secretaria Estadual de Saúde, com ênfase na criação, sustentação e ampliação de programas de especialização *lato sensu* tipo residência médica (PARAIBA, 2010).

Em junho de 2009 a Comissão Nacional de Residência Médica aprova seu parecer conclusivo nº 36/2009 referente ao credenciamento provisório do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, vinculado ao Hospital Regional de Cajazeiras. Além desse programa, os de Clínica Médica e de Pediatria, por meio do parecer conclusivo nº 190/2009 também têm seu credenciamento provisório junto à CNRM (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2010). Assim, em 07 de janeiro de 2010, é lançado o primeiro edital de seleção para ingresso nos programas de Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS, 2010). À época as vagas não são preenchidas, de tal maneira que em 22 de outubro daquele ano é lançado o edital nº 01/2010, normatizando o processo seletivo unificado para programas de residência médica do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HETSHL, Hospital Regional de Cajazeiras e Faculdade de Medicina Nova Esperança. São então disponibilizadas pelo HRC duas vagas para Clínica Médica (ambas ocupadas), Pediatria e Medicina de Família e Comunidade (HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, 2010).

Ressalte-se que a essa época os programas de residência estavam sob responsabilidade do Hospital Regional de Cajazeiras, mas desde sempre contou com a participação e condução de docentes ligados ao Curso de Medicina do Centro

de Formação de Professores – CFP/UFCG. A título de ilustração, o então coordenador da COREME/HRC era o professor e pediatra José Dilbery Oliveira da Silva (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS, 2010).

Em 2011, é lançado novo edital para preenchimento das vagas pendentes em Medicina de Família e Comunidade e de Pediatria, sendo ocupada uma vaga em cada programa (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS, 2011). Contudo, o programa de residência em Clínica Médica vive um momento de crise que coloca em questão a própria viabilidade dos demais. Em denúncia feita à CNRM pelas médicas residentes em abril daquele ano, enfatizava-se a ausência de ambulatórios e enfermarias especializadas, falta de preceptores, não oferta de atividades teóricas e de atividades práticas obrigatórias desde outubro de 2010 (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2011). Isso motiva uma visita de representante da CNRM a Cajazeiras, bem como o estabelecimento de compromissos entre a Secretaria Estadual de Saúde e a UFCG no saneamento de problemas, e a parceria com o Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB) para a realização de atividades eletivas (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2011a).

Apesar de se ter conseguido contornar tal crise, o então Coordenador do Curso de Medicina e Articulador Institucional do Curso de Medicina da UFCG *campus* Cajazeiras, professor Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, encaminha o processo nº 23000.012622/2011-47 à CNRM solicitando a transferência dos programas de residência então cadastrados junto ao HRC para a UFCG, sendo o pedido acatado em 22 de setembro de 2011, conforme parecer nº 245/2011 (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2011b).

Em 2012 um novo desafio se coloca para os programas de residência médica, uma vez que em fevereiro expirava a validade dos mesmos, sendo necessário levar adiante um processo de recredenciamento. Dos três programas, apenas o de Medicina de Família e Comunidade consegue concluir tal fase, sendo recredenciado e tendo seu número de vagas ampliado de 02 para 08 entradas anuais, após visita técnica a Cajazeiras de uma sub-comissão da CNRM, conforme parecer SISCNRM nº 123/2012 (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E

RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2012). Os demais, por falta de professores médicos que assumissem a condução de tais programas, tiveram o prazo expirado, de tal sorte que hoje temos apenas o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade em funcionamento.

Nesse mesmo ano de 2012, foram aprovados 05 candidatos no processo seletivo, dos quais 02 chegaram ao término em 2014. Ainda em 2012, a parceria com a prefeitura municipal de Cajazeiras é formalizada de modo mais claro através de termo de cooperação assinado entre o reitor e o prefeito de Cajazeiras, em que a edilidade assume a responsabilidade de complementar a bolsa de residência do MEC, viabilizando um atrativo a mais para o programa (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS, 2012).

Em 2013, o processo seletivo contou com a aprovação de sete candidatos, dos quais cinco concluíram o programa em 2015. Visando normatizar alguns aspectos não previstos no termo de cooperação anterior, é firmado um novo termo contemplando a garantia das férias e demais direitos dos residentes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS, 2013).

Em 2014, em razão de problemas envolvendo limitações do corpo docente na área de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Coletiva, não foi possível viabilizar novo processo seletivo. Considerando ainda as dificuldades de funcionamento da Comissão de Residência Médica no então Hospital Regional de Cajazeiras, que praticamente deixa de existir, com vacância de cargos, não realização de reuniões e ausência de perspectiva de mudança do quadro (o que denota mais uma vez as dificuldades na rede SUS), a Unidade Acadêmica de Ciências da Vida abre, em agosto de 2014, processo administrativo interno para abertura de Comissão de Residência Médica ligada ao Curso de Medicina da UFCG.

Em 2015 apenas um único candidato assume vaga no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade e, mesmo diante da política de expansão de vagas de residência médica (em especial na área de MFC) no bojo do Programa Mais Médicos para o Brasil, a coordenação da COREME mantém o quadro atual de oito entradas em 2016, tomando em consideração a vacância dos

anos anteriores e a limitação objetiva do corpo docente na área. Ainda assim, apesar de quatro inscrições para o concurso, nenhum candidato assumiu vaga no programa.

Essa realidade traduz os limites objetivos da capacidade de oferta de residências médicas em Cajazeiras por parte tanto da UFCG quanto da rede SUS local. Nesse mesmo ano a Faculdade Santa Maria, entidade privada de ensino sediada em Cajazeiras e que apresenta um curso de medicina inaugurado no segundo semestre de 2012, dá inicio ao seu programa de residência em MFC, cujas atividades são desenvolvidas na cidade de Sousa (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA; FACULDADE SANTA MARIA, 2016).

Em suma, a realidade encontrada pela comissão do INEP em 2011 no que se refere aos programas de residência médica não se alterou a ponto de ofertar um programa para cada grande área médica, embora tenha havido avanços importantes no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, o que tem sido fundamental para a consolidação dessa área do conhecimento na própria graduação, ofertando campo de prática, preceptoria e até mesmo sendo berço de futuros docentes do curso, a exemplo de dois atuais professores que se especializaram nesse programa. A despeito disso, a insuficiência evidente de programas de Residência Médica permanece sendo um obstáculo para a graduação, somando-se ao torniquete que representa hoje o internato médico.

4.1.4 Os primeiros anos de internato médico: o gargalo do curso

Como se pode perceber, as dificuldades organizativas que existem desde o surgimento de curso e que, em muitos casos, não conseguiram ser resolvidas definitivamente, foram gerando um acúmulo que, previsivelmente, iria chegar ao seu ápice durante a realização dos estágios supervisionados. Essa fase crítica inicia-se com a chegada da primeira turma (aquela de 08 estudantes) ao 9º período do curso no segundo semestre de 2011, mas ganha corpo mesmo após a chegada da segunda turma (com quase 40 discentes) no semestre letivo 2012.1.

Se para a primeira turma a saída encontrada (uma vez que não havia sido realizado sequer um concurso público para a aquisição de quadro docente para essa fase do curso) foi a realização do internato em Campina Grande junto ao Hospital Universitário Alcides Carneiro e ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS/UFCG (uma vez que o número reduzido possibilitava a acomodação dessa turma), para as subseqüentes a solução passou por buscar apoio em outras Universidades Federais e Hospitais da rede SUS, tanto na Paraíba quanto em outras unidades federativas.

A segunda turma do internato, com 34 estudantes, foi dividida: uma parte desses internos conseguiu viabilizar seus estágios supervisionados na UFPB, e após intensas negociações com o CCBS/UFCG, uma outra fração conseguiu acomodar-se no *campus* de Campina Grande junto ao HUAC, o qual naquele período experimentava a transição curricular no internato do Curso de Medicina de Campina Grande, quando a primeira turma com internato de 02 (dois) anos chegava a essa fase do curso, provocando uma forte sobrecarga do serviço.

Assim, a terceira turma já não contava, ao iniciar o internato no semestre letivo 2012.2, com as saídas encontradas para as turmas anteriores, e o Curso de Medicina só tinha em seu quadro docente 02 (dois) professores para os estágios supervisionados em Saúde Coletiva I e II, 01 (hum) para o de clínica cirúrgica, e 02 (dois) para os de Pediatria I e II. Nenhum professor destinado aos estágios supervisionados de Clínica Médica I e II e de Ginecologia e Obstetrícia.

Para agravar a situação, mesmo com a diminuição de vagas por parte da UFCG para ingresso no Curso de Medicina de Cajazeiras em 2011, que partia da avaliação dos limites da rede de saúde local, o MEC autorizou por meio da Portaria nº 78, de 05 de junho de 2012, a abertura do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (instituição privada de ensino superior localizada em Cajazeiras) com 60 (sessenta) entradas anuais (BRASIL, 2012), que hoje já se encontra em sua oitava turma, concorrendo por campos de prática em diversos serviços de saúde de Cajazeiras e região com os estudantes da UFCG.

Um avanço importante nesse ínterim foi a doação, por meio da Lei Municipal n° 2.005/2011, do Instituto Júlio Maria Bandeira de Mello, serviço de saúde municipal

voltado para o atendimento de baixa e média complexidade na área de pediatria, para a UFCG, e a criação subsequente do Hospital Universitário Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB, com perfil materno-infantil, através da Resolução n° 02/2012, de 27 de julho de 2012, do Colegiado Pleno do Conselho Universitário (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2012b). Assim, os cursos de saúde passam a ter um hospital próprio de ensino, com perspectivas mais concretas de desenvolver e apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde. Todavia, o hospital contava com apenas 26 leitos à época e ainda iria iniciar a reforma (atualmente em fase avançada e próxima à conclusão) de ampliação para 60 leitos. Até hoje ainda não é capaz de ofertar os serviços na área de saúde materna e apresenta reduzidíssima capacidade de absorção de estudantes, especialmente em razão da não realização de concursos públicos para servidores técnico-administrativos (médicos e demais profissionais de saúde), funcionando, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta junto ao Ministério Público Federal da 8ª região no âmbito do Inquérito Civil Público nº 1.24.002.000043/2013-19, com a contratação temporária de servidores por prestação de serviços (BRASIL, 2013c).

Diante do caráter crítico desse contexto, a Coordenação do Curso de Medicina solicitou ao Colegiado de Curso autorização para, à revelia, liberar os internos das turmas provenientes de vestibulares com 80 (oitenta) entradas anuais para realizarem mais do que 25% dos seus estágios supervisionados em outras unidades federativas, contrariando o normatizado no parágrafo 2º do artigo 7º da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina:

> § 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional (BRASIL, 2001, p. 4).

Assim, considerando que muitos internos já estavam obtendo cartas de aceitação de Instituições de Ensino Superior e secretarias estaduais e municipais de saúde dos estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco, e considerando que se trataria de uma situação de excepcionalidade, enquanto os estudantes dessas turmas maiores ainda perdurassem, o Colegiado do Curso de Graduação de Medicina UACV/CFP/UFCG autorizou a liberação acima de 25% como medida paliativa e temporária. Com isso, o curso conseguiria amortecer esse momento de instabilidade até o início do internato para as turmas com entradas anuais de 30 (trinta) alunos, previsto para o semestre letivo 2015.1.

Concomitantemente, buscava-se realizar os concursos públicos para docente e as articulações necessárias para viabilizar os estágios supervisionados, não apenas na cidade de Cajazeiras, mas também na rede de saúde de Patos. Para tanto, foi uma avanço muito significativo a aprovação no processo de seleção do Programa de Apoio ao Internato Médico em Universidades Federais - PRÓ-INTERNATO, cujo resultado foi homologado pela portaria nº 29, de 12 de fevereiro de 2014, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014d).

O PRÓ-INTERNATO foi instituído pela portaria conjunta nº 4, de 03 de março de 2010, dos Ministérios da Educação e da Saúde, e era destinado a fomentar a atividade de tutoria e preceptoria em estágios do Curso de Medicina das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), visando o aprimoramento da formação médica para o Sistema Único de Saúde, e tendo como objetivo apoiar a adequada supervisão de alunos de Medicina de IFES por docentes e profissionais dos serviços de saúde, no processo de educação pelo trabalho, priorizando as IFES que não dispusessem de Hospital Universitário (BRASIL, 2010). Assim, era previsto o pagamento de bolsas a tutores (docentes das IFES responsáveis pela coordenação dos estágios supervisionados em cada uma das grandes áreas) e preceptores (profissionais vinculados aos serviços em que se desenvolviam os estágios, realizando a supervisão direta), contemplando os seguintes objetivos específicos:

I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio

> da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
>
> II - estimular a formação de profissionais médicos de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
>
> III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante a adequada supervisão dos estágios em serviços de saúde;
>
> IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina;
>
> V - contribuir para a formação de profissionais médicos com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
>
> VI - sensibilizar e preparar profissionais médicos para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
>
> VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais médicos capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
>
> VIII - fomentar a articulação entre ensino-serviço-comunidade na área da saúde (BRASIL, 2010).

O PRÓ-INTERNATO reflete de maneira clara as mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde num segundo momento do governo Lula, a partir de julho de 2005. Se até aquele momento, sob a gestão do ministro Humberto Costa a partir de janeiro de 2013, a prioridade no âmbito da gestão da educação na saúde fora a Educação Permanente, com foco no processo de trabalho, na formação de ativadores de mudança e na construção dos Pólos de Educação Permanente como mecanismos institucionais; num segundo momento, sob as sucessivas gestões dos ministros Saraiva Felipe, José Agenor e José Gomes Temporão, a prioridade esteve na reorientação da formação profissional, a partir de estratégias como Pró-Saúde I, Pró-Saúde II e Pet-Saúde, enfatizando o binômio Ensino-Serviço, buscando ampliar a parceria com o Ministério da Educação e procurando maior protagonismo das secretarias de saúde. (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Apesar de instituído em 2010, a adesão do curso de Cajazeiras, que ainda não contava com turmas em estágio supervisionado, só ocorre após o lançamento do Edital de Convocação nº 65, de 6 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013b). O pagamento de bolsas de tutoria e de preceptoria representou uma alternativa importante no diálogo com os profissionais de saúde dos diversos serviços com que

o curso estabelecia parcerias, de tal maneira que em 2016, ainda não sendo disponibilizado todo o Internato na cidade de Cajazeiras e ainda dependendo de outras instituições de ensino na Paraíba e em outros estados para contemplar cenários de prática para esses discentes, já se tinha uma situação mais estabilizada, com estágios ocorrendo regularmente em Cajazeiras (Clínica Cirúrgica e Saúde Coletiva I e II) e na cidade de Patos (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica).

Outro fator que contribuiu para essa relativa estabilização do internato médico do curso foram as mudanças introduzidas a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil, em especial a partir da promulgação da Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014, da Câmara de Educação Superior do MEC, que institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com destaque para os parágrafos 7º a 9º do art. 24:

> § 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.
>
> § 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.
>
> § 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período (BRASIL, 2014a).

Tais mudanças, ao flexibilizarem o disposto no supracitado parágrafo 2º do artigo 7º da Resolução CNE/CES Nº 04, de 07 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001), permitiu ao curso sair de uma situação de irregularidade flagrante, e que o fragilizava institucionalmente perante possíveis futuras avaliações externas, para um cenário mais confortável. Assim, tal flexibilização, a realização de concursos para docentes no Internato, bem como uma melhor relação ensino-serviço propiciada a partir do PRÓ-INTERNATO, associadas à superação do número máximo de estudantes em regime de internato (cujo pico se deu entre os semestres letivos

2013.2 e 2014.2, oscilando entre 150 e 153 internos, caindo após o ingresso das turmas de entrada anual de 30 estudantes, após as mudanças no vestibular 2011), tudo isso permitiu ao curso enfrentar o torniquete que representava o internato. As mudanças no cenário político atual do país, porém, colocam preocupações quanto à viabilidade do mesmo.

4.1.5 O momento atual e perspectivas de futuro: corpo docente e serviços de saúde próprios

A despeito dos avanços alcançados nos últimos anos e do reconhecimento provisório obtido em fevereiro de 2013, a fragilidade institucional do Curso de Medicina da UFCG Cajazeiras ainda pode ser observada quando se toma como dado objetivo o conceito "insuficiente" da avaliação realizada pelo Ministério da Educação (MEC) e divulgado em 19 de dezembro de 2014 no Diário Oficial da União (BRASIL, 2014b). A avaliação apontava que o Curso de Medicina obtivera nota 2 no Conceito Preliminar de Curso (CPC), em uma escala de 1 a 5; sendo que, na avaliação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), que é parte componente do conceito final, recebera nota 3.

O CPC é obtido no ano seguinte ao da realização do ENADE de cada área, com base na avaliação de desempenho de estudantes, corpo docente, infraestrutura, recursos didático-pedagógicos e demais itens. O índice varia entre 1 e 5. O MEC considera insuficiente qualquer conceito com notas 1 e 2. A composição da nota tem três pesos: 55% corresponde ao desempenho dos estudantes concluintes do curso no ENADE, 30% equivale à titulação dos professores e ao seu regime laboral, e 15% da nota é composta dos índices de infra-estrutura e organização didático-pedagógica da instituição. (MEC..., 2014).

Muitas dessas dificuldades o autor pôde observar e vivenciar na condição de docente do curso desde abril de 2012, inserindo-se precocemente nas esferas administrativas: imediatamente após a posse como professor, assume a coordenação de estágios supervisionados, permanecendo até julho de 2013, quando foi eleito e empossado na Coordenação do Curso de Medicina, exercendo a função

até setembro de 2014. Ademais, desenvolveu as funções de professor supervisor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade desde julho de 2013, assumindo a Coordenação da Comissão de Residência Médica a partir de setembro de 2014.

Nesse percurso foram freqüentes as reuniões com estudantes, representantes de turma e com o Centro Acadêmico de Medicina 16 de Julho, entidade representativa dos estudantes de medicina do curso, em que eram demandadas respostas e soluções para os mais variados tipos de problemas. Destacaria apenas alguns mais candentes, evitando ser redundante em relação aos problemas aqui já tratados.

a) Corpo Docente

Os problemas com o corpo docente envolvem tanto a dificuldade de se conseguir códigos de vaga para concursos públicos, quanto arregimentar médicos especialistas em determinadas áreas para realização de concurso público e preenchimento das vagas.

Em relação aos primeiro aspecto, sabe-se que não se trata de uma demanda apenas do curso de Cajazeiras, mas aqui ganha contornos mais dramáticos em razão de seus menos de 10 anos de existência, enfrentando situações mais graves do que cursos tradicionais como os das capitais e grandes centros urbanos, muitos dos quais contando com décadas de existência e com um corpo docente relativamente bem estabelecido. Essa situação se amenizou na medida em que o total de discentes do curso foi diminuindo a partir de 2011, com a redução de entradas anuais de 80 para 30, contando hoje com 143 estudantes ativos. Porém o problema ainda é relativamente sensível especialmente em áreas como o internato médico, que exige uma proporção docente/discente maior.

Atualmente a Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, onde fica lotado o Curso de Medicina, tem um quadro docente composto por cinqüenta professores (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2016), distribuídos, em

relação ao regime de trabalho e à titulação acadêmica, conforme as tabelas 1 e 2 abaixo:

Tabela 1 - Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com o regime de trabalho (2016.1)

Docentes	Dedicação exclusiva	T-40	T-20	Subtotal
Médicos	01	01	34	36
Não Médicos	11	00	03	14
Total	12	01	37	50

Fonte: autoria própria

Tabela 2 - Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com titulação acadêmica (2016.1)

Docentes	Doutores	Mestres	Especialistas	Subtotal
Médicos	01	09	26	36
Não Médicos	03	08	03	14
Total	04	17	29	50

Fonte: autoria própria

Como se pode observar, o curso conta com apenas 24% do seu quadro docente composto por professores de Dedicação Exclusiva, e essa proporção é ainda menor quando se toma como referência os docentes médicos, em que se tem apenas um único docente com regime T-40 DE (2,7%).

Sabe-se que do ponto de vista salarial, a carreira profissional exercida na assistência médica individual em serviços de saúde, tanto no setor público quanto no setor privado, é muito mais atrativa do que a carreira docente, e ainda mais em regiões interioranas do país, em decorrência da escassez de médicos no mercado de trabalho desses locais, como demonstra o último estudo de demografia médica publicado pelo CFM em 2015:

> No total, 53,9% dos médicos recebem mais de R$ 12 mil mensais, enquanto 22,3% – ou quase um quarto do total – ganham entre R$ 8 mil e

> R$ 12 mil. São 20% – ou um quinto deles – que recebem até R$ 8 mil. Ainda na média nacional, 20,1% ganham entre R$ 12 mil e R$ 16 mil; e 40,5% recebem entre R$ 12 mil e R$ 24 mil, e são 13,4% os que ganham R$ 24 mil ou mais.
>
> [...] Os médicos no interior ganham salários maiores que os médicos nas capitais. Na faixa inferior, que vai até R$ 8 mil, estão 21,8% dos médicos das capitais e 17,7% do interior. Aqueles que ganham até R$ 20 mil são 76,8% nas capitais e 73,9% no interior. Já os que ganham R$ 24 mil ou mais são 12,1% nas capitais e 15,1% no interior (SCHEFFER, 2015, p. 106-107).

Por sua vez, a carreira no magistério superior nas Universidades Federais brasileiras prevê, para um especialista (como é o caso da maioria dos médicos, para os quais a residência médica é equivalente a uma especialização) com regime de trabalho de dedicação exclusiva em início de carreira o pagamento de um Vencimento Básico de R$ 4.014,00, associado a uma Retribuição por Titulação de R$ 616,83, totalizando apenas R$ 4.630,83. (BRASIL, 2013e). Logo, são poucos aqueles que se dispõem a realizar concursos para esse regime de trabalho, razão pela qual a maioria de concursos para docentes médicos são destinados a regime de 20h, sob pena de não se inscreverem candidatos.

Evidentemente isso tem um preço: professores com regime T-20 tendem (embora haja exceções) a um nível de comprometimento muito menor com o curso, uma vez que se limitam ao exercício do ensino (teórico e prático) e um ou outro projeto de extensão ou de pesquisa. Assim o tripé universitário (ensino – pesquisa – extensão) pode ficar comprometido se a proporção de professores T-20 for muito elevada, bem como a esfera administrativa, para a qual se exige regimes de dedicação exclusiva ou ao menos T-40.

O que preocupa ainda mais sobre esse dado é que, olhado em perspectiva histórica, ele se agravou entre os docentes médicos, o que é evidente comparando o quadro docente atual com o do semestre letivo 2013.1. Embora a proporção geral de professores em dedicação exclusiva tenha aumentado de 20,3% para 24%, ela diminui entre os médicos, já que a mesma era de 8,1% quando se tinha ao menos 03 médicos de dedicação exclusiva.

Tabela 3 - Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com regime de trabalho (2013.1)

Docentes	Dedicação exclusiva	T-40	T-20	Subtotal
Médicos	03	01	37	41
Não Médicos	08	00	05	13
Total	11	01	42	54

Fonte: autoria própria

Outro reflexo desse descompasso entre as perspectivas da carreira no magistério superior e as da assistência médica encontra-se na própria dificuldade de realização de concursos para determinadas áreas. A título de exemplo, hoje no curso de Cajazeiras existem algumas especialidades focais para as quais não se tem docente na área, seja pela não inscrição de candidatos, seja pela alta rotatividade desses professores (que se desligam da carreira tendo em vista melhores propostas salariais na assistência). Exemplos disso são Infectologia, Hematologia, Urologia e Psiquiatria, conteúdos para os quais são deslocados outros professores que dão conta do conteúdo teórico mas não conseguem viabilizar adequadamente aulas práticas. Outras especialidades focais, por seu turno, contam com apenas 01 docente, a exemplo de Dermatologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia, Reumatologia, Pneumologia e Otorrinolaringologia, o que também limita as possibilidades de aula prática.

Na verdade, essas demandas por especialistas focais, embora tenham certa fundamentação, muitas vezes é tratada pelo corpo discente e por parte significativa do corpo docente sob o prisma de um projeto de curso nos moldes tradicionais, dentro do qual, em linhas gerais, concebe-se a formação de médicos generalistas como resultado da soma de especialidades focais na graduação, o que está em flagrante contradição com a proposta do Projeto Pedagógico do Curso e das Diretrizes Curriculares Nacionais tanto de 2001 quanto as de 2014.

Teremos a oportunidade de refletir sobre isso mais adiante, mas um paradoxo que decorre dessa situação e que adiantamos desde já é que hoje se tem uma proporção discente/docente bastante reduzida no curso (2,86 estudantes para 01 professor), porém se convive com profundas deficiências no ensino, especialmente

na oferta de aulas práticas. Umas das razões para essa proporção foi a diminuição significativa do corpo discente nos últimos 05 anos, decorrente da redução de entradas anuais a partir de 2011 e da elevada evasão nos primeiros semestres letivos do curso (fenômeno que será abordado posteriormente), contudo certamente isso não explica o paradoxo acima relatado, suas raízes deitando-se, em verdade, na contradição entre projetos de curso diferentes.

Outro fato que agrava as dificuldades envolvendo o corpo docente do curso, e que se relaciona tanto com a elevada proporção de professores médicos T-20, quanto com o baixo envolvimento com a condução cotidiana do mesmo, é a elevadíssima proporção de professores que moram fora da cidade, como bem ilustrado na tabela 4. Através dele revela-se um fenômeno que definitivamente não ocorre em grandes centros urbanos e capitais, sendo-lhes residual. Diferentemente, em Cajazeiras apenas 25% dos docentes médicos residem na cidade sede do curso. Considerando ainda os que moram nas cidades de Sousa e de Patos (respectivamente 11,1% e 16,6% dos professores médicos), em especial parte significativa do Internato Médico, temos pouco mais da metade dos médicos (52,7%) residindo onde há atividades do curso sendo desenvolvidas.

Tabela 4 - Distribuição dos docentes do curso de medicina por local de residência (2016.1)

	Cajazeiras	Sousa	Patos	Outras	Subtotal
Médicos	09	04	06	17	36
Não Médicos	11	01	01	01	14
Total	20	05	07	18	50

Fonte: autoria própria

Observe-se que essa proporção é muito menor entre os professores não médicos, entre os quais 13 dos 14 docentes (92,8%) residem numa das três cidades, sendo que 11 (78,5%) na cidade sede do curso. Isso poderia traduzir duas coisas: primeiro, parece confirmar a hipótese de que o regime de dedicação exclusiva (que atinge exatamente 78,5% entre os professores não médicos) é fator de fixação docente na cidade; segundo, parece confirmar que o mercado de trabalho menos diversificado e a questão salarial, sabidamente menos vantajosa entre as

outras profissões da área da saúde e das ciências biológicas, é fator determinante, uma vez que frente a esse cenário a carreira no magistério superior não aparece tão desvantajosa como ocorre diante dos médicos.

Isso remete à necessidade de que as Universidades, especialmente nos cursos de *campi* interioranos, busquem mecanismos e estratégias para atrair e incorporar em seus quadros os profissionais da própria região em que se encontram, de modo a dar sustentabilidade aos seus projetos.

Outro aspecto a se frisar quanto ao quadro de professores diz respeito à titulação acadêmica. Comparado com o semestre letivo 2013.1, o cenário atual melhorou significativamente, principalmente entre os professores médicos. Como fica claro na comparação entre as tabelas 5 e 2, o número de mestres nessa população aumentou 4,5 vezes em termos absolutos, aumentando de 4,8% para 25% em termos relativos. O número de mestres também aumentou entre os docentes não médicos, subindo de 46,1% para 57,1%. O número de doutores, contudo, manteve-se inalterado em ambos.

Tabela 5 - Distribuição de docentes do curso de medicina de Cajazeiras de acordo com titulação acadêmica (2013.1)

Docentes	Doutores	Mestres	Especialistas	Subtotal
Médicos	01	02	38	41
Não Médicos	03	06	04	13
Total	04	08	42	55

Fonte: autoria própria

Apesar desses expressivos avanços, é importante salientar que isso se deveu muito mais a iniciativas individuais, em especial dos médicos, em buscar se qualificar para o exercício da docência e da pesquisa, inclusive procurando programas de mestrado em instituições privadas e em outros estados, do que propriamente ao resultado de uma política institucional no âmbito da UFCG de enfrentamento à baixa titulação que se tinha, fator negativo em avaliações externas encabeçadas pelo MEC. A estagnação do número de doutores do curso apenas confirma isso.

Nesse sentido, o próprio Plano de Desenvolvimento Institucional da UFCG, em seu Projeto de Desenvolvimento Institucional, revela essa lacuna quanto ao desenvolvimento docente:

> ***3.6.27 PLANO TITULAÇÃO DO CORPO DOCENTE***
>
> Na perspectiva de melhorar aproveitar suas potencialidades e alcançar resultados ainda mais expressivos, a Instituição precisa criar condições de qualificar seu quadro docente. Grande parte do corpo docente da Universidade é constituída de mestres, ou seja, há professores em número significativo que ainda não completou sua formação acadêmica. Entre os doutores, a parcela dos que realizaram estágio pós-doutoral pode ser bem maior. Portanto, há necessidade de uma política mais efetiva de titulação docente, mediante um plano plurianual de capacitação, o que justificativa definir a seguinte ação:
>
> ***3.6.27.1 Ação: Elaborar plano plurianual de afastamento para doutorado e estágio pós-doutoral e apoiar a criação de cursos de doutorado interinstitucional – Dinter.***
>
> Atualizar o levantamento de professores em afastamento, estabelecer ordem de prioridade de afastamentos. Criar critérios e aplicar vagas de professores substitutos. Meta a ser alcançada em 2016.(UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2014ª, p. 71)

Isto é tudo o que se afirma quanto ao plano de titulação docente neste documento. Fica evidente, portanto, o descompasso entre a realidade do perfil docente do curso, formado principalmente por especialistas, e a priorização, por parte da UFCG, de políticas para fomentar o doutoramento do seu quadro de professores, não colocando como meta a construção de parcerias para fornecer programas de mestrado, por exemplo.

A comparação com o Curso de Medicina de outra instituição, com mais ou menos o mesmo tempo de trajetória e particularidades semelhantes às de Cajazeiras em razão de sua localização geográfica e da relevância para uma região tão vulnerável socialmente, também é reveladora quanto aos problemas em nosso corpo docente.

Desde a sua fundação em 2004, uma das principais justificativas para existência do Curso de Medicina do campus de Petrolina da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF é a necessidade de formação de profissionais da área para atuação na região. E tão importante quanto formar numericamente estes profissionais seria uma formação voltada para as particularidades desta

região. Assim, no ano do primeiro vestibular, o curso de Petrolina-PE / Juazeiro-BA obteve uma concorrência de 67,35 candidatos por vaga (a maior concorrência do vestibular), no total de 80 vagas. Dos aprovados no vestibular da UNIVASF naquele ano, 48,5 % eram de cidades pertencentes ao pólo Petrolina/Juazeiro. Estes indicadores têm se mantido e a cada ano se observa um número crescente de alunos da região matriculados nos seus cursos de graduação, principalmente em Medicina, sendo hoje 466 o total de estudantes ativos nesse curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO, 2015).

Apesar das semelhanças ao curso de Cajazeiras no que tange ao perfil do curso e do seu Projeto Pedagógico, é importante salientar que Petrolina-PE (com população estimada em 2015 de 331.951 habitantes) e Juazeiro-BA (com estimativa de 218.324 habitantes) conformam um pólo urbano de mais de 550 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIROS DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), em absoluto contraste com os cerca de 60 mil habitantes de Cajazeiras. Além disso, o Curso de Medicina da UNIVASF apresenta convênios com diferentes instituições, quais sejam: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Secretaria de Saúde de Petrolina, Secretaria de Saúde de Juazeiro, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Hospital Regional de Juazeiro (UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO, 2015). Ao todo, em Petrolina tem-se um total (menos os leitos complementares) de 349 leitos SUS o que, somado aos 376 de Juazeiro-BA, perfaz uma soma de 725 leitos, quase 05 vezes o total de leitos disponíveis em Cajazeiras no ano 2016, que é de 148 (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2016). Evidencia-se, portanto, que a capacidade instalada da rede de saúde é muito maior naquele pólo urbano do que na cidade do sertão paraibano.

Ainda assim, é interessante fazer uma correlação do quadro docente da UNIVASF com o da UFCG *campus* Cajazeiras. O corpo docente do curso de Petrolina é constituído por 54 professores, entre eles 24 especialistas, 19 mestres e 11 doutores. Referente ao regime de trabalho, 41 docentes se encontram no regime de 20 horas semanais, 08 professores no regime de 40 horas e 05 professores com dedicação exclusiva (DE). Assim, tem-se:

Tabela 6 - Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UNIVASF de acordo com o regime de trabalho (2016.1)

Docentes	Dedicação exclusiva	T-40	T-20
UFCG – Cajazeiras	24%	2%	74%
UNIVASF	7,41%	16,6%	75,9%

Fonte: autoria própria

Tabela 7 – Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UNIVASF de acordo com titulação acadêmica (2016.1)

Docentes	Doutores	Mestres	Especialistas
UFCG –Cajazeiras	8%	34%	58%
UNIVASF	20,5%	35,1%	44,4%

Fonte: autoria própria

Como se pode notar, a proporção de professores entre os diferentes regimes de trabalho revela um valor relativo semelhante entre as duas universidades no que diz respeito aos docentes com regimes de 20h semanais, de aproximadamente ¾, reforçando mais uma vez a hipótese levantada sobre a atratividade salarial da carreira na atenção médica individual como determinante para esse cenário. Por outro lado, comparando a titulação acadêmica do quadro docente de ambas, percebe-se a profunda deficiência na quantidade de doutores no curso paraibano, reforçando a necessidade de se pensar estratégias de capacitação docente no âmbito da UFCG.

Quando comparamos o quadro docente de ambos os cursos localizados no sertão com um curso tradicional, com mais de cinqüenta anos de existência, como é o Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em Natal, pode-se perceber alguns elementos a mais. Esse curso tem o seu corpo docente atual constituído por 194 professores, distribuídos conforme as tabelas 8 e 9 abaixo, adaptados do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFRN em Natal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001):

Tabela 8 - Distribuição de docentes do curso de medicina da UFRN (Natal) de acordo com titulação acadêmica (2016.1)

Formação	Doutores	Mestres	Especialistas	Graduados	Subtotal
Técnica	62	30	48	03	143
Básica	39	07	05	00	51
Total	101	37	53	03	194

Fonte: autoria própria

Tabela 9 - Distribuição de docentes do curso de medicina da UFRN (Natal) de acordo com regime de trabalho (2016.1)

Dedicação exclusiva	T-40	T-20	Subtotal
74	47	73	194

Fonte: autoria própria

De acordo com as tabelas 10 e 11 abaixo, tem-se uma proporção muito maior de doutores naquele curso, do que nos outros dois. São mais da metade do corpo docente (52,1%) a proporção daqueles com doutorado, contra 8% e 20,5% em Cajazeiras e Petrolina, respectivamente; sendo que entre os professores da formação técnica (supondo serem todos médicos) é de 43,3%, ou seja, cerca de 15 vezes a proporção de médicos doutores do curso de Cajazeiras (2,77%).

Por sua vez, a proporção de mestres em Natal é relativamente menor do que nos outros dois cursos, o que reflete, na verdade, a proporção maior de doutores, haja vista que a proporção de especialistas e graduados, juntos, não chega a um terço do corpo docente (28,8%), contra 58% e 44,4% de Cajazeiras e Petrolina. Essa mesma tendência se reflete entre os docentes da formação técnica/clínica, em que a proporção de especialistas e graduados em Natal não chega á metade daquela verificada em Cajazeiras (35,7% contra 72,2%).

Tabela 10 - Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras, da UNIVASF e da UFRN-Natal de acordo com titulação acadêmica (2016.1)

Docentes	Doutores	Mestres	Especialistas	Graduados
UFCG – Cajazeiras	8%	34%	58%	0%
UNIVASF	20,5%	35,1%	44,4%	0%
UFRN – Natal	52,1%	19,1%	27,3%	1,5%

Fonte: autoria própria

Tabela 11 - Proporção de professores do ensino técnico/clínico dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras e da UFRN-Natal de acordo com titulação acadêmica (2016.1)

Docentes	Doutores	Mestres	Especialistas	Graduados
UFCG – Cajazeiras	2,8%	25%	72,2%	0%
UFRN – Natal	43,3%	21%	33,6%	2,1%

Fonte: autoria própria

No tocante ao regime de trabalho, as diferenças também são evidentes. Tanto o curso de Cajazeiras quanto o de Petrolina tem uma proporção muito menor de professores em regime de dedicação exclusiva, segundo a tabela 12. Chama atenção o fato de que a quantidade relativa de professores em regime parcial de trabalho em Natal é cerca da metade da proporção verificada nos outros dois cursos, o que poderia traduzir maior capacidade de gestão, administrativa, pedagógica, de pesquisa e extensão no curso da capital potiguar.

Tabela 12 - Proporção de professores dos cursos de medicina da UFCG-Cajazeiras, da UNIVASF e da UFRN-Natal de acordo com regime de trabalho (2016.1)

Docentes	Dedicação exclusiva	T-40	T-20
UFCG – Cajazeiras	24%	2%	74%
UNIVASF	7,41%	16,6%	75,9%
UFRN – Natal	38,1%	24,2%	37,6%

Fonte: autoria própria

Para finalizar as observações sobre o corpo docente do curso, é importante que se destaque um elemento que, longe de ser uma exclusividade de Cajazeiras, é prática corrente inclusive em cursos tradicionais, diversas vezes denunciada na imprensa através do movimento estudantil e suas representações (UNIVERSITÁRIOS..., 2016). Trata-se do absenteísmo de professores, principalmente dos docentes médicos. Além da experiência pessoal do autor quando à frente da Coordenação do Curso, diversos documentos elaborados pelo Centro

Acadêmico de Medicina 16 de Julho confirmam essa realidade que se mantém até hoje. Não à toa, as queixas se concentram nos professores dos módulos clínicos e cirúrgicos do 5º ao 8º período (CENTRO ACADÊMICO DE MEDICINA 16 DE JULHO, 2014), exatamente onde a proporção de docentes médicos aumenta e, portanto, onde a proporção de docentes com regime de trabalho de 20h semanais e que moram fora de Cajazeiras também se eleva, revelando a pertinência da relação entre esses fatores. Tratando-se de problema sério em que o componente ético tem um peso importantíssimo, parece, no entanto, que seria equivocado reduzir esse fenômeno ao aspecto individual, uma vez que é necessário dar resposta no plano institucional e político para o mesmo, o que perpassaria, certamente, a formulação de estratégias de fixação, valorização e capacitação docente.

b) Hospitais Universitários

Como já foi pontuado anteriormente, os problemas relacionados à rede SUS na cidade de Cajazeiras dispara uma demanda dentro da comunidade acadêmica no sentido de compor uma rede própria de serviços de saúde, cujo ponto culminante é a doação do Instituto Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello pelo município para a UFCG em 2011 e sua posterior conformação em Hospital Universitário em 2012 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2012b). Aqui, portanto, caberiam algumas linhas sobre as polêmicas em torno desse processo e as possíveis implicações para o Curso de Medicina.

A doação do antigo serviço municipal de atenção à saúde infantil para a UFCG se dá em meio à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, por meio da lei federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, empresa pública unipessoal com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, que teria como finalidade, entre outras, a de prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres. (BRASIL, 2011b).

A criação da empresa, no entanto, enfrenta forte resistência do movimento sindical docente e de servidores técnico-administrativos em todo o país, tendo como principais críticas, segundo Andreazzi (2013):

- Contratação de pessoal sob as regras da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), portanto, em condições diferentes daquelas previstas no Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores federais, ainda com possibilidade de processo seletivo simplificado durante sua implantação. Além disso, questiona-se a possibilidade da cessão dos atuais servidores para a empresa, o que teoricamente poderia submetê-los a regimes de trabalho diferenciados.
- Em relação ao financiamento, além dos recursos da União e convênios com o SUS, a EBSERH está autorizada a obter recursos a partir da incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro – por exemplo, venda de cursos, aluguel de instalações como enfermarias para escolas médicas e de enfermagem privadas. Outra fonte de recursos são aplicações financeiras. Assim, questiona-se a lógica de mercado que se incorpora ao setor público.
- Quanto ao Controle Social, a empresa não tem mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde preconizam para o sistema público de saúde.
- Outros questionamentos envolvem supostos riscos ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da extensão e da prestação de serviços assistenciais dentro de uma lógica de mercado, bem como o desrespeito ao princípio da autonomia universitária.

No âmbito da UFCG, as resistências à EBSERH foram e ainda são enormes, especialmente em Campina Grande, dentro do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC. Considerando que a adesão à empresa se dá pela Universidade, e não pelos hospitais individualmente - conforme o art. 6º da lei nº 12.550, onde se afirma que a empresa “poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino” (BRASIL, 2011b); e tomando-se em conta que a contratação de pessoal para os hospitais universitários a partir de então somente seria autorizada no âmbito da EBSERH e de

acordo com seu modelo de gestão, conforme Ofício Nº 099/2014-DDES/SESu/MEC-mrc, de 24 de março de 2014 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2014b), abriu-se uma profunda fratura na comunidade acadêmica.

De um lado, os servidores do HUAC e a Associação Docente da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG), levantando as críticas à EBSERH acima expostas, bem como reconhecendo na proposta de contratação via CLT um retrocesso quando comparada com a vinculação via RJU dos servidores do HU de Campina Grande (mesmo diante da existência 152 servidores temporários do HUAC cujos contratos se encerrariam no início de 2013), mobilizam forças para barrar a adesão da UFCG à empresa, conseguindo vitória importante na reunião extraordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário realizada no dia 29 de outubro de 2012, quando, após extenso debate, 36 conselheiros declararam voto contrário à adesão à EBSERH, com apenas 04 votos favoráveis e nenhuma abstenção. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2012a).

Por outro lado, expressiva maioria dos estudantes e professores da área da saúde em Cajazeiras passa a defender a adesão à empresa, uma vez que não via outra possibilidade de verem estruturar-se um serviço próprio que desse maior autonomia em relação aos gargalos da rede de saúde local e pudesse ampliar os seus campos de prática. Além disso, atrelada à adesão à EBSERH vinha a promessa de construção de um segundo Hospital Universitário em Cajazeiras, o que acalentava as esperanças de maior solidez especialmente para o Curso de Medicina. Assim, em carta aberta à comunidade acadêmica da UFCG elaborada pelo Centro Acadêmico de Medicina de Cajazeiras, os estudantes do curso apelavam para que, em nova reunião do colegiado pleno em que se colocava em pauta a rediscussão da adesão à empresa, os conselheiros mudassem a posição tomada anteriormente, uma vez que viam

> [...] a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como única opção real de garantir a sustentabilidade dos cursos de medicina, enfermagem e técnicos de enfermagem e saúde bucal lotados no Centro de Formação de Professores, mas sobretudo na permanência da assistência à saúde da região (CENTRO ACADÊMICO DE MEDICINA 16 DE JULHO, 2013, p. 2).

Os próprios servidores do HUJB, todos vinculados ao mesmo por meio de contratos temporários de prestação de serviços, portanto, nas condições mais precarizadas de vínculo trabalhista, passam a desejar a adesão à EBSERH, uma vez que a possibilidade de processo seletivo simplificado e contrato sob regime celetista são vislumbrados como melhoria de sãs condições de trabalho.

Em meio a essa polarização, após três sucessivas tentativas entre o final de 2013 e o início de 2014 de revisar a decisão anterior do Colegiado Pleno, o Reitor Prof. Dr. José Edílson de Amorim assina, como ato discricionário, o termo de adesão à EBSERH em 26 de março de 2014, alegando a existência de medida judicial que obrigava a UFCG e a União a assumirem o pagamento do pessoal do HUJB, fixando o prazo de 60 dias – até 27 de março de 2014 – para que a universidade comprovasse a vinculação deste hospital à EBSERH ou realizasse concurso público em caráter excepcional e temporário (Ação Civil Pública 0001750-73.2012.4.05.8202); a suspensão por decisão judicial das etapas restantes (homologação e nomeação) do Processo Seletivo Simplificado destinado ao provimento de cargos temporários para o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande, agravando as dificuldades na gestão e na oferta de serviços; e a posição do Governo Federal, por meio do MEC, pela qual o provimento de pessoal para os Hospitais Universitários somente seria autorizado por meio da EBSERH e de acordo com seu modelo de gestão. Assim, tal ação judicial e a decisão do MEC imporiam ao gestor a responsabilidade institucional de adotar as medidas administrativas adequadas para pagar aos servidores do HUJB e garantir os serviços públicos a cargo deste hospital. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2014b).

A decisão ainda geraria muita polêmica, questionando-se uma postura supostamente autocrática do reitor ao ir de encontro à decisão da instância máxima da UFCG. Fato é que, em 09 de dezembro de 2015, é assinado o contrato entre a UFCG e a EBSERH para gestão do HUAC e do HUJB, referendado em reunião do Colegiado Pleno no mesmo dia, em cuja ata se afirma a conquista de 683 vagas efetivas para servidores a serem distribuídas entre os dois hospitais - 316 e 367, respectivamente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2015).

Nesse ínterim, é apresentado, ainda em dezembro de 2015, o Plano de Reestruturação do HUJB, onde se afirma que o hospital:

> Dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e 8 desativados. Com a reforma e reestruturação dos serviços, o HUJB contará com 06 consultórios para consultas eletivas (localizados no Posto de Assistência Primária a Saúde–PAPS/ETSC/CFP/UFCG) e 55 leitos hospitalares, dos quais 08 são leitos de ginecologia, 04 leitos são obstétricos clínicos, 19 de obstetrícia cirúrgica (14 de alojamento conjunto e 5 de quartos PPP), 03 são leitos pediátricos cirúrgicos, 12 são de leitos pediátricos clínicos (sendo 01 de isolamento), 05 leitos de UTIN e 04 leitos de UCIN. Com a reforma, mais 3 leitos de pediatria serão fechados, para abertura de novos serviços, com 40 novos leitos (ginecologia, obstetrícia e UTIN/UCIN) (BRASIL, 2015, p. 7).

A descrição pormenorizada desse histórico em relação ao HUJB e a um possível novo hospital universitário em Cajazeiras (embora haja ainda mais detalhes e meandros que não caberia ao propósito desse trabalho) faz-se necessária na medida em que esse processo gera tal polarização que faz transparecer certas concepções e projetos em torno do curso.

De antemão reconhecem-se aqui os limites e insuficiências da rede local de saúde, já apontadas pelo relatório da comissão de avaliação que sugeriria em que *campi* do sertão deveria ficar sediado o Curso de Medicina. Tal situação é agravada pela concorrência com outros cursos de medicina de instituições privadas de ensino surgidos nesse ínterim, a exemplo do curso da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras, a partir do segundo semestre de 2012, como já abordado anteriormente, e do Curso de Medicina da Faculdade Integrada de Patos, criado em 10 de junho de 2014 (BRASIL, 2014c), e que concorrerá por campos de prática naquela cidade, hoje usufruídos pelos estudantes de Cajazeiras que lá desenvolvem seus estágios supervisionados. Porém, frente à fragilidade da rede SUS e à ameaça de "canibalismo" por parte das instituições privadas na disputa por serviços de saúde para campo de prática de seus discentes em detrimento daqueles oriundos de uma instituição pública, "enverga-se a vara verde" no debate político e pedagógico, e alimenta-se a idéia de que é impossível a consecução de um curso de medicina sem um Hospital Universitário, o qual parece assumir no imaginário coletivo de parte dos

atores envolvidos na questão a idéia de uma fortaleza contra esse cenário adverso, o que, mais uma vez, está em flagrante contradição com as propostas e formulações desenvolvidas no âmbito da Educação Médica, em que se identificam as distorções e fragilidades do ensino a partir de uma concepção hospitalocêntrica, distante da realidade do restante da rede SUS e desvalorizando a inserção comunitária.

Aqui, assim como na questão do quadro docente, nos deparamos com um problema objetivo, mas para o qual há possibilidades de solução diferentes, moldadas a partir da concepção de curso que se quer construir. Adiantando o que iremos aprofundar mais à frente, se é inegável a relevância de um Hospital Universitário (no caso, dois) para uma cidade com tamanha vulnerabilidade social, num estado que tem concentrado seus serviços de alta complexidade em Campina Grande e João Pessoa (distantes 350 e 460 Km de Cajazeiras, respectivamente); se é promissora a perspectiva de qualificação tanto da assistência quanto do ensino e da pesquisa na área da saúde na região; ao mesmo tempo não se pode cair na cantilena de que os Hospitais Universitários são a salvação do curso, pois expressar isso seria afirmar, em última instância, o Modelo Flexneriano de Educação Médica e o Modelo Médico Hegemônico de atenção á saúde (LAMPERT, 2009).

4.2 O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras

Buscando avaliar os diversos aspectos referentes ao Projeto Político-Pedagógico do Curso em questão, começaremos por identificar e discutir os pressupostos e os fundamentos teóricos que o embasam, objetivando reconhecer os campos do conhecimento que estruturam a sua proposta pedagógica, partindo, em seguida, para a análise curricular, enfatizando a articulação da Medicina de Família e Comunidade e da Saúde Coletiva dentro da mesma, finalizando com a análise do curso à luz dos desenvolvimentos na área da Educação Médica.

4.2.1 Os Pressupostos e os Fundamentos Teóricos do Projeto Pedagógico do Curso

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras tem, não somente em sua "Justificativa", mas em diversas seções de seu texto (a exemplo da "Apresentação"), como pressuposto para sua existência a necessidade de enfrentar o passivo histórico no campo das políticas públicas de educação superior e de saúde na promoção do bem-estar social da população sertaneja. Assim, na "Apresentação" do PPC afirma-se que:

> O *Campus* de Cajazeiras reconhece como inadiável a tarefa que lhe compete de contribuir decisivamente, para a materialização dos compromissos institucionais com a melhoria da qualidade de vida da sociedade, seja na promoção e ampliação do acesso à educação superior de qualidade, seja no fortalecimento de novas articulações com a sociedade, apresentando proposta de soluções efetivas para as questões socioeconômicas que particularizam a região.
>
> As ações e procedimentos da nossa Instituição sempre estiveram pautados e submetidos à razão pública e às noções de bem-estar público – social e econômico. Desta forma, o Curso de Medicina do campus de Cajazeiras representa um anseio da comunidade que antevê na expansão de nossa Instituição um impacto positivo para o desenvolvimento da região, das organizações sociais e dos indivíduos.
>
> Exercitamos nossa função social na lógica das necessidades da população, nas quais a inclusão social e a promoção da vida são os eixos orientadores e a população é o sujeito e o objeto do trabalho.
>
> As contribuições potenciais do presente Projeto Pedagógico de Curso são expressivas, envolvendo desde a consolidação do SUS, a reorientação na formação profissional, voltada para a atenção básica, passando pelo futuro aumento da capacidade instalada de serviços de saúde, a extensão da cobertura e a conseqüente transformação das condições de saúde de forma a gerar impacto nos indicadores de saúde da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 8)

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, a "Justificativa" tem como foco de sua argumentação a discussão sobre a má-distribuição de médicos e sua concentração nos grandes centros urbanos, a crítica aos limites da expansão do ensino superior brasileiro a partir do setor privado, e a valorização das necessidades de saúde da população local como elemento a ser considerado na perspectiva do desenvolvimento da região. Partindo de referências a estudos sobre Demografia Médica, afirma-se:

> Conseqüentemente, os projetos não saem do papel e os programas ou equipes não são implantadas, ou precariamente implantadas, por absoluta falta de médicos disponíveis e dispostos a morar e atuar em cidades do interior.
>
> É evidente que o problema da excessiva concentração de médicos nas regiões mais desenvolvidas não se resolve apenas com a criação de novos cursos, mas sim, com uma efetiva política nacional de valorização do setor saúde, inclusive através do oferecimento de condições dignas e adequadas de trabalho. Sabe-se, entretanto, que isso não vem acontecendo. O que vem na verdade ocorrendo é a abertura de novos cursos de medicina, invariavelmente de natureza privada, em capitais ou grandes cidades do país.
>
> Como instituição pública, a Universidade Federal de Campina Grande se propõe a fazer um investimento definitivamente de natureza social, diferentemente dos vultosos retornos financeiros das entidades privadas obtidos através de astronômicas mensalidades incompatíveis com a dura realidade da região sertaneja.
>
> A expansão de matrículas no ensino superior em instituições públicas e, especialmente, em regiões geograficamente menos desenvolvidas, além de melhor qualificar a assistência prestada, oferece a oportunidade de permanência e fixação dos filhos da terra que, em outras circunstâncias, provavelmente, não poderiam cursar uma faculdade de medicina.
>
> Por outro lado, o campus de Cajazeiras/UFCG entende que, um curso de Medicina não tem apenas a finalidade de aumentar o número de médicos, mas sim, garantir a formação de profissionais de boa qualidade e, ao mesmo tempo, contribuir efetivamente para o atendimento das necessidades de saúde da população, através da identificação e solução dos problemas emergentes da região.
>
> Outra contribuição pretendida pelo Campus de Cajazeiras/UFCG é o desenvolvimento da região. Esse desenvolvimento entendido como a elevação dos níveis de bem-estar da população, medidos por um acesso adequado aos recursos de que precisam para viver uma vida melhor: saúde, educação, infra-estrutura, assim como outros elementos mais subjetivos que dependem da percepção da comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 23).

Ainda que não se faça referência explícita, é interessante observar que os dois trechos supracitados dialogam com a perspectiva da chamada Medicina Rural, definida pela Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA como a atividade médica executada fora das zonas urbanas, onde o local de prática obriga alguns médicos generalistas a ter, ou a adquirir, habilidades procedurais e outras, que geralmente não são necessárias na prática urbana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013). Apesar de ser considerada um pólo urbano regional, Cajazeiras ainda mantém um perfil de ruralidade inegável. Isso porque o rural não pode ser entendido conceitualmente de maneira restrita, apenas como o espaço por excelência da produção agrícola, mas de modo amplo, envolvendo as

pequenas e médias cidades. Assim, o modo de ser rural se faz presente no campo e na cidade e passa a ser denominado ruralidade, a qual, por sua vez, é um conceito em construção (VERDE, 2004).

Nesse sentido, partindo do problema da escassez de médicos de família em regiões rurais, a Organização Mundial de Médicos de Família (2013) faz nove recomendações para qualificar os serviços de saúde nessas áreas:

> 1. Aumentar o número de estudantes de medicina recrutados de áreas rurais.
> 2. Exposição substancial da prática rural no currículo médico de graduação.
> 3. Programas de treinamento vocacional em medicina rural específicos, flexíveis, integrados e coordenados.
> 4. Educação continuada específica adaptada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas dos médicos de família rurais.
> 5. Posições acadêmicas apropriadas, desenvolvimento profissional e apoio financeiro para médicos-professores rurais para incentivar a pesquisa e educação rural.
> 6. Escolas médicas devem assumir a responsabilidade de formar médicos devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica geral, incluindo áreas carentes, e desempenhar um papel fundamental no fornecimento de apoio regional para os profissionais de saúde e cuidados de saúde terciários acessíveis.
> 7. Desenvolvimento das necessidades rurais adequadas de base e recursos culturalmente sensíveis para cuidados de saúde rural com o envolvimento da comunidade local, com a cooperação regional e apoio do governo.
> 8. Melhoria das condições profissionais e pessoais/familiares na prática rural para promover a retenção de médicos rurais.
> 9. Desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais de saúde rural, com apoio do governo central (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013, p. 25).

Como se pode verificar, o sentido de tais recomendações aponta na mesma direção que a dos textos introdutórios do PPC do Curso de Medicina de Cajazeiras, ou seja, o desenvolvimento local a partir da identificação das necessidades sociais, para o enfrentamento das quais o curso teria um papel de extrema relevância. Isso é ainda mais evidente quando se toma a recomendação de nº 6, mas também nas demais se percebe essa direcionalidade geral, ao apontar para aspectos que extrapolam simplesmente a graduação, a exemplo da educação continuada e de programas de desenvolvimento profissional (recomendação nº 4), como é o caso das residências médicas; da participação comunitária e da parceria com os gestores locais (recomendação nº 7), que aqui no Brasil denominaríamos de integração

ensino-serviço-comunidade; e as estratégias nacionais de saúde rural (recomendação nº 9), que no contexto brasileiro a partir de 2013, tem como principal política pública o Programa Mais Médicos para o Brasil, o qual, apesar de voltado tanto para as regiões urbanas quanto para as rurais com escassez de médicos, tem exatamente nas últimas um grande destaque.

Contudo, quanto aos aspectos voltados mais estritamente para o âmbito da graduação, seria interessante frisar que o curso os absorveu apenas parcialmente em sua organização. No que tange à formação e prática rural (recomendação nº 2), além do perfil de ruralidade que Cajazeiras ainda mantém, já enfatizado anteriormente, o que molda seus serviços de saúde e especialmente os de Atenção Primária, prevê-se o desenvolvimento do estágio supervisionado em Saúde Coletiva II em cidades ainda menores do entorno ou em Unidades Básicas de Saúde de zonas rurais propriamente ditas, como veremos adiante.

Porém o curso não conta com nenhuma estratégia de seleção ou recrutamento de estudantes provenientes das áreas rurais, conforme recomendação nº 01. Tendo como processo seletivo em seus primeiros anos o vestibular organizado pela Comissão de Processos Vestibulares – COMPROV/UFCG; posteriormente, a partir da Resolução nº 07/2010 da Câmara Superior de Ensino, que regulamenta o Concurso Vestibular 2011, a instituição adota o Exame Nacional de Ensino Médio – ENEM como critério de seleção (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a); mas somente a partir de 2015 adere ao Sistema de Seleção Unificada – SiSU do Ministério da Educação, conforme Resolução nº 07/2013 da Câmara Superior de Ensino, de 1º de outubro de 2013 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013b), quando a UFCG também passar a se adequar ao estabelecido pela Lei Federal nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas instituições federais de ensino (superior, técnico e médio), estabelecendo reserva de vagas para estudantes oriundos de escolas públicas, de baixa renda e de acordo com a proporção de negros, pardos e indígenas da população de cada estado (BRASIL, 2011c). Portanto, só muito recentemente a UFCG e, por extensão, o Curso de Medicina de Cajazeiras, passou a adotar outros critérios de seleção que não apenas a meritocracia.

O fato de a UFCG ter aderido ao SiSU somente a partir do vestibular 2014 explica apenas parcialmente um dos problemas que o curso tem enfrentado nos últimos anos: a evasão estudantil. Como abordado anteriormente, em 2011 o Curso de Medicina reduz seus ingressos anuais de 80 (40 por semestre letivo) para 30 (entrada única), em razão dos problemas envolvendo a capacidade de absorção da rede de saúde local. Também é a partir desse ano que a UFCG adota o ENEM como critério de seleção, mas não se incorpora ao SiSU. Pelo Sistema Unificado, é possível disputar vagas de um curso em instituições diferentes, mas só é possível matricular-se em apenas uma, evitando-se que um mesmo candidato ocupe duas vagas, otimizando-as. Como a UFCG não aderia então ao SiSU, os estudantes se matriculavam no Curso de Medicina de Cajazeiras, porém, na medida em que eram aprovados em outras instituições superiores nas sucessivas chamadas do Sistema Unificado de Seleção, abandonavam o curso, o qual, em razão de seu calendário de matrículas, acumulava vagas ociosas. É nesse contexto que as turmas ingressantes em 2011.1, 2012.1 e 2013.1 contam com 23, 12 e 10 discentes, respectivamente.

Entretanto, mesmo após a adesão ao SiSU, esse números, embora relativamente melhores, ainda mantém índices de evasão preocupantes, já que isso reduz o impacto social do curso, como previsto em seu PPC. Assim, as turmas 2014.1, 2015.1 e 2016.1 contam, respectivamente, com 23, 14 e 28 estudantes. Portanto, as raízes para tal fenômeno deveriam ser investigadas na própria dificuldade de consolidação do curso, o que mantém parcela do corpo discente nos anos seguintes ainda em busca de aprovação em outras escolas médicas; bem como, e essa é a parte que interessa aqui, na baixa capacidade de absorção de estudantes da própria região. Apenas a título de ilustração, a porcentagem do corpo discente que é oriunda de capitais na turma concluinte em 2016.1 quando de sua entrada em 2010.2 é de 69,2%, sendo que 38,4% são de Fortaleza-CE e absolutamente nenhum é de Cajazeiras ou das cidades que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

Quadro 5 - Distribuição de estudantes que ingressaram no semestre letivo 2010.2 de acordo com a cidade de origem

Estudantes Oriundos de Capitais – 27	Estudantes Oriundos de Outras Cidades – 12
Fortaleza – 15	Juazeiro do Norte – CE – 03

João Pessoa – 05	Crato – CE – 03
Natal – 03	Campina Grande – PB – 01
Recife – 01	Areia – PB – 01
Maceió – 01	Sobral – CE – 01
Aracajú – 01	Caicó – RN – 01
Salvador – 01	Assu – RN – 01
	Picos – PI – 01

Fonte: autoria própria

> Experiências em todo o mundo mostram que os estudantes de origem rural são muito mais propensos a se inserir na prática rural após a graduação. Na maioria dos cursos de medicina atuais, a proporção de estudantes de origem rural é significativamente menor do que a proporção da população que vive no país. Claramente, uma estratégia importante para aumentar o número de médicos rurais envolve o recrutamento de mais estudantes de medicina advindos do âmbito rural.
>
> [...] A fim de assegurar que uma proporção adequada dos estudantes de origem rural seja recrutada em escolas de medicina, é necessário que haja mecanismos específicos incluídos no processo de seleção. Critérios para a seleção com base em metas além de outros critérios estão evoluindo. Processos de seleção que incluem entrevistas de candidatos, nas quais é oferecido reconhecimento e crédito para aqueles provindos de ambientes rurais, devem ser incentivados. Metas específicas para a admissão de alunos de origem rural podem ser necessárias.
>
> [...] Escolas médicas descentralizadas que permitam ao estudante de medicina realizar a maior parte ou todo o seu estudo em centros localizados fora das principais áreas metropolitanas são mais susceptíveis de atrair estudantes de áreas rurais e de serem bem sucedidas na produção de médicos para a prática nas áreas rurais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013, p. 28-29).

Assim, contando com um índice importante de estudantes oriundos de grandes centros urbanos, parece que o problema da evasão estudantil guarda alguma relação com aqueles referentes ao recrutamento, à fixação e ao absenteísmo do corpo docente, abordados anteriormente. E uma resposta plausível para eles, tanto em relação ao corpo discente quanto ao docente, deveria partir de estratégias de valorização do potencial de estudantes e professores local.

Experiência alvissareira nesse sentido, e que pode ser tomada como referência no futuro, tem sido a do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde – FACISA da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O curso se desenvolve em três cidades pólo das regiões do Trairi e do Seridó potiguar (Santa Cruz, Currais Novos e Caicó) e conta em seu processo seletivo com um argumento de inserção regional, um mecanismo criado para facilitar o acesso do estudante do interior aos cursos de graduação da sua região. O benefício prevê um bônus de 20%

na nota final do processo seletivo e é destinado aos alunos que concluíram o Ensino Fundamental e cursaram todo o Ensino Médio nas regiões incluídas no argumento de inclusão, para que esses estudantes possam estudar no Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES), em Currais Novos ou Caicó, ou ainda na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), em Santa Cruz (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2013). Evidentemente estudos posteriores deverão demonstrar o provável impacto desse mecanismo no tocante ao perfil do egresso desse curso.

Assim, à guisa de conclusão a respeito dos elementos introdutórios do PPC do Curso de Medicina de Cajazeiras, o que se depreende é que o mesmo, ainda que implicitamente, parte de elementos contemplados no debate sobre medicina rural, porém, talvez exatamente por não tomar esse campo do conhecimento de maneira explícita como seu pressuposto, apenas parcialmente aponta medidas congruentes com a intenção manifesta no texto em relação ao desenvolvimento social da região. Há que se considerar, por outro lado, que avanços em tal direção dependem eminentemente de definições políticas claras por parte da instituição, que vá além das declarações de boa vontade, mas se concretize em ação. Nesse sentido, o histórico da UFCG em relação às políticas afirmativas, por exemplo, quando a universidade as adota somente depois de promulgação de lei federal e apenas quase uma década após as primeiras experiências de processos seletivos com reserva de vagas (seja para parcelas mais vulneráveis economicamente, seja para grupos étnicos particulares ou para estudantes originários de escolas públicas), parece traduzir resistências ao processo de democratização do ensino superior (aspecto inerente e inseparável das mudanças no âmbito da Educação Médica) e que, em última instância, vão de encontro ao potencial transformador embutido em sua proposta pedagógica.

Seguindo na análise dos fundamentos que embasam o Projeto Pedagógico do Curso, cabe agora pesquisar que correntes teóricas e filosóficas e que campos do conhecimento se expressam no “Marco Teórico” apresentado em sua seção nº 04. Nela são abordados oito aspectos ou pressupostos, como define o texto, a saber: a Medicina, a Articulação Dialética Teoria/Prática, a Diversificação dos Espaços de Aprendizagem; a Pesquisa como Eixo Condutor do Ensino, o Currículo

baseado no Humanismo, o Ser Humano, o Aluno como Sujeito e a Flexibilidade Curricular.

A Medicina é definida como a “área do conhecimento humano ligado à promoção, manutenção e restauração da saúde” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013ª, p. 23), enfatizando-se a relevância da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade. Sumarizando o desenvolvimento científico da medicina ao longo da história da humanidade, destaca as contribuições da medicina hipocrática, passando pela Medicina Social e seus expoentes na Europa no século XIX, pelas descobertas no campo da microbiologia, pelo conceito de saúde da OMS e culminando com o reconhecimento da chamada Epidemiologia Social Latino-Americana e sua contribuição à compreensão da determinação social do processo saúde doença.

O que fica claro no tratamento desse aspecto é a marcante influência da Epidemiologia Social Latino-Americana na compreensão do papel da medicina, expressa inclusive na abordagem, ainda que sumarizada, mas histórica, com que o texto trabalha o tema. Partindo do materialismo histórico-dialético, o característico dessa corrente do pensamento epidemiológico é:

> [...] o pressuposto teórico de que é preciso analisar as condições de saúde da população tendo em conta os componentes estruturais das sociedades capitalistas: processo de trabalho, relações de produção, classe social e assim por diante. Numa análise teórica desse tipo, as condições sociais que favorecem a saúde e a doença deveriam ser compreendidas através de uma multiplicidade de “determinações”, ou seja, de atribuições conceituais que, combinadas adequadamente, permitem transformar a idéia abstrata da saúde em algo que expressa antes de tudo as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. Portanto, a palavra “determinação”, neste contexto originário do pensamento da medicina social latino-americana, não tem necessariamente o sentido de causa, causalidade ou fator determinante, mas se refere ao próprio movimento do pensamento na apreensão concreta dos fenômenos sociais, de acordo com o mesmo princípio que Marx, inspirado por Hegel, explicitara como sendo o fundamento de seu método da economia política: a síntese de múltiplas determinações.
>
> O que é importante ressaltar a esse respeito é que o método pioneiro de estudo da determinação social da saúde está sustentado nas categorias de trabalho e reprodução social da vida, de tal modo que as condições naturais, ambientais e biológicas, apareciam subordinadas ou “filtradas” por essas categorias que fundavam e estruturavam todo o processo de análise. Portanto, um pressuposto filosófico aí implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão “subsumidas” às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2009, p. 1)

A medicina social latino-americana também atravessa outras seções do PPC, como no “Perfil do Egresso”, onde se afirma que o concluinte seja

> [...] capaz de ações clínicas, dialógicas e sociais focadas não meramente na doença, mas de forma integral centradas na pessoa, na família, na comunidade em que o indivíduo se insere, interagindo em sua análise com a estrutura da sociedade e a determinação social do processo saúde-doença (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013ª, p. 30)

Bem como nas “Competências”, em que se espera que o estudante tenha desenvolvido a capacidade de “identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos, biológicos e políticos do processo saúde-doença e da função médica” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013ª, p. 31).

Frente à marcante influência do materialismo histórico e dialético, também conhecido como filosofia da práxis, na concepção de Medicina apresentada no PPC (por meio da medicina social latino-americana), chama a atenção a incongruência teórica em relação ao núcleo filosófico que embasa o segundo aspecto dessa seção no texto do projeto, no caso a “articulação dialética teoria/prática”. Isso porque, apesar do termo apontar para a relação dialética entre essas duas dimensões, alimentando a expectativa de abordá-las sob a perspectiva do conceito de práxis, sua referência teórica é na verdade a Pedagogia das Competências, a qual, por sua vez, baseia-se em pressupostos de cunho racionalista, individualista e neopragmatista, em clara contraposição a uma concepção educacional fundada na filosofia da práxis (ARAÚJO, 2004).

Para esse autor, o racionalismo deita suas raízes a partir da influência das ciências cognitivas sobre essa concepção pedagógica, fundada do trio saber, saber-fazer e saber-ser. A idéia de objetivação (identificação e normalização) das competências estaria subjacente à tentativa de explicitação dos atos humanos, particularmente no trabalho, numa seqüenciação lógica, para a qual se acredita na possibilidade de controle e autocontrole de modo a gerar performances e eficácia. Tal perspectiva, todavia, não poderia capturar alguns elementos subjetivos que definem o comportamento competente, como a imaginação, a criatividade e a

transgressão, mostrando-se apta, somente, a promover a conformação dos alunos aos processos nos quais viessem a se inserir.

Araújo (2004) afirma que outra marca da Pedagogia das Competências seria a sua inspiração individualista, pois, apesar de permanecer vaga, a noção de competência é utilizada supondo-se individualização na formação, nas avaliações e nos balanços de competências. Assim, uma pedagogia individualista promove um processo formativo em que se valoriza o desenvolvimento de capacidades individuais, que sejam de caráter individual e não social. Desvaloriza-se, por conseguinte, a idéia de desenvolvimento de capacidades motoras, intelectuais e comportamentais comum a todos os indivíduos de um processo formativo. A posse das competências e o seu desenvolvimento seriam colocados como uma construção pessoal. Logo, o que estaria em curso com essa individualização da formação não seria a valorização do elemento humano, mas o seu enfraquecimento enquanto coletivo.

Por fim, a última característica atribuída a essa concepção educacional seria o neopragmatismo. O pragmatismo em si, contraditoriamente, conformaria uma corrente anti-racionalista, pois o método pragmático se oporia ao movimento do racionalismo ao propor uma atitude de olhar para além das “categorias” e de procurar por frutos, conseqüências e fatos, negando a possibilidade do conhecimento verdadeiro, objetivo. O neopragmatismo, por sua vez, se aproximaria do discurso pós-moderno do irracionalismo ao considerar a impossibilidade de um conhecimento verdadeiro acerca da realidade, colocando em descrédito as teorias que se propõem objetivas e definindo-as apenas como narrativas. Ou seja, o pragmatismo e o neopragmatismo questionariam todo o edifício construído pelas ciências cognitivas em torno da idéia de competências objetivadas considerando-as apenas como “representações” ou “narrativas”. Assim, a Pedagogia das Competências buscaria realizar uma combinação entre o ideário racionalista e o pragmatista. Do racionalismo, resgatar-se-iam as tentativas de objetivação das competências tendo em vista o planejamento e controle dos sistemas produtivos e de formação. Do pragmatismo, retomar-se-iam o utilitarismo, o imediatismo, a adaptabilidade, a busca por produzir aprendizagens úteis, aplicáveis e de ajustamento do indivíduo à realidade extremamente dinâmica e móvel (ARAÚJO, 2004).

Ressalte-se, no entanto, que, a despeito das críticas acerca da Pedagogia das Competências aqui levantadas, essa concepção pedagógica tem sido amplamente difundida e valorizada em diversos fóruns educacionais Brasil afora. O próprio Araújo (2004) observa que ela traz também aspectos positivos, como o resgate do papel da atividade nos processos de ensino-aprendizagem e a preocupação com a vinculação desses processos com a realidade na qual estes estão inseridos. Além disso, no âmbito da Educação Médica e nos espaços e congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) essa é uma concepção bastante presente, assim como no seio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a exemplo de documentos como o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2014). Na verdade, as próprias diretrizes curriculares nacionais apontam para o desenvolvimento dessas competências, em franco diálogo com essa concepção pedagógica. Logo, o PPC estaria em perfeita consonância com essa perspectiva das DCN e aqui caberia apenas destacar essa contradição entre o fundamento filosófico desse aspecto da "articulação dialética teoria/prática" com o da "medicina".

O terceiro elemento trabalhado no marco teórico é a "Diversificação dos Espaços de Aprendizagem", pela qual se compreende que "o eixo da formação, até então centrado na instituição, passa a incorporar os vários locais onde a vida e o trabalho em saúde acontecem". Remetendo, embora não explicitamente, ao conceito de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, prevê-se "a inserção precoce do estudante na realidade social e sanitária onde se produz o processo saúde-doença, bem como uma prática de ensino que acompanhe uma cadeia progressiva de cuidados constituída a partir dos diversos níveis de atenção" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 24-25).

De acordo com Albuquerque et al. (2008), um dos entraves para a integração ensino-serviço, seriam as metodologias pedagógicas baseadas na transmissão de conhecimentos, enfatizando mais o ensino do que a aprendizagem, reforçando a idéia de que a universidade não teria outro papel com a sociedade a não ser o de criar, preservar ou transmitir o saber, deixando de lado a missão de atuar na produção de serviços. Por outro lado, um dos focos da mudança curricular na área da saúde seria a formação de profissionais para conformação de um modelo de

atenção à saúde centrado no usuário. Porém, a integração ensino-serviço pressupõe a presença de estudantes em formação e docentes em cenários onde ainda se produz atenção à saúde sob um modelo tecnoassistencial hegemônico “centrado no procedimento”, isto é, um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos, e apenas secundariamente com as necessidades dos usuários.

Tal desarticulação entre teoria e prática suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência, sem a qual a teoria pode tornar-se falácia, e a prática, ativismo. Quando a integração ensino-serviço acontece efetivamente, com o foco central no usuário, esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se dilui. (ALBUQUERQUE et al., 2007)

Assim, Vieira; Pinto (2015) apontam a Metodologia da Problematização como estratégia de integração ensino-serviço-comunidade, bem como, associada a outros métodos baseados em problemas como estratégia de ensino-aprendizagem, uma alternativa para introduzir modelos inovadores, pois quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator na construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa. Logo, pela problematização do conhecimento vulgar mediado pela teoria, é possível promover reconstruções conceituais neste saber, apreensão e aprofundamento do conhecimento científico (BORILLE et al., 2012).

Portanto, o pressuposto da Integração Ensino-Serviço-Comunidade presente na “Diversificação de Espaços de Aprendizagem” caminha *pari passu* com o pressuposto do “Aluno como Sujeito”, um quarto elemento do marco teórico do PPC, tendo como solda a Metodologia da Problematização. Essa por sua vez, remete aos acúmulos teóricos propiciados, entre outros, por Paulo Freire. Sendo assim:

> Pautado no humanismo, a Metodologia Problematizadora reconhece o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores. Da fenomenologia, adota o postulado básico da noção de intencionalidade da consciência humana, ao afirmar que o objeto só existe para o sujeito que lhe dá significado e que a consciência do objeto se desvela progressivamente, e nunca acaba, se tornando uma exploração exaustiva do mundo. Do existencialismo, utiliza a crença de que o homem se constrói e pode ser sujeito. Quando integrado em seu contexto, reflete a respeito dele e com ele se compromete na busca de realização do trabalho de

> conscientização, pelo processo de tomada de consciência crítica da realidade que se desvela progressivamente. Por fim, do marxismo utiliza o conceito de práxis como uma atividade transformadora, ao tornar possível a passagem da teoria à prática, consciente entre pensamento e ação intencionalmente realizada (BORILLE et al., 2012, p. 210).

Podemos apontar, assim, uma segunda concepção pedagógica, cujas bases filosóficas são diversas da Pedagogia das Competências, embora contenham aproximações, como a valorização da atividade prática.

Como visto acima, uma das correntes filosóficas tributárias da Metodologia Problematizadora é o humanismo. Esse é um elemento importante que compõe a perspectiva do PPC, reafirmado no pressuposto do "Currículo Baseado no Humanismo". No entanto, o Humanismo é um termo polissêmico, passível de várias interpretações. Do ponto de vista da filosofia clássica, compreende concepções que colocam o ser humano no centro de suas preocupações e reflexões. Assim, além do Humanismo Clássico, poder-se-ia citar o Humanismo renascentista, o Humanismo racionalista, assim como uma miríade de escolas filosóficas que deitam raízes sobre esse conceito, como a Fenomenologia e o Existencialismo. Ora, o próprio materialismo histórico-dialético apresenta correntes que reivindicam para si a herança humanista do Iluminismo (COUTINHO, 2010). Porém o que se depreende da leitura do PPC quanto a esse quesito é a influência da Bioética e, sobretudo, de uma Ética na compreensão do que seria um "Currículo baseado no humanismo".

Essa Ética, por sua vez, remeteria ao amplo e multifacetado movimento sócio-cultural da "pós-modernidade", do qual Boaventura de Sousa Santos e Edgar Morin são talvez os mais importantes teóricos, o primeiro dentro da corrente que ele mesmo cunhou de "pós-modernidade de contestação" (GONÇALVES, 2011), e o segundo a partir do chamado Pensamento Complexo ou Teoria da Complexidade. Essa influência fica clara quando se diz que "é no cotidiano de nossas práticas que podemos construir uma ética 'que alimente o desejo de todos os homens de buscarem menos sofrimento para si e para outro, impedindo-os de separar espaços de cidadania na vida cotidiana'" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 25), reafirmando a concepção de ser humano como um conjunto de possibilidades históricas. Trata-se de uma ética que não teria

objetividade natural e sim, objetividade social, dependendo das ações dos homens. (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

A influência do pensamento pós-moderno desses autores se estende para dois outros atributos levantados no “Marco Teórico” do PPC: o “Ser Humano e a Pesquisa como Eixo Condutor do Ensino”, em que essa Ética atravessaria e nortearia a compreensão de ambos. Dessa forma, ao se reivindicar um “novo paradigma ‘de um conhecimento prudente para uma vida decente’”; a compreensão do ser humano “na sua complexidade como um ser biológico, cultural, histórico, social e lingüístico”, “não tendo ‘uma identidade fixa e estável, mas identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas’”; a constatação de que “frente à complexidade do real não há saber único, como também não há resposta única”; e a “busca da interconexão entre saberes discursivos, na articulação teoria-prática, nas melhores evidências científicas para assegurar uma prestação de serviços de qualidade” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 25), enfim, perante essas afirmações temos fortes evidências do pensamento pós-moderno do filósofo português, em especial quando as relacionamos com sua proposta de Ecologia de Saberes:

> Não se trata de “descredibilizar” as ciências nem de um fundamentalismo essencialista “anticiência”; como cientistas sociais, não podemos fazer isso. O que vamos tentar fazer é um uso contrahegemônico da ciência hegemônica. Ou seja, a possibilidade de que a ciência entre não como monocultura mas como parte de uma ecologia mais ampla de saberes, em que o saber científico possa dialogar com o saber laico, com o saber popular, com o saber dos indígenas, com o saber das populações urbanas marginais, com o saber camponês. Isso não significa que tudo vale o mesmo. [...] Somos contra as hierarquias abstratas de conhecimento, das monoculturas que dizem, por princípio, “a ciência é a única, não há outros saberes”.
>
> [...] Não é possível hoje uma epistemologia geral, não é possível hoje uma teoria geral. A diversidade do mundo é inesgotável, não há teoria geral que possa organizar toda essa realidade. Estamos em um processo de transição, e provavelmente o possível seja o que chamo de um universalismo negativo: neste momento, neste trajeto, não necessitamos de uma teoria geral. Não é possível, e tampouco desejável, mas necessitamos de uma teoria sobre a impossibilidade de uma teoria geral. Estamos de acordo que ninguém tem a receita, ninguém tem a teoria (SANTOS, 2007 *apud* GONÇALVES, 2011, p. 7).

Dentro desse quadro geral, uma Ética estaria implicada na abordagem do ser humano, das ciências, do conhecimento e da pesquisa, estimulando, dessa forma, uma relação dialógica decorrente da vontade de conhecer para compreender, ao invés de conhecer para dominar ou para ditar um conjunto de regras e preceitos orientadores da conduta moral (OLIVEIRA; SILVA, 2000), como decorreria do postulado da primazia da ciência nos marcos da Modernidade. Essa perspectiva ética está em sintonia com as proposições de Edgar Morin ao sublinhar que todo conhecimento pode ser empregado para manipulação e que o pensamento complexo leva a uma ética da solidariedade e da não coerção (alimentando assim a ética), reivindicando uma "ciência com consciência", cujo princípio de ação não ordene, não manipule, não dirija, mas organize, comunique e estimule (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Para finalizar, o oitavo e último pressuposto do "Marco Teórico" do PPC é a "Flexibilidade Curricular", dentro da qual o currículo é compreendido como "terreno de produção e de política cultural", e não como um mero "veículo de algo a ser transmitido e passivamente absorvido", contrapondo à "rigidez da 'grade curricular'" uma "dinâmica flexível, onde a interdisciplinaridade e a participação do aluno são fundamentais na construção de uma formação crítica" (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p. 26). Essa perspectiva vai ao encontro do que afirma Lampert (2009) quando diz que o currículo deve ser considerado um artefato social e cultural, ou seja, localizado no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto, e que, portanto, ao se tratar de currículos, além das questões de procedimentos, de técnicas e de métodos, o fundamental seria incluir uma concepção crítica da realidade, guiada por abordagens sociológicas, políticas e epistemológicas.

Assim, analisando os fundamentos teóricos do Projeto Pedagógico do Curso, resta claro que essa concepção crítica da realidade é alcançada em seu texto. Partindo implicitamente de pressupostos comuns à problemática da chamada Medicina Rural, subárea do conhecimento ligada à Medicina de Família e Comunidade, o PPC apresenta grande ecletismo teórico e filosófico: flerta com o Materialismo Histórico e Dialético ou Filosofia da Práxis, que marca fortemente as concepções da Epidemiologia Crítica Latino-Americana (aqui fundamentando a compreensão da Medicina) e da Metodologia da Problematização (que estaria

subjacente à compreensão do aluno como sujeito e à integração Ensino-Serviço-Comunidade implícita no pressuposto da diversificação dos espaços de aprendizagem); referenciando-se na Pedagogia das Competências dentro do pressuposto da articulação dialética teoria/prática, dialoga com correntes filosóficas de cunho racionalista, individualista e neopragmatista; e, por fim, bebe de fontes importantes do dito movimento pós-moderno, mais especificamente a Pós-modernidade de Contestação de Boaventura de Sousa Santos e o Pensamento Complexo de Edgar Morin, que fundamentam uma compreensão ética do Ser Humano e da Ciência, a qual, por usa vez, norteia os pressupostos de currículos baseados no humanismo e da pesquisa como eixo condutor do ensino.

Se esse ecletismo em alguns momentos traz à tona contradições relevantes entre as diferentes correntes filosóficas, por outro lado está em perfeita sintonia com o princípio do pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas expressos no parágrafo III do Art. 206 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), bem como com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 que embasam o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de Cajazeiras, em especial no seu Art. 10, onde se afirma que o currículo deverá “contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural” (BRASIL, 2001, p. 4).

Além disso, considerando a necessidade de superação do Paradigma Flexneriano de Educação Médica, ao que se contrapõe o chamado Paradigma da Integralidade, pode-se afirmar que os pressupostos e fundamentos teóricos e filosóficos do curso de Cajazeiras se aproximam substancialmente do último em sua proposta pedagógica, pelo menos no plano teórico.

O modelo flexneriano se caracteriza por: predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; processo de ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; predominância da prática desenvolvida em hospital; capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e referência ao mercado de trabalho a partir do tradicional consultório, e do exercício da medicina de forma privada e médico-centrada (LAMPERT, 2009).

Por outro lado, o chamado paradigma da integralidade, embora tenha uma definição ainda difusa, tais quais os pressupostos e fundamentos do PPC em questão, nortear-se-ia por: abordagem do processo saúde-doença com maior ênfase no pólo saúde; processo ensino-aprendizagem centrado no estudante; desenvolvimento de atividades práticas na rede assistencial do SUS em seus diversos níveis de atenção, voltado para as necessidades básicas de saúde da população; valorização tanto da competência técnico-científico quanto da didático-pedagógica de seu corpo docente; e referência ao mercado de trabalho em saúde a partir da reflexão crítica sobre seus aspectos econômicos e humanísticos e suas implicações éticas (LAMPERT, 2009).

Assim, enquanto o paradigma flexneriano está fundado na chamada Biomedicina, o seu contraponto, o paradigma da integralidade, contemplará uma miríade de outras correntes filosóficas, algumas delas expressas no PPC do curso de Cajazeiras, diversas epistemologicamente, mas que têm em comum a crítica aos pressupostos positivistas e neopositivistas da Biomedicina.

4.2.2 Análise Curricular e Inserção da Saúde da Família e Comunidade e da Saúde Coletiva

Nesse momento, buscar-se-á descrever a estrutura curricular apresentada no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de Cajazeiras e analisar a inserção e articulação dos conhecimentos da Saúde da Família e Comunidade e da Saúde Coletiva dentro da mesma, tomando como referência as “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina”, elaboradas conjuntamente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

O Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras caracteriza-se por funcionar em tempo integral com regime modular e entrada anual de 30 estudantes. Sua integralização deve ocorrer em pelo menos 12 períodos e no máximo 18, com carga horária por semestre letivo de no mínimo 420 horas (28 créditos) e no máximo 660 horas (44 créditos), à exceção do Internato (estágios supervisionados), quando a

carga horária mínima e máxima são, respectivamente, 405 horas (27 créditos) e 855 horas (57 créditos) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a, p.37).

Sua estrutura curricular está baseada nos seguintes critérios: integração de áreas do conhecimento em módulos temáticos, composição de componentes curriculares básicos, composição de componentes curriculares complementares, integração horizontal e vertical de módulos, flexibilidade curricular e múltiplos cenários de aprendizagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

Os módulos temáticos podem ser classificados em: Módulos Básicos Obrigatórios, Módulos Complementares Obrigatórios ou Módulos Optativos. Os Módulos Básicos Obrigatórios (51,14% da carga horária) se associam ao Estágio Curricular Supervisionado (41,06%) e ao Trabalho de Conclusão do Curso (0,57%) enquanto Componentes Curriculares Básicos (92,77%). Já os Módulos Complementares Obrigatórios (4,18%) se associam aos Módulos Optativos (1,52%) e às Atividades Flexíveis (1,52%) enquanto Componentes Curriculares Complementares (7,22%) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

Os Módulos Básicos Obrigatórios são constituídos por núcleos de conhecimentos afins e podem ser de tipo seqüencial, ou seja, se desenvolvem integral e intensivamente antes de se iniciar o próximo, dentro do mesmo semestre, como é o caso dos módulos dos sistemas do corpo humano (urinário, respiratório, etc); ou de tipo longitudinal, em que as aulas ocorrem extensivamente em momentos semanais até o fim do semestre letivo, como é o caso de Semiologia, por exemplo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a). Além disso, os diferentes módulos da Saúde da Família e Comunitária (I a VII). Que são longitudinais em cada semestre, quando tomados conjuntamente são considerados módulos transversais, estendendo-se do 2º ao 8º período do curso.

O Estágio Curricular Supervisionado (Internato) contempla 3.240 horas, das quais 80% devem ser destinadas a atividades práticas, sendo os 20% restante dirigidas a aulas teóricas, seminários, etc. São ofertados oito estágios: Clínica Médica I e II, Pediatria I e II, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Cirúrgica e Saúde

Coletiva I e II, cada qual com carga horária de 405 horas. Destaque-se que o Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva I está voltado para municípios de médio e grande porte, enquanto o de Saúde Coletiva II está voltado para municípios de pequeno porte, com marcante ruralidade, contemplando aspectos da chamada Medicina Rural (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

Os Módulos Complementares Obrigatórios contribuem para a compreensão dos determinantes sociais, históricos, culturais, humanísticos, comportamentais, psicológicos, metodológicos, bioestatísticos, administrativos e de medicina legal, auxiliando na aquisição de capacidades necessárias para a realização de pesquisas epidemiológicas e científicas, e na execução de outras atividades profissionais que podem ser exercidas pelos médicos. São eles: Introdução à Medicina, Iniciação Científica, Psicologia Médica, Inglês Instrumental, Gestão e Administração, Ética, Bioética e Medicina Legal, e Seminários de Pesquisa. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a)

Os Módulos Optativos permitem ao estudante escolher livremente as áreas temáticas que lhe interessam. Entre eles, estão os chamados Tópicos Especiais em Medicina (T.E.M), dentre os quais destacamos o T.E.M. Educação Médica e Necessidades Sociais em Saúde, ofertada no primeiro período do curso, e que introduz desde o início do curso o debate sobre as mudanças necessárias da Educação Médica brasileira (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

As Atividades Complementares Flexíveis, por sua vez, estimulam e possibilitam ao discente a experiência em atividades técnicas, científicas, artísticas e culturais, de acordo com sua preferência, contemplando monitoria, extensão universitária, iniciação científica, participação e apresentação de trabalhos em eventos científicos, movimento estudantil, entre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

Por fim, o Trabalho de Conclusão de Curso, o qual deve ser apresentado no último período do curso, quando integralizados todos os demais componentes curriculares. Maiores informações podem ser obtidas no Anexo I, onde se detalha a grade curricular do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2013a).

Considerando a perspectiva do curso, que tem na Saúde Coletiva e na Medicina de Família e Comunidade seu principal fio condutor, caberia aqui descrever de que modo se dá a inserção de tais conteúdos ao longo da graduação em Cajazeiras.

Entre os Módulos Básicos Obrigatórios essas áreas do conhecimento são contempladas nos módulos de Saúde da Família e Comunitária I a VII, que, como dito anteriormente, vão do 2º ao 8º período, buscando gradativamente incorporar os conhecimentos do campo da Saúde Coletiva e da Epidemiologia e agregar o treinamento das abordagens comunitária, familiar e individual, bem como os conhecimentos clínicos que paulatinamente os estudantes vão adquirindo ao longo da graduação, num contínuo de aquisição de competências, habilidades e atitudes fundamentais no trabalho em atenção primária à saúde.

A Saúde da Família e Comunitária I é um módulo de 30 horas (02 créditos) ofertado no segundo período em que se busca introduzir os debates mais gerais da Saúde Coletiva. Nele se prepara a inserção gradativa na realidade de saúde do Brasil e em seu complexo sistema de saúde, onde se dará a futura atuação profissional, de modo a contribuir com a formação de médicos alinhados com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, capazes de refletir criticamente acerca da realidade de trabalho em que vão atuar e com iniciativa e engajamento na transformação da realidade de saúde de nosso país. Contempla os seguintes objetivos: entender o que é o processo saúde-doença e como esse conceito evoluiu historicamente até os dias atuais; compreender o que são modelos técnico-assistenciais, como eles se relacionam e refletem as concepções do processo saúde-doença e como evoluíram historicamente; estudar a história das políticas de saúde no Brasil e o Movimento da Reforma Sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde; analisar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes organizativas e os problemas hoje enfrentados para a sua consolidação; conhecer os principais aspectos e contradições do modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde; reconhecer o papel das lutas populares e a participação social na construção histórica das políticas de saúde no Brasil; e estudar os diversos modelos de sistema de saúde que há pelo mundo, de modo a buscar elementos teóricos para entender a realidade do SUS. Destaque-se nesse módulo a metodologia de construção de vivências comunitárias em regiões de

acampamento / assentamento rural e em associações de catadores de lixo, de modo a sensibilizar o corpo discente quanto ao debate sobre o processo saúde-doença, tendo como critério de avaliação a elaboração de portfólio com registro da experiência, o qual se soma à avaliação teórica e à apresentação de seminários sobre sistemas comparados de saúde.

A Saúde da Família e Comunitária II é um módulo de 60 horas (04 créditos) ofertado no 3º período, onde se introduz os conhecimentos mais gerais da epidemiologia, bem como se contempla a o estudo da Vigilância em Saúde.

Na Saúde da Família e Comunitária III (60 horas e 04 créditos), ofertada no 4º período, trabalham-se os conteúdos próprios da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica, de modo a introduzir os estudantes na realidade do trabalho na ponta da atenção básica, sobretudo a partir da aquisição de habilidades e atitudes no âmbito da abordagem comunitária e familiar do cuidado. Busca-se, ainda, analisar criticamente o processo de medicalização das práticas em saúde e entender *in loco* o processo saúde-doença das famílias pertencentes às comunidades ao redor do *campus* universitário. Assim, o conteúdo programático contempla: histórico, concepções e princípios da Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Educação Popular em Saúde; abordagem comunitária e territorialização; abordagem familiar e visita domiciliar; Abordagem Centrada na Pessoa; desmedicalização, abordagem da polifarmácia e prevenção Quaternária; Práticas Integrativas e Complementares; e introdução à Clínica Ampliada. O elemento diferencial desse módulo é a inserção comunitária dos estudantes nos bairros da zona norte da cidade, onde fica o *campus*, acompanhando em especial o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, e o acompanhamento de famílias com as quais manterão uma regularidade de visitas até o 8º período do curso, buscando materializar as discussões sobre processo saúde-doença, vínculo, abordagem familiar e comunitária e aspectos e ferramentas da Clínica Ampliada, como o Projeto Terapêutico Singular, focando a aprendizagem nos aspectos do Cuidado. Assim, além de provas teóricas, são avaliados os diagnósticos integrais das famílias acompanhadas, bem como a realização de um seminário sobre o livro *Saber Cuidar*, do teólogo Leonardo Boff, dando concretude ao princípio da interdisciplinaridade.

O módulo Saúde da Família e Comunitária IV (60 horas e 04 créditos), ofertado no 5º período, prioriza a inserção dos estudantes na comunidade a partir do acompanhamento das famílias às quais eles se vincularam no módulo anterior, dessa vez aprofundando a abordagem familiar e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares completos, incorporando e reformulando os diagnósticos integrais trabalhados no semestre prévio. Além disso, é a partir dele que são introduzidos os temas clínicos referentes à prática ambulatorial na APS, contemplando as linhas prioritárias do Ministério da Saúde e algumas áreas especiais, em diálogo com os demais módulos clínicos ofertados a cada período letivo, contribuindo, assim, para o gradual ganho de habilidades e atitudes no cuidado, especialmente das famílias que acompanham. Assim, seus objetivos são: abordar as linhas de cuidado no controle de Hipertensão Arterial Sistêmica, Tuberculose e Doenças Respiratórias Crônicas e Doença Renal Crônica (em paralelo ao módulo Clínica Médica I); entender o que são os Programas Organizados de Rastreamento Clínico, seus limites e polêmicas, à luz da Epidemiologia Clínica e da Medicina Baseada em Evidências; refletir criticamente sobre a prática clinica tradicional, as peculiaridades da clínica no ambulatório geral, e aprofundar o estudo da Clinica Ampliada na Atenção Básica; além de trabalhar os conceitos da Abordagem Familiar. O diferencial nesse módulo é sua Metodologia de Problematização a partir de Grupos Tutoriais destinados a debater os Projetos Terapêuticos Singulares de cada família acompanhada, em processo de avaliação permanente. Ao final, além de provas teóricas, tem-se um seminário sobre a construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.

No módulo Saúde da Família e Comunitária V (60 horas e 04 créditos), ofertado no 6º período, os estudantes seguem no acompanhamento das famílias com as quais se vincularam desde a Saúde da Família e Comunidade III, buscando a implementação os Projetos Terapêuticos Singulares elaborados na Saúde da Família e Comunidade IV, e reavaliando-os ao final do semestre letivo. Além disso, os discentes são introduzidos na prática clínica do ambulatório geral em Unidades de Saúde da Família, sob supervisão de preceptores da rede e de docentes, num processo de aquisição de competências, habilidade e atitudes que vá crescentemente gerando autonomia dentro do ambulatório até o 8º período, consolidando-se no Internato. Essa ênfase no exercício prático da clínica na APS,

também cumpre o papel de ofertar possibilidade de treinamento prático da clínica, considerando as dificuldades de campo de prática que o curso vivencia. Dando seqüência aos módulos anteriores, abordam-se as linhas de cuidado no controle do Diabetes Melitus, dos pacientes que vivem com HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, na Saúde do Homem e na Saúde Mental, na perspectiva da Atenção Psicossocial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando diálogo com o módulo Clínica Médica II, ofertado no mesmo período. O tema da Reforma Psiquiátrica motiva os seminários no final do semestre, que compõem a avaliação junto com as provas teóricas e a supervisão das visitas às famílias, da execução dos PTS e das atividades práticas nos ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde.

No módulo Saúde da Família e Comunitária VI (60 horas e 04 créditos), ofertado no 7º período, prevê-se a continuidade ao processo de acompanhamento das famílias no território em processo de reavaliação permanente dos Projetos Terapêuticos Singulares, assim como se mantém a perspectiva de vivência prática no ambulatório geral nas UBS. Além disso, trabalham-se as linhas de cuidado aos pacientes portadores de Hanseníase, a abordagem às parasitoses intestinais e doenças diarréicas, anemias e outras doenças carenciais na atenção básica, bem como a atenção domiciliar.

Por fim, o módulo Saúde da Família e Comunitária VII (60 horas e 04 créditos), ofertado no 8º período, segue a mesma perspectiva dos dois módulos anteriores quanto ao seguimento das famílias e a prática ambulatorial, trabalhando as linhas de atenção à Saúde da Criança, à Saúda da Mulher, à Saúde Sexual e Reprodutiva, e à Assistência Humanizada ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, buscando dialogar com os demais módulos básicos obrigatórios do semestre (saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher). A avaliação conta, além da prova teórica, com a reavaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares, com a avaliação prática nos ambulatórios e com a apresentação de seminário sobre a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI.

Além desses sete módulos básicos obrigatórios, a grade curricular do curso prevê a oferta de módulos complementares obrigatórios e módulos optativos que

fazem parte do campo de conhecimentos da Saúde Coletiva ou estão sob a responsabilidade de docentes desta área.

A Introdução à Medicina é um módulo complementar obrigatório (60 horas e 04 créditos) ofertado no 1º período do curso.

Ainda no 1º período é ofertado o módulo optativo Tópicos Especiais em Medicina (TEM) – Educação Médica e Necessidades Sociais em Saúde, com 30 horas e 02 créditos, que busca discutir as mudanças na Educação Médica no país atreladas às disputas de concepção de educação e de universidade, às características do mercado de trabalho em saúde, às necessidade sociais em saúde e aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, contrapondo visões corporativas e inserindo espírito crítico em torno do mundo do trabalho e da formação médica. Metodologicamente, funciona a partir de Grupos Tutoriais e apresentação de seminários abordando os seguintes temas: concepções de educação e universidade; humanização do trabalho em saúde; história, avanços e desafios do sistema de saúde brasileiro; a ideologia dos cursos de medicina; metodologias ativas de aprendizagem (problematização e PBL); distribuição de profissionais de saúde no Brasil; mercado de trabalho em saúde e medicina; residência médica e relação com o SUS; e o modelo Flexneriano de Educação Médica.

No 7º período do curso, é ofertado o módulo complementar obrigatório de Gestão e Administração (30 horas e 02 créditos), o qual busca ofertar as noções básicas da gestão de serviços de saúde a partir de conceitos e princípios da administração, processo administrativo; organograma, cronograma; planejamento e programação em saúde.

Nesse mesmo período, é ofertado o módulo optativo Saúde do Trabalhador (30 horas e 02 créditos), cujos objetivos são: conhecer os princípios que norteiam o processo trabalho e saúde; identificar as situações de risco à saúde causadas por processos produtivos; descrever a etiopatogenia e fisiopatologia, o quadro clínico, o tratamento e as medidas de prevenção das enfermidades mais prevalentes nos diversos grupos de trabalhadores; proceder à investigação semiológica de enfermidades; conhecer as medidas de prevenção e controle que visam à proteção

dos trabalhadores; e conhecer a legislação na área de segurança do trabalho, bem como a rede de atenção à saúde do trabalhador.

Concluídos os módulos básicos obrigatórios, complementares obrigatórios e optativos, os estudantes seguem para os estágios supervisionados, cuja caracterização já foi feita anteriormente.

Assim, percebe-se que a inserção da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade, no que tange especialmente o ensino na Atenção Primária em Saúde, segue grande parte das diretrizes formuladas conjuntamente pela ABEM e SBMFC. No documento intitulado “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina” (DEMARZO et al., 2011), propõem-se algumas orientações no que tange a conteúdo, período, metodologia, cenário e docência/preceptoria, que podem ser assim sintetizadas:

- Quanto ao conteúdo, trabalhar a abordagem individual (com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa e na singularidade dos indivíduos) e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes da formação médica.
- Quanto ao período do curso, deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e, de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestres ou anos) do curso. Recomenda-se ainda o ensino da clínica do médico de família (método clínico centrado na pessoa), nos ciclos e anos intermediários (terceiro e quarto anos e períodos correspondentes).
- Quanto ao método, priorizar metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades, em ambiente multi e interdisciplinar. Destaquem-se as orientações referentes a estratégias que impliquem o estudante na corresponsabilização do cuidado, construção de projetos terapêuticos, e integração com outras disciplinas do Curso de Medicina.
- Quanto ao cenário, utilizar Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com

estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem. Além disso, recomenda-se priorizar as UBS onde há programa de residência em MFC e, preferencialmente, concentrar as atividades em determinado território ou distrito, a fim de permitir melhor acompanhamento, continuidade e contextualização do desenvolvimento das atividades.

- Por fim, quanto aos docentes e preceptores, é fundamental a participação do médico especialista em MFC, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS. A participação do Médico de Família e Comunidade na formação na APS será proporcionalmente maior na medida em que o curso avance para sua fase intermediária e final e os estudantes se insiram na abordagem clínica individual.

Considerando as diretrizes acima, fica clara a consonância dos sete módulos de Saúde da Família e Comunitária e dos estágios supervisionados em Saúde Coletiva I e II do Curso de Medicina de Cajazeiras. Contemplando o ensino desde o primeiro ano do curso (segundo período letivo), com experiências vivenciais em comunidades, seguido do ensino de abordagens coletivas do processo saúde-doença (epidemiologia e vigilância em saúde), o processo formativo vai adiante, com ênfase a partir do quarto período na abordagem comunitária e familiar nos territórios da zona norte da cidade, onde fica o *campus,* em especial naqueles cobertos pelas Unidades de Saúde da Família do Sol Nascente e do Posto de Atenção Primária à Saúde, dentro das quais se desenvolvem o Programa de Residência em MFC e onde, a partir dos anos intermediários (quinto a oitavo período), os estudantes passam a treinar a abordagem da clínica individual na APS. Ao longo dessa trajetória, são trabalhadas metodologias diferenciadas de ensino, como vivências, grupos tutoriais para acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares, seminários, etc., como descrito acima para cada módulo.

Chama atenção, no entanto, as insuficiências do curso em relação aos aspectos referentes ao quadro docente e de preceptores. Tomando como referência a carga horária dos módulos e componentes curriculares que contemplam os conteúdos da Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade e/ou estão sob responsabilidade de docentes dessas áreas, tem-se: os módulos básicos obrigatórios (Saúde da Família e Comunitária I a VII) somam 390 horas; os módulos

complementares obrigatórios (Introdução à Medicina) e optativos (Saúde do Trabalhador e Educação Médica e Necessidades Sociais em Saúde) totalizam 120 horas; os estágios supervisionados em Saúde Coletiva I e II compõem 810 horas. Assim, das 7.890 horas previstas para a integralização do curso, 1.320 horas (16,7%) estão sob responsabilidade do corpo docente da área de Saúde Coletiva. Considerando que esse grupo conta com apenas 07 professores, sendo 06 médicos de família e comunidade, ou seja, 14% e 12% do total de docentes, respectivamente, tem-se uma desproporção entre as demandas do curso e a oferta de professores na área.

Para além desse elemento quantitativo, a desproporção é ainda mais clara quando se tomam aspectos qualitativos, uma vez que, ademais do ensino, esses professores estão envolvidos em outras atividades. Dos seis docentes médicos de família, dois desenvolvem atividades administrativas como coordenadores de estágios supervisionados; uma é tutora e duas são supervisoras do Programa Mais Médicos para o Brasil, do qual a UFCG é a instituição de ensino supervisora no estado da Paraíba; um é presidente da Comissão de Residência Médica e outras duas são supervisoras do programa de MFC. Além disso, há que se considerar que a Saúde Coletiva e a MFC são os carros-chefes do curso, de onde partem a maioria das iniciativas diferenciadas no âmbito das metodologias de ensino e que demandam intenso trabalho de articulação do ponto de vista da integração ensino-serviço-comunidade. Quanto à preceptoria, as dificuldades em relação ao programa de residência em MFC na capacidade de atrair candidatos e fixá-los levam a um limite objetivo em seu quantitativo. Logo, fica evidente a insuficiência do corpo docente da área para dar materialidade à proposta pedagógica do curso com a qualidade desejada.

Ainda que com todas essas dificuldades referentes ao desenvolvimento das atividades docentes e de preceptoria na APS, o Curso de Medicina de Cajazeiras encontra-se alinhado com o que há de mais avançado nas formulações no âmbito da intersecção entre Educação Médica e Medicina de Família e Comunidade / Saúde Coletiva. Restaria agora analisar os demais aspectos do curso.

4.3 Entre a Intenção e o Gesto: o Curso de Medicina de Cajazeiras para além do papel

Foi possível verificar até aqui que tanto a fundamentação teórica e pressupostos do Curso de Medicina de Cajazeiras expressos em seu PPC quanto a sua estrutura curricular e inserção da Saúde Coletiva / Medicina de Família e Comunidade estão sintonizados com as propostas mais avançadas no campo da Educação Médica. Ou seja, do ponto de vista formal, o PPC do curso aproxima-se do Paradigma da Integralidade e aposta na Saúde Coletiva e na Medicina de Família e Comunidade como eixo longitudinal para a concretização de sua proposta pedagógica. Restaria, portanto, buscar analisar em que medida esse processo de mudança tem se materializado ou não no cotidiano do curso.

Para tanto, a fim de abordar a realidade do curso de forma mais sistemática, tomaremos como critérios os eixos e vetores levantados por Lampert (2009) no instrumento por ela criado, aperfeiçoado e apresentado no livro “Tendências de Mudanças na Formação Medica no Brasil: Tipologia das Escolas”. Tal instrumento, que teve como base aquele elaborado pela mesma autora em sua tese de doutorado (LAMPERT, 2002), recebeu contribuições no âmbito da Associação Brasileira de Educação Médica e é constituído por cinco eixos conceptuais de relevância na formação do profissional médico: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente. Contendo 17 vetores, o instrumento permite exercitar a percepção dos atores sociais da escola a respeito de como está sendo implementado o programa curricular da graduação com referência às DCN e fóruns nacionais e internacionais de Educação Médica. Cada vetor apresenta uma questão com três alternativas: nível 1 – escola tradicional; nível 2 – escola inovadora; e nível 3 – escola avançada. Uma das alternativas é escolhida como predominante pelo conjunto de atores sociais da escola reunidos – docentes, discentes e técnico-administrativos –, que acompanham e vivem a realização do currículo de graduação. Mediante consenso, marcam a alternativa percebida no conjunto do curso como predominante e identificam a(s) justificativa(s) e a(s) evidência(s) dessa situação (LAMPERT et al., 2009c).

No âmbito deste estudo, entretanto, não coube a aplicação desse instrumento aos membros do colegiado de curso, tal como originalmente proposto por Lampert, de forma que os resultados aqui expressos decorrem da experiência prévia do autor como Coordenador de Curso, Coordenador de Estágios Supervisionados e atual Coordenador da Comissão de Residência Médica. Logo, seus resultados não podem ser automaticamente generalizados e comparados aos de Lampert (2009), sendo necessário guardar as devidas ressalvas e desde já apontar a necessidade de uma pesquisa desse tipo contando com a participação dos diversos atores envolvidos com o curso de Cajazeiras. Por outro lado, acredita-se ser válida a abordagem das diversas dimensões do curso a partir desse instrumento, considerando a perspectiva exploratória desse estudo e, portanto, de aproximação com o objeto de pesquisa.

Sendo assim, tomando o Eixo I, que diz respeito ao Mundo do Trabalho, temos:

Vetor 01: Carência de Médicos e Emprego. Como podemos ver no início desse capítulo, o PPC do curso de Cajazeiras apresenta em sua “Justificativa” o debate sobre a má-distribuição de médicos e sua concentração nos grandes centros urbanos, além de que expressa em seus “Objetivos” contribuir para a regionalização da saúde e para a fixação de médicos na região. Logo, esta escola médica predominantemente, para a construção do projeto pedagógico, considera a carência de profissionais médicos para a atenção básica, ou seja, nível 3 – escola avançada.

Vetor 02: Base Econômica da Prática Médica. Considerando a influência da Epidemiologia Crítica Latino-Americana entre os “Marcos Teóricos” do curso, bem como a abordagem do tema nos módulos de Saúde da Família e Comunitária a partir dessa mesma perspectiva, além da existência de módulo optativo (Educação Médica e Necessidades Sociais em Saúde) que contempla a discussão sobre mercado de trabalho em saúde, pode-se dizer que este curso reconhece a existência da prática liberal e/ou assalariada e promove a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do médico, isto é, nível 3 – escola avançada.

Vetor 03: Prestação de Serviços. Aqui o Curso de Medicina de Cajazeiras atinge nível 02 – escola inovadora, pois, embora ele aborde com análise crítica a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc., entre

prestadores de serviços em saúde com repercussão na relação médico paciente (fato verificado nos módulos de Saúde da Família e Comunitária bem como nos módulos Introdução à Medicina e Educação Médica e Necessidade Sociais em Saúde), o que o classificaria como nível 3, ele não proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar, ou o faz de maneira pontual.

No que tange ao Eixo II, que se refere ao Projeto Pedagógico, verifica-se:

Vetor 04: Biomédico e Epidemiológico-Social. Levando em conta a influência no, “Marco Teórico” do PPC, de correntes filosóficas que se contrapõem ao positivismo que fundamenta a Biomedicina (como exposto anteriormente) e o aproxima do paradigma da integralidade, bem como a inserção e articulação da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade, também já descrita, pode-se afirmar que esta escola predominantemente enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Nível 3 – escola avançada.

Vetor 05 – Aplicação Tecnológica. Considerando a perspectiva geral da proposta do curso de trabalhar nos diversos níveis de atenção com ênfase na APS, expresso no pressuposto da “diversificação dos espaços de aprendizagem” presente na “Marco Teórico” do PPC, bem como a valorização na prática do cenário da Atenção Básica bem como de outros serviços da rede de saúde local de baixa e média densidade tecnológica, pode-se dizer que o curso analisa de forma crítica e ampla a tecnologia, o custo-benefício de sua aplicação, enfatizando a atenção básica, ou seja, nível 3 – escola avançada.

Vetor 06: Produção de Conhecimentos. Aqui o Curso de Medicina de Cajazeiras alcança nível 2 – escola inovadora. Isso porque, apesar de expressar no PPC o pressuposto da “pesquisa como eixo condutor do ensino”, e ser componente curricular obrigatório a apresentação de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o que “estimula a participação de discentes contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência” (LAMPERT, 2009, p. 297-298), o que o classificaria como nível 03, o desenvolvimento de pesquisas ainda é incipiente tanto no corpo docente quanto no discente, contemplando largamente necessidades de saúde com base em critérios

epidemiológicos e demográficos e em alguma medida aspectos sócio-econômicos, de modo que pesquisas no campo da atenção básica, da gestão do sistema de saúde, da interação escola-ensino-comunidade e processo ensino-aprendizagem ainda são marginais.

Vetor 07 – Pós-Graduação e Educação Permanente. Esse é um aspecto dentro do qual o Curso de Medicina de Cajazeiras tem dificuldade em se localizar entre os três níveis propostos, uma vez que o curso oferece hoje apenas um único programa de residência (o de Medicina de Família e Comunidade), e nenhum outro tipo de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado). Outra dificuldade de encaixar o curso nas alternativas propostas encontra-se no fato de que, apesar de não franquear programas de educação permanente aos profissionais da rede, o curso participa com seus professores do acompanhamento docente do Programa Mais Médicos para o Brasil, do qual a UFCG é instituição de ensino responsável na Paraíba. Diante disso, muito mais pelas ausências do que pelas insuficiências da concepção pedagógica e do formato em si da pós-graduação e da educação permanente, o curso de Cajazeiras ficaria no nível 1 – escola tradicional, que no instrumento contempla o seguinte texto: “oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente”. A considerar, no entanto, o único programa de residência e a responsabilidade frente ao PMMB, o mesmo poderia ser classificado como nível 2 – escola inovadora, o qual é assim descrito no instrumento: “oferece alguma das modalidades anteriores em campos gerais e especializados e busca educação permanente relacionada com o processo de trabalho”. Aqui se optou pela segunda classificação.

Em relação ao Eixo III (Abordagem Pedagógica), eis os resultados:

Vetor 08: Estrutura Curricular. De acordo com o que foi descrito e discutido na seção anterior, o Curso de Medicina de Cajazeiras tem currículo em grande parte integrado, áreas de prática real em atenção de adultos, Materno-Infantil, Saúde da Família, Medicina do Trabalho, etc., isto é, classifica-se em nível 3 – escola avançada.

Vetor 09: Orientação Didática. Apesar da proposta modular do curso, formulada na perspectiva de facilitar a integração multidisciplinar, esta só ocorre

residualmente no curso. Assim, por exemplo, um módulo como Clínica Médica II, o qual deveria integrar os conteúdos de Neurologia, Endocrinologia e Psiquiatria, na prática funciona como disciplinas separadas, com aulas que não dialogam. A exceção ocorre em alguns módulos do início do curso, que contemplam as disciplinas do que no modelo flexneriano se chamava ciclo básico. E algumas poucas experiências de diálogo entre módulos a partir da iniciativa de professores da área da Saúde Coletiva. Além disso, apesar do que está disposto no PPC, as aulas são centradas eminentemente no professor e as avaliações continuam focadas no aspecto teórico e conteudístico (quase nada em relação ao desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes), com poucos módulos buscando desenvolver outros métodos pedagógicos e avaliativos (os módulos de Saúde da Família e Comunitária são alguns dos poucos exemplos nesse sentido). Frente a isso, o Curso de Medicina de Cajazeiras enfatiza as aulas teóricas de exposição de disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor com avaliações escritas predominantemente de memorização, ou seja, classificação nível 1 – escola tradicional.

Vetor 10: Apoio e Tutoria. Embora os módulos de Saúde da Família e Comunitária trabalhem em alguns momentos a partir da Metodologia da Problematização, bem como utilizando grupos tutoriais (a exemplo da Saúde da Família e Comunitária IV), esses são espaços residuais. Apesar disso, as condições de infra-estrutura hoje são bastante razoáveis e a diminuição do número de ingressos anual ajuda no acompanhamento dos discentes por parte dos professores. Assim, esta escola predominantemente proporciona condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio com várias disciplinas, ou seja, Nível 2 – escola inovadora.

No que se refere ao Eixo IV, Cenários de Prática, vê-se:

Vetor 11: Local de Prática. Tanto pelo que está previsto no PPC, quanto pela dinâmica real do curso, em que a integração com a rede local não é apenas uma possibilidade, mas uma necessidade, sem a qual o curso é inviável, esta escola predominantemente utiliza as unidades dos níveis de atenção primária, secundária e

terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas. Portanto, nível 3 – escola avançada.

Vetor 12: Participação Discente. Considerando as enormes dificuldades de oferta de atividades práticas, em especial nos anos intermediários, conforme abordado anteriormente, e apesar da existência de laboratório de habilidades e da tentativa de se balancear esse deficiência com uma oferta mais intensiva de práticas na APS com ampla participação e protagonismo do estudante a partir dos módulos de Saúde da Família do sexto ao oitavo período, o curso predominantemente proporciona ao discente participação em atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas (anamnese, exame físico, coletas de material para exames, curativos, etc.). Logo, nível 2 – escola inovadora.

Vetor 13: Âmbito Escolar. Refletindo a dificuldade de materializar na prática a proposta multidisciplinar que embasa a perspectiva de um currículo modular, como discutido em relação ao vetor 03, e a despeito da inexistência de uma estrutura departamental (todos os professores são vinculados uma única Unidade Acadêmica), esta escola predominantemente oferece práticas ligadas aos departamentos (clínica médica, cirúrgica, etc.) e às disciplinas (cárdio, pneumo, nefro, gastro, dermato, etc.). Isto é, nível 1 – escola tradicional.

Finalmente, o Eixo V, o qual se refere ao Desenvolvimento Docente:

Vetor 14: Formação Didático-Pedagógica. O Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras não oferece e nem promove capacitação didático-pedagógica do corpo docente (ou raramente o faz). Portanto, nível 1 – escola tradicional.

Vetor 15: Atualização Técnico-Científica. Tal como no vetor anterior, e consoante com o que foi abordado a respeito do corpo docente na seção 4.1.5 deste trabalho, o Curso de Medicina de Cajazeiras atinge nível 1 – escola tradicional, uma vez que não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz) deixando por conta do próprio docente.

Vetor 16: Participação nos Serviços de Assistência. Levando em conta o histórico do curso na relação com serviços de saúde da região, em que alguns professores chegaram a assumir ou estão atualmente à frente de espaços decisórios

de serviços de saúde, como o Hospital Regional de Cajazeiras, bem como o vínculo de alguns docentes como profissionais desses serviços, pode-se afirmar que o curso procura estimular os docentes a participarem dos serviços e do planejamento do serviço de saúde, o que fazem esporadicamente, e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam da docência. Logo, nível 2 – escola inovadora.

Vetor 17: Capacitação Gerencial. O Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras não promove capacitação gerencial dos docentes, que assumem cargos administrativos institucionais de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção da escola, de hospital universitário. Nível I – escola tradicional.

O quadro 6 abaixo sintetiza a caracterização do Curso de Medicina de Cajazeiras a partir do instrumento de Lampert (2009):

Quadro 6 - Caracterização do curso de medicina a partir dos eixos e vetores do instrumento elaborado por Lampert (2009)

Eixos e Vetores	Alternativa
EIXO 01 – MUNDO DO TRABALHO	AVANÇADA
Vetor 1 – Carência de Médicos e Emprego	Avançada
Vetor 2 – Base Econômica da Prática Médica	Avançada
Vetor 3 – Prestação de Serviços	Inovadora
EIXO 2 – PROJETO PEDAGÓGICO	AVANÇADA
Vetor 4 – Biomédico e Epidemiológico-Social	Avançada
Vetor 5 – Aplicação Tecnológica	Avançada
Vetor 6 – Produção de Conhecimentos	Inovadora
Vetor 7 – Pós-Graduação e Educação Permanente	Inovadora
EIXO 3 – ABORDAGEM PEDAGÓGICA	INOVADORA
Vetor 8 – Estrutura Curricular	Avançada
Vetor 9 – Orientação Didática	Tradicional
Vetor 10 - Apoio e Tutoria	Inovadora
EIXO 4 – CENÁROS DE PRÁTICA	INOVADORA
Vetor 11 – Local de Prática	Avançada
Vetor 12 – Participação Discente	Inovadora
Vetor 13 – Âmbito da Escola	Tradicional
EIXO 5 – DESENVOLVIMENTO DOCENTE	TRADICIONAL
Vetor 14 – Formação Didático-Pedagógica	Tradicional
Vetor 15 – Atualização Técnico-Científica	Tradicional
Vetor 16 – Participação nos Serviços de Assistência	Inovadora
Vetor 17 – Capacitação Gerencial	Tradicional

Fonte: autoria própria

Considerando a predominância de determinado nível entre os vetores de determinado eixo, este foi classificado como tradicional, inovador ou avançado. Havendo “empate” entre três níveis alcançados nos vetores de um eixo, este foi considerado inovador. Assim, tomando a caracterização dos cinco eixos (02 avançados, 02 inovadores e 01 tradicional), poderíamos afirmar que o Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras apresenta um perfil Inovador com Tendência Avançada (Ia), de acordo com a classificação proposta por Lampert (2009). Logo, ele se encontra em consonância com a tendência de mudanças da Educação Médica em nível nacional. Lampert et al. (2009c), ao aplicar esse instrumento a um grupo de 28 escolas médicas, concluiu que 75% delas são de tipologia avançada (A) ou inovadora com tendência a avançada (Ia) para as transformações desejadas. Mais precisamente, a proporção dos perfis encontrados foi: Avançado (A) – 46,4%; Inovador com tendência avançada (Ia) – 28,6%; Inovador com tendência tradicional (It) – 14,3%; e Tradicional (T) – 10,7%. As tipologias T e It se correlacionam com o nível de inovação com características funcionais sistêmicas. As tipologias Ia e A se correlacionam com o nível das mudanças – com potencial para produzir uma mudança do modelo de atenção (LAMPERT et al., 2009c).

É interessante também comparar os resultados obtidos para cada eixo e vetor com aqueles alcançados nesse estudo com 28 escolas médicas, de modo a verificar os nós críticos do curso. Assim, tomando como referência para cada eixo e vetor o maior percentual alcançado para determinado nível de resposta da percepção dos atores sociais dessas 28 escolas que participaram do estudo de Lampert et al. (2009c), tem-se o quadro 7 abaixo:

Quadro 7 - Comparação entre o curso de medicina da UFCG-Cajazeiras e a média de 28 escolas médicas, por eixos e vetores

Eixos e Vetores	UFCG-Cajazeiras	Média das 28 escolas
EIXO 01 – MUNDO DO TRABALHO	AVANÇADA	AVANÇADA 53,7%
Vetor 1 – Carência de Médicos e Emprego	Avançada	Avançada 71,4%
Vetor 2 – Base Econômica da Prática Médica	Avançada	Inovadora 53,6%
Vetor 3 – Prestação de Serviços	Inovadora	Avançada 42,8%
EIXO 2 – PROJETO PEDAGÓGICO	AVANÇADA	AVANÇADA 71,4%
Vetor 4 – Biomédico e Epidemiológico-Social	Avançada	Avançada 67,9%

Vetor 5 – Aplicação Tecnológica	Avançada	Avançada 57,1%
Vetor 6 – Produção de Conhecimentos	Inovadora	Avançada 46,4%
Vetor 7 – Pós-Graduação e Educação Permanente	Inovadora	Inovadora 50,0%
EIXO 3 – ABORDAGEM PEDAGÓGICA	INOVADORA	AVANÇADA 45,2%
Vetor 8 – Estrutura Curricular	Avançada	Avançada 46,4%
Vetor 9 – Orientação Didática	Tradicional	Avançada 57,1%
Vetor 10 - Apoio e Tutoria	Inovadora	Inovadora 60,7%
EIXO 4 – CENÁROS DE PRÁTICA	INOVADORA	AVANÇADA 64,2%
Vetor 11 – Local de Prática	Avançada	Avançada 75,0%
Vetor 12 – Participação Discente	Inovadora	Avançada 75,0%
Vetor 13 – Âmbito da Escola	Tradicional	Avançada 42,8%
EIXO 5 – DESENVOLVIMENTO DOCENTE	TRADICIONAL	INOVADORA 69%
Vetor 14 – Formação Didático-Pedagógica	Tradicional	Inovadora 39,2%
Vetor 15 – Atualização Técnico-Científica	Tradicional	Inovadora 71,4%
Vetor 16 – Participação nos Serviços de Assistência	Inovadora	Inovadora 50,0%
Vetor 17 – Capacitação Gerencial	Tradicional	Inovadora 43,4%

Fonte: autoria própria

Analisando o Eixo I, verifica-se conformidade da tendência global avançada do Curso de Medicina de Cajazeiras com a da maioria das demais escolas do estudo. Contudo há pequenas diferenças quando se analisa cada vetor. Segundo Lampert et al. (2009a), as escolas médicas brasileiras tratam de aspectos do Mundo do Trabalho no curso de graduação ainda com certa parcimônia, porque entendem serem temas recentes e que extrapolam o âmbito de sua influência. Ao construírem seu projeto pedagógico, reconhecem com freqüência a carência de médicos para a Atenção Básica e as possibilidades de emprego, e têm presente a existência de uma prática médica liberal e assalariada, bem como a influência destes aspectos na formação profissional. Quanto às formas de prestação de serviços, em especial as que são intermediadas por instituições que compram e vendem serviços, as escolas médicas têm tido dificuldade em abordá-las de forma crítica e construtiva, mas

proporcionariam exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar. Em Cajazeiras, por sua vez, essa abordagem é feita criticamente, porém esse exercício didático pedagógico em equipe multidisciplinar não é alcançado. Lampert et al. (2009a) argumenta que a entrada do profissional médico no mercado da prestação de serviços na área de saúde, com participação em cooperativas e atividades empresariais no sistema de organização e venda de serviços, pode ser um aspecto que dificulta uma análise mais crítica e reflexiva na forma da organização e do assistir em saúde. Por sua vez, devem-se considerar as fragilidades do setor privado em saúde na cidade de Cajazeiras, onde não há hospitais particulares ou filantrópicos e o setor privado concentra-se em clínicas e serviços de diagnóstico complementar que giram em torno dos serviços públicos (em especial do Hospital Regional) e dependem, para sua sobrevivência, da manutenção da relação público-privada em razão do minguado mercado consumidor em saúde numa cidade com poder aquisitivo baixo. Ou seja, a hipotrofia de uma corporação médica privatista pode ser a chave explicativa para uma maior permeabilidade do debate crítico sobre esse tema na proposta pedagógica do curso.

Em relação ao Eixo II – Projeto Pedagógico, reafirma-se o que já foi exposto nas duas seções anteriores, isto é, do ponto de vista de sua concepção teórica (verificada a partir dos vetores 4 e 5), o Curso de Medicina de Cajazeiras apresenta uma proposta avançada, mas tem dificuldades em concretizá-la na prática, o que se depreende dos vetores 06 e 07, em que só alcança o nível 2. Isso encontra ressonância também com artigo de Abdalla et al. (2009), que utilizou o mesmo grupo de 28 escolas, focalizado sua análise no Eixo II. Neles os autores concluem que existem mais avanços na construção teórica do projeto pedagógico do que na sua operacionalização, já que não basta apenas que ele atenda à dimensão pedagógica, mas também deve atender sua dimensão política, através da qual se traduz pensamento em ação. Assim, os resultados indicam que as transformações ocorridas nas escolas no plano das concepções têm menor força na prática (desenvolvimento de pesquisa e integração dos cursos de formação – graduação, pós-graduação e educação permanente), o que parece se justificar pelo fato de algumas instituições ainda se apresentarem com idéias teóricas tradicionais, preocupando-se mais com a transmissão do conhecimento do que com a produção deste e incentivando a participação discente.

No que diz respeito ao Eixo III – Abordagem Pedagógica, a grande divergência em relação ao conjunto das demais escolas se dá a partir do Vetor 9 (Orientação Didática), que traduz em larga medida a capacidade dos professores em executar a concepção pedagógica do curso. Desta forma, mais uma vez, apesar de uma proposta avançada, expressa no vetor 8 e que está consonante com o quadro geral das escolas em questão, a operacionalização da mesma não consegue se viabilizar adequadamente e nesse quesito o curso de Cajazeiras ainda apresenta um perfil Tradicional, rebaixando sua classificação global no Eixo III a Inovador. Perrenoud apud Aguilar-da-Silva et al. (2009) afirma que a integração entre teoria e prática não decorre magicamente da simples sucessão de tempo de formação e de tempo de estágios; ao contrário, a integração ocorre de fato quando os cenários utilizados são reais e permitem uma imersão do estudante, que passa a ser capaz de medir a distância entre a sua formação e as condições da prática. Assim, predominando ainda a ênfase em aulas teóricas isoladas, práticas eminentemente demonstrativas, a centralidade do processo ensino-aprendizagem no professor e avaliações conteudísticas, não é possível expressar o avanço teórico que o curso anuncia em seu PPC.

No que tange ao Eixo IV – Cenários de Prática, reflete-se mais uma vez as dificuldades na Integração Ensino-Serviço-Comunidade que acompanha o curso desde sua criação. Ainda que ela esteja presente como pressuposto do PPC e de fato ocorra, em especial a partir dos módulos de Saúde da Família e Comunitária, a forma como ela se dá ainda é insuficiente, pouco sistemática e extremamente dependente de iniciativa docente individual, esbarrando em limites relacionados à capacitação didático-pedagógica dos professores, insuficiência de atividades práticas (queixa freqüente de estudantes) e manutenção da fragmentação disciplinar dentro dos módulos. Isso, no entanto, também se verifica em outras escolas. Stella et al. (2009) afirma que, embora a maioria das escolas estejam classificadas no nível 3 no vetor 12, os outros 25% se percebem no nível 2, inovador, por haver ainda necessidade de maior integração entre teoria e prática; porque a supervisão docente não acontece durante todo o tempo, pois os alunos, em alguns momentos, ficam sob a orientação de médicos administrativos, residentes, internos; e por alguns cenários ainda estarem estruturados no modelo tradicional, fatos que também ocorrem em Cajazeiras. Já no vetor 13 (Âmbito Escolar), 57% se percebeu nos níveis 1 e 2. As

que se colocam como tradicionais (25%), como o curso de Cajazeiras, alegam problemas semelhantes, como práticas focadas nas especialidades e predomínio de disciplinas com práticas isoladas.

Outras dificuldades em comum seriam: resistência por parte de docentes e de disciplinas, inclusive quanto a práticas em hospitais de nível secundário e de serviços ambulatoriais; utilização de outros cenários de modo restrito a algumas disciplinas, como Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Medicina Social; a exigência, em relação ao vetor Participação Discente, de estratégias pedagógicas inovadoras que sinalizam para uma aprendizagem ativa por parte do estudante e demandam uma nova função docente, a de orientador e facilitador em metodologias ativas, reportando ao eixo Desenvolvimento Docente; e um planejamento das práticas ainda bastante conservador. Por fim, a perspectiva da integralidade no cuidado em saúde é a que mostra maior dificuldade, pois o vetor Âmbito da Escola evidencia um ensino tradicional, fragmentado em disciplinas, pautado em especialidades, falhando em proporcionar ao futuro profissional a vivência da demanda espontânea das necessidades de saúde durante a formação, com o exercício de identificar situações-problema, fazer diagnóstico diferencial em quadros clínicos e tratar e encaminhar de forma adequada, sabendo trabalhar em equipe (STELLA et al., 2009).

Por fim, o Eixo V – Desenvolvimento Docente é aquele em que o curso se apresenta com maiores limitações. Todavia, essa é uma realidade comum às demais escolas médicas. As tendências de mudanças no eixo Desenvolvimento Docente, na maioria das 28 escolas analisadas, são menos significativas que nos demais eixos, em especial quando se trata da Formação Didático-Pedagógica e da Capacitação Gerencial, aspectos relevantes da competência docente para imprimir mudanças na formação profissional (LAMPERT et al., 2009b). De acordo com Perim et al. (2009), o vetor Capacitação Gerencial é aquele em que menos se percebem mudanças, sendo que apenas 4 escolas se consideram avançadas, e as demais se dividem entre tradicionais (12) e inovadoras (12). E o que mais avança é a Participação nos Serviços de Assistência, em que 10 escolas se consideram avançadas e 15, inovadoras, sendo que apenas 3 se percebem como tradicionais, ressaltando-se a observação de que esse vetor tem uma relação direta com o eixo Cenários da

Prática, no qual os vetores Local de Prática e Participação Discente são os que mais têm avançado na percepção das escolas.

Essa tendência se reproduz no Curso de Medicina de Cajazeiras, com o agravante de que nele os níveis alcançados foram ainda mais insuficientes, classificando-o nesse último eixo como perfil tradicional. Para Campos et al. apud Perim et al. (2009), há farta evidência que demonstra a importância de programas de desenvolvimento docente no desencadeamento e estabelecimento de mudanças curriculares, podendo constituir o principal desencadeador dessas mudanças. Certamente, a falta de resposta a essa demanda é a razão principal da contradição fundamental do Curso de Medicina da UFCG *campus* Cajazeiras: um curso concebido a partir da perspectiva da transformação da Educação Médica, alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 que objetivam essa mudança, avançado no plano teórico, porém que não consegue expressar todo seu potencial na prática, alimentando ainda a distância entre intenção e gesto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi uma primeira tentativa de aproximação investigativa em relação ao Curso de Medicina de Cajazeiras, daí seu caráter descritivo e exploratório, em que se buscou abordar extensivamente diferentes aspectos desse objeto, de modo a expressar, em sua exposição crítica, toda a sua singularidade, síntese de determinações estruturais de caráter universal e de elementos particulares da realidade local. Evidentemente, a caracterização dessa singularidade já traz em si extrema relevância, especialmente para os atores locais envolvidos com o fenômeno, porém caberia também ao pesquisador tentar extrair aqui aqueles elementos que trazem implicações em âmbito universal, ou seja, no plano da Educação Médica em geral e das políticas públicas.

Nesse sentido, ao esmiuçar as particularidades da história do Curso de Medicina da UFCG-Cajazeiras, uma contradição se encontra presente desde o início, e seu desenvolvimento posterior certamente é a chave explicativa para a maioria dos problemas hoje enfrentados pelo curso: trata-se da tensão entre fatores externos e internos na sua implementação e consolidação, ou, dito de outra forma, o peso relativo entre os aspectos relacionados à capacidade instalada da rede de saúde local e à integração ensino-serviço e aqueles de caráter institucional inerentes à Universidade. Essa contradição estava expressa já no debate em torno de qual cidade deveria sediar o novo curso, em que a comissão designada para aquele fim afirmava que “a dificuldade para o funcionamento de um bom curso de medicina reside muito mais no eficiente funcionamento de uma rede que dê o correto suporte às atividades profissionalizantes” (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 39), enquanto a reitoria centrava sua argumentação sobre a capacidade física instalada de Cajazeiras, corpo docente e Projeto Pedagógico, além da relevância e do impacto social numa cidade com maiores debilidades de desenvolvimento.

Como se viu, o aspecto relacionado à rede local foi o pólo principal da contradição nos primeiros anos de existência do curso, e determinou em larga medida o foco das intervenções do mesmo. Para responder a isso, reduziu-se o número de entradas anuais e viabilizaram-se estágios supervisionados em outras

instituições (de modo a reduzir a pressão por campos de prática) e buscaram-se articulações de modo a tornar factível a construção de serviços próprios, como é o caso do Hospital Universitário Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello e de um segundo H.U. negociado junto à EBSERH, aumentando a capacidade assistencial instalada na cidade. Somente quando a tensão gerada pela insuficiência da rede local foi minimamente aliviada com essas medidas, os aspectos institucionais, em especial aqueles relacionados ao Desenvolvimento Docente, passam ao primeiro plano e ganham principalidade, como verificado a partir do instrumento de Lampert (2009).

Essa contradição ao longo do desenvolvimento histórico do curso parece ter bastante relevância do ponto de vista de políticas de expansão e interiorização do ensino de graduação em medicina. Ora, se a capacidade de absorção da rede local é elemento preponderante para o suporte a novos cursos, resta claro que isso deve ser considerado na sua abertura e que, portanto, o Estado brasileiro deve refletir no plano institucional e normativo essa relação entre os setores Educação e Saúde.

Nesse sentido são promissoras algumas mudanças trazidas no bojo da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (conversão da medida provisória nº 621, de 2013) que institui o Programa Mais Médicos. Nela, já em seu art. 1º, inciso IV, coloca-se como um dos objetivos “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira”; no art. 2º, inciso I, prevê a “reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos”; e o segundo capítulo é dedicado exatamente à autorização para funcionamento de cursos de medicina (BRASIL, 2013d). Nesse capítulo, destacam-se (grifos nossos):

> Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, **por instituição de educação superior privada**, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:
>
> **I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;**
>
> **II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;**

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, **o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público,** mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, **ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.**

(...)

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza. (BRASIL, 2013d)

Como destacado acima, enfatiza-se, tanto no processo de autorização de abertura quanto no de renovação de autorização de curso, a identificação das necessidades sociais na provisão de médicos para determinada região. Novas escolas passam a ser abertas não mais a partir exclusivamente da demanda de instituições de ensino superior junto à Secretaria de Regulação do Ensino Superior Seres/MEC, mas a partir de demandas reconhecidas junto ao Ministério da Saúde em processo de pré-seleção de municípios, para os quais é aberto edital de seleção das propostas das diversas instituições que porventura tenham interesse em abrir o curso naqueles locais. Dessa forma, o Estado estabelece melhor coordenação no processo de expansão da graduação de medicina, evitando concentração de vagas, competição entre diferentes instituições por campos de prática na rede SUS, bem como reconhecendo a capacidade da rede para sustentação do novo curso. Além disso, normatiza-se melhor o compromisso assumido pelos gestores públicos do SUS com os novos cursos nos municípios em questão, exigindo-se e especificando-se a disponibilidade de equipamentos públicos, programas e ações de saúde mínimos necessários ao bom funcionamento dos mesmos. Esse último elemento é melhor detalhado na Seção Única do Capítulo III, art. 12, que estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre Instituições de Ensino e os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde

> [...] com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica (BRASIL, 2013d).

Há que se considerar, entretanto, que a aposta do governo federal na expansão a partir do ensino superior privado encerra em si uma contradição que cedo ou tarde deverá repercutir negativamente do ponto de vista da formação médica a partir de um paradigma alternativo ao flexneriano e ao Modelo Médico-Hegemônico. Afinal, como esperar uma formação crítica ao processo de mercantilização da saúde se o seu desenvolvimento se dá em meio a uma concepção de educação que a toma enquanto mercadoria?

No plano institucional, a criação de uma Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) dentro da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu/MEC), bem como a atuação mais próxima e coordenada entre os Ministérios da Educação e da Saúde, também são aspectos relevantes e que em certa medida traduzem a necessidade aqui identificada a partir da experiência do curso de Cajazeiras.

Todavia, apesar dos avanços reconhecidos do ponto de vista das políticas públicas, sabe-se que não basta apenas a normatização e rearranjos institucionais para que o processo de mudança na Educação Médica ocorra, pois este, enquanto processo político, depende da capacidade de conquistar hegemonia na sociedade em torno de seu projeto alternativo. Isso também se depreende da experiência de Cajazeiras, a qual, tendo no plano teórico de seu PPC (tanto em sua fundamentação quanto em sua estrutura curricular) uma proposta avançada, verificada inclusive a partir do instrumento de Lampert (2009) nos Eixos I e II, apresenta dificuldade na sua materialização e operacionalização, como demonstram os demais eixos, em especial o de Desenvolvimento Docente.

Isso evidencia que a concretização do PPC não é algo natural ou automática, mas depende da ação de agentes em meio a disputa de projetos ou de concepções de Educação Médica subjacentes às instituições tanto do ensino superior brasileiro quanto do setor saúde. Tal disputa reflete a tensão entre atores que desejam (conscientemente ou não) a reprodução das estruturas sociais vigentes, e aqueles que desejam sua transformação. Ela perpassa todos os aspectos do curso aqui levantados e se explicita principalmente em seus pontos críticos, tais como o perfil do corpo docente necessário à execução do projeto pedagógico e o entendimento acerca do processo de integração ensino-serviço-comunidade e à forma como a demanda por hospitais universitários nele se insere.

Para ajudar na compreensão dessa disputa, recorre-se aqui a alguns conceitos (estrutura, prática, causalidade metonímica, e instituições e aparelhos) elaborados por Louis Althusser:

> [...] na perspectiva althusseriana, a “estrutura” é o “conjunto particular de valores” que orienta – limitando-a – a prática social. Mas a análise

> althusseriana da relação entre “estrutura” e “prática” não se esgota com a proposição dessa fórmula. Para a corrente althusseriana, é imperativo qualificar a natureza da relação existente entre os dois termos: uma causalidade metonímica. Essa expressão indica que a “estrutura” (causa) só existe concretamente através de seus efeitos: práticas dotadas de uma certa orientação valorativa. O caráter metonímico da causalidade estrutural reside, portanto, no fato de que a estrutura é imanente a seus efeitos, isto é, de que “toda existência da estrutura consiste em seus efeitos”.É nesse sentido que a estrutura se configura sempre uma “causa ausente”.
>
> As estruturas que compõem a “totalidade social” só existem concretamente, portanto, através das práticas, na medida em que é nas ações humanas que se corporificam - ou seja, se materializam – os valores estruturais (imateriais). Isso não significa, entretanto, que, para a corrente althusseriana, os agentes incorporem conscientemente tais valores e que, conseqüentemente, conheçam as estruturas. Os agentes são orientados inconscientemente pelas estruturas; estas permanecem, portanto *opacas* – não transparentes – para aqueles. Só a prática científica viabiliza o verdadeiro conhecimento das estruturas. Ao pesquisador praticante do materialismo histórico dialético incumbe buscar indícios das estruturas através da análise científica das *instituições* ou dos *aparelhos*: conjuntos de práticas regulares e organizadas que se desenvolvem em diversos terrenos da vida social, como o econômico, o ideológico, o jurídico-político, etc. As instituições ou aparelhos não coincidem com as estruturas. Estas se exprimem *de modo refratado e enviesado* naqueles; as regras institucionais – ou “regras de aparelho” – ao mesmo tempo ocultam (para os agentes) e indicam (para o cientista) a existência de valores estruturais subjacentes. (SAES, 2007, p. 32-33)

Assim, compreende-se porque parte significativa do corpo docente de discente do curso, diante dos desafios do mesmo, alimenta resistências a uma proposta pedagógica diferenciada, questionando inclusive a viabilidade de uma escola médica em regiões interioranas como a de Cajazeiras, e enveredando por saídas que, em última instância, reproduz o Modelo Flexneriano de Educação Médica:

> O equívoco fundamental é que a prática rural é, de alguma maneira, uma “prática médica de segunda classe”. A maioria dos estudantes de medicina tem um perfil urbano e, assim, não têm nenhuma experiência pessoal de vida e trabalho rurais. Além disso, a maioria dos professores “sênior” nas escolas médicas tem uma experiência e visão da medicina que os faz enxergar a prática hospitalar de ensino como a ideal. Conseqüentemente, eles assumem que a prática médica em áreas rurais sem as mesmas instalações e apoio, como hospitais de ensino, é de menor padrão.
>
> Um problema importante de atitude é a de “desamparo aprendido”. O mais alto que muitos dos novos graduados em medicina aspiram, ao lidar com problemas de saúde, é o de ser capaz de avaliar até para qual especialista encaminhar o paciente. Conseqüentemente, é uma perspectiva assustadora para eles contemplar a prática rural, na qual eles têm de gerir eles mesmos os problemas, sem acesso imediato às instalações de alta

> tecnologia médica e a especialistas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013, p. 26-27).

É dessa maneira que a “estrutura” econômica capitalista, por meio do Modelo Médico Hegemônico, reproduz-se nas “instituições” (ou “aparelhos”) Saúde e Educação. Um modelo de atenção define-se como a “lógica que orienta a ação e organiza meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde”, indicando “um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde” (PAIM, 2012, p.463). A reprodução do capital na saúde, portanto, molda, dentro desse Modelo Médico Hegemônico, valores e comportamentos (“práticas”: individualismo, consumismo médico, superespecialização, hospitalocentrismo, biologicismo, centralidade no profissional médico, participação passiva e subordinada de usuários tomados como consumidores, privilégio dos aspectos curativos do cuidado, etc.) voltados a atender a esse objetivo precípuo.

Eis a razão que explica a expectativa de que o Curso de Medicina de Cajazeiras só seria viável na medida em que contar com um Hospital Universitário de alta tecnologia, e de que não seria possível formar médicos com qualidade sem contar com toda a gama de especialistas e hiper-especialistas em seu quadro de professores. Isso nada mais é do que o modelo flexneriano reeditado por dentro das soluções de continuidade da proposta pedagógica do curso, de modo a reproduzir, por meio dessa “causalidade metonímica”, o Modelo Médico Hegemônico e a estrutura capitalista no processo de mercantilização da saúde. Explicitar esses valores estruturais subjacente à prática médica e ao ensino médico talvez seja a principal contribuição deste trabalho. Ao evidenciá-los, logo, ao tornar esse fenômeno consciente, espera-se conquistar atores para que se coloquem ativamente na perspectiva de construção de um novo paradigma de Educação Médica e de atenção à saúde.

Assim, enfrentar essa tendência de ressurgimento de uma concepção pedagógica tradicional exige respostas que, longe de fazer concessões ao modelo flexneriano, aprofundem o potencial transformador do PPC. Tais respostas, por sua vez, não se restringem ao âmbito de um curso de medicina isoladamente, mas

devem contemplar medidas em órbitas institucionais mais amplas, dentro da estrutura universitária, na relação com o setor Saúde, com entidade da sociedade civil, e em nível ministerial. Aqui, portanto, caberiam algumas sugestões ou recomendações que, longe da pretensão de definir saídas prontas e acabadas, buscam apenas desenhar, a partir da experiência de Cajazeiras, o esboço de uma agenda pública, a qual deve, necessariamente, ser debatida e enriquecida na construção coletiva com o conjunto de atores sociais envolvidos:

a) Quadro Docente: Tomando como premissa o fato de que uma formação generalista não é a simples superposição da intervenção de diversos especialistas focais ao longo dos seis anos do processo formativo de um médico, o Ministério da Educação deveria adotar medidas no sentido de induzir as escolas médicas a montarem um quadro docente composto majoritariamente por Médicos de Família e Comunidade e especialistas gerais (pediatras gerais, cirurgiões gerais, especialistas em clínica médica e ginecologistas e obstetras), reservando espaço menor para especialistas focais, naquilo que for demanda da própria rede de saúde local. Evidentemente isso encontraria dificuldades de materialização em escolas tradicionais, cujos quadros se encontram formados de longa data, mas poderia ser um eixo importante na conformação dos novos cursos em instituições públicas, cujos concursos ainda estão em aberto, e das escolas privadas, que têm maior maleabilidade na contratação de pessoal docente. Considerar esse aspecto como um dos critérios de avaliação para autorização e reconhecimento do curso poderia ser uma estratégia de indução de uma proporção mais equilibrada entre especialistas e generalistas na formação médica.
b) Seleção dos Professores Médicos: Além do perfil acadêmico mais equilibrado entre generalistas e especialistas, e considerando as particularidades de cursos interioranos relacionadas à fixação dos docentes médicos, tais como descritas para o curso de Cajazeiras, mereceria maior atenção a valorização, nos concursos públicos, de aspectos que permitiriam uma maior presença e participação desses médicos nas atividades do próprio curso e na relação com a rede de saúde, a exemplo do local de moradia e de trabalho do candidato, com

maior reconhecimento para aqueles que moram ou desenvolvem suas atividades assistenciais na cidade sede do curso.

c) Integração Docente-Trabalho: Considerando as especificidades do mercado de trabalho médico, em especial os múltiplos vínculos empregatícios e as profundas diferenças de rendimento entre o exercício de atividades assistenciais e a prática docente, discrepâncias ainda maiores em regiões interioranas; e tomando em conta a necessidade cada vez mais premente de integração entre docência e assistência, entre ensino e serviço, é preciso criar mecanismos que aprofundem a chamada integração ensino-serviço-comunidade. A articulação entre as instituições formadoras e serviços de saúde surge como necessidade nas últimas décadas do século XX e, inicialmente, foi abordada a partir do conceito de integração docente-assistencial. Tal conceito previa a participação de professores em outros serviços de saúde que não aqueles vinculados à estrutura universitária, a exemplo dos hospitais universitários, porém de maneira ainda muito pontual, irregular e numa perspectiva bastante unilateral. Ele passou a ser substituído pelo de Integração Ensino-Serviço e, posteriormente, por Integração Ensino-Serviço-Comunidade, na perspectiva de que essa articulação se tornasse mais intensiva e duradoura e de que tanto os serviços como os seus usuários não constituíssem um pólo passivo na relação, mas pudesse interferir no próprio processo formativo dos estudantes. O que se desenha, no entanto, a partir das demandas levantadas anteriormente, é um aprofundamento ainda maior nessa relação, em que se fusionem a perspectiva docente e do trabalho na assistência. Isso exige a criação de mecanismos institucionais que permitam o reconhecimento do exercício da medicina em serviços de saúde como parte da carreira acadêmica, como critério para progressão funcional e reconhecido dentro de plano de cargos, carreiras e salários do magistério superior. Ou seja, não basta ao docente médico a perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão, mas também a do exercício da profissão para a qual foi formado e pela prática da qual pode colaborar para formação de novos médicos. Enquanto isso não for enfrentado, manter-se-á a contradição de novos cursos com altas

proporções de professores de dedicação parcial, com sérias debilidades na relação com a rede de saúde local.

d) Titulação Docente: Para além das iniciativas próprias das instituições públicas de ensino superior a partir de seus planos de desenvolvimento institucional, é cada vez mais urgente a necessidade de uma política em nível interministerial para a oferta de pós-graduação *stricto senso* e de programas de doutorado especificamente para escolas médicas em regiões interioranas, articulando Ministério da Educação Ministério da Saúde, bem como instituições científicas de renome, como a Fundação Oswaldo Cruz.

e) Capacitação Gerencial e Didático-Pedagógica: Não basta que se registre nos projetos pedagógicos do cursos a adoção de novos formatos pedagógicos, é preciso “saber fazer”. Programas de pós-graduação *lato sensu* bem como eventos regionais, oficinas e cursos de capacitação na área da Administração e no âmbito das metodologias ativas de ensino-aprendizado, precisam ser fomentados. Parcerias com entidades científicas, a exemplo da Associação Brasileira de Educação Médica, devem ser construídas, visando a oferta regular de capacitação para os gestores e professores dos cursos de medicina, para a qual as chamadas Tecnologias da Informação aplicadas no Ensino à Distância podem ser de grande valia.

f) Rede Hospitalar: Preservar e aprofundar o processo de integração das escolas médicas com as redes de saúde locais é fundamental. Nesse sentido, é importante que a integração ensino-serviço continue sendo aspecto relevante nos critérios de avaliação das propostas pedagógicas dos cursos. Porém, quando da identificação de lacunas assistenciais e da possibilidade de construção de hospitais universitários, em especial em regiões que historicamente sofrem com iniqüidades na oferta de leitos e serviços de alta complexidade, como é o caso do sertão nordestino e da Amazônia legal, o planejamento e a inserção dos mesmos devem contemplar o atendimento da demanda real dessa rede, em profundo diálogo com os gestores municipais e estadual, bem como com a comunidade, de modo a evitar a conformação de uma “fortaleza” ou uma

"ilha" de assistência, ensino e pesquisa, sem interlocução com a realidade do SUS.

g) Seleção de estudantes: Embora as universidades tenham autonomia para estabelecer critérios de avaliação em seus processos seletivos que busquem construir ações afirmativas, e ainda que se tenha dado um grande passo com a Lei nº 12.711/2012, ainda são pontuais as escolas médicas que adotam critérios de valorização de candidatos oriundos de regiões interioranas. Assim, a adoção mecanismos legais para induzir a generalização de iniciativas como estas seria mecanismo importante para a democratização do ensino médico e da interiorização da saúde. Além disso, considerando a necessidade de enfrentar o modelo flexneriano em todos os momentos do curso, inclusive na seleção de candidatos, é de extrema relevância repensar os processos seletivos, para que não se centrem na valorização dos conhecimentos das ditas ciências naturais (biologia, química e física), o que molda um determinado perfil acadêmico teoricamente mais predisposto ao biologicismo fundante do paradigma em questão. Portanto, é preciso, já nos mecanismos de seleção, a urgente valorização de conhecimentos humanísticos, de modo a adequar o perfil dos novos discentes aos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Indo ainda mais além, tais processos seletivos deveriam contemplar também aspectos outros que não apenas o elemento cognitivo. Considerando que o objetivo precípuo das profissões na área da saúde é o cuidado, logo habilidades e atitudes relacionadas aos aspectos emocionais deveriam também ser contempladas, a exemplo de determinados cursos que exigem certas habilidades prévias, como Arquitetura e Música.

A agenda acima aponta algumas medidas concretas na direção da mudança do ensino médico, com propostas razoáveis cuja viabilidade, evidentemente, depende de iniciativa política dos diversos agentes envolvidos. Nesse sentido, é preciso reforçar a idéia de que o aprofundamento das transformações na Educação Médica depende eminentemente da ação política de sujeitos comprometidos com a transformação social em torno de um projeto societário que tenha na igualdade de

oportunidades, na justiça social e na solidariedade os referenciais éticos de um novo padrão de sociabilidade.

A atual crise política, que avassala o país e coloca em xeque o pacto democrático da década de 1980, expressa na Constituição Federal de 1988, rompendo com seus fundamentos, ao por em risco a conquista da saúde como direito de cidadania, põe também em perigo os avanços alcançados até aqui no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Educação Médica. Logo, mais do que nunca é preciso recompor um novo bloco histórico de forças capaz de salvaguardar tais conquistas democráticas e permitir avançar no processo de reformas da formação médica e da atenção á saúde. Nesse sentido, espera-se que o presente trabalho tenha jogado alguma luz sobre os caminhos trilhados até agora e nos obstáculos e encruzilhadas que se colocam nas veredas vindouras.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. et al. Projeto Pedagógico e as Mudanças na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 44-52, 2009a. suplemento. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/4741/S0100-55022009000500005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 jul. 2016

AGUILAR-DA-SILVA, R. H. et al. Abordagens Pedagógicas e Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 53-62, 2009a. suplemento. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/4742/S0100-55022009000500006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 jul. 2016

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf> Acesso em: 19 jul. 2016

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 61-67, jan.-jun. 2005. Disponível em: < http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia à Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783- 836

ANDREAZZI, M. de F. S. de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, jan.-jun. 2013. p. 275-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016

ARAÚJO, R. M. de L. As referências da pedagogia das competências. **Perspectivas**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 497-524, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9664/8885>. Acesso em: 4 ago. 2016

ARAÚJO, T. B**. Medicina em Cajazeiras respira aliviada: o curso de Medicina em Cajazeiras correu o risco de ser impugnado pelo MEC, porém, as medidas cabíveis foram tomadas e dificilmente isso ocorrerá**. [Campina Grande], Departamento de Sistemas e Comunicação da Universidade Federal de Campina Grande, 2010. Disponível em: <http://www.dsc.ufcg.edu.br/~pet/jornal/setembro2010/materias/ufcg.html> Acesso em: 6 jul. 2016

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista:** Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

BAPTISTA, C. M. et al. O Estado da Arte sobre o REUNI. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NAS AMÉRICAS, 13, **Anais...** Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/114850/2013278%20-%20O%20estado%20da%20arte%20sobre%20o%20Reuni.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 jul. 2016

BOITO JR., A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. In: FÓRUM ECONÔMICO DA FGV, 2012, São Paulo. **Anais eletrônicos...** [S. l.]. FGV, 2012b Disponível em: <http://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/file/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015

BOITO JR., A. Governos Lula: a nova burguesia nacional no poder. In: BOITO JR., A.; GALVÃO, A. **Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000**. São Paulo: Editora Alameda, 2012ª

BOITO JR., A. O lulismo é um tipo de bonapartismo? Uma crítica às teses de André Singer. **Crítica Marxista**. São Paulo, n.37, p.171-181, out. 2013. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/comentario51comentario51.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

BORILLE, D. C. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de caso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 209-216, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a24v21n1.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, **de 07 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Plano de Reestruturação do Hospital Júlio Maria Bandeira de Mello.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855500/PLANO+DE+REESTRUTURA%C3%87%C3%83O+HUJB.pdf/4ac11521-f168-43b4-b9b6-82a3b9591932 >. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.263, de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2007a. Seção 1, p. 34. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/12/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=212>. Acesso em: 4 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 79, de 19 de fevereiro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2013a. Seção 1, p. 42. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=42&data=20/02/2013>. Acesso em: 4 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**.** Brasília, 2014a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=>. Acesso em: 18 mai. 2015

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Despacho nº 283, de 18 de dezembro de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2014b. Seção 1, p. 154-155. Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/12/2014&jornal=1&pagina=154&totalArquivos=432>. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Portaria nº 359, de 10 de junho de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2014c. Seção 1, p. 19. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=19&data=11/06/2014>. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Portaria nº 78, de 05 de junho de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2012. Seção 1, p. 44. Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=06/06/2012>. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da Ducentésima Vigésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional De Saúde**. Brasília, 5-6 jul. 2011a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm>. Acesso em: 21 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Conjunta nº 4, de 3 de março de 2010.** Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) o PRÓ-INTERNATO em apoio ao internato médico realizado em Universidades Federais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0004_03_03_2010.html>. Acesso em: 6 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 29, de 12 de fevereiro de 2014. Homologa o resultado do processo de seleção das Propostas de Instituições Federais de Educação Superior (IFES) que se candidataram para participação no programa de apoio ao internato

médico em universidades federais - pró-internato e dispõe sobre o prazo para adequação das Propostas e apresentação de documentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2014d. Seção 1, p. 80. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=80&data=13/02/2014>. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 65, de 6 de dezembro de 2013. Seleção para o programa de apoio aos cursos de medicina em universidades federais pró-internato 2014/2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez. 2013b. Seção 3, p. 173. Disponível em: < http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=173&data=09/12/2013>. Acesso em: 7 jul. 2016

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Município de Sousa. **Termo de Ajustamento de Conduta**. Tem por objetivo garantir o funcionamento do Hospital Universitário Julio Bandeira nessa fase de transição administrativa e respaldar juridicamente a execução financeira de recursos federais recebidos pelo município em prol do HUJB no período compreendido de janeiro a junho de 2013, até que o novo modelo de gestão esteja implantado. Sousa, PB, 1 ago. 2013c

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 04 jul. 2016

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n° 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 04 abr. 2014

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 8 jul. 2016

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2011**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm>. Acesso em: 18 jul. 2016

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.863, de 24 de setembro de 2013**. Altera a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal; altera as Leis nºs 11.526, de 4 de outubro de 2007, 8.958, de 20 de dezembro de 1994, 11.892, de 29 de dezembro de 2008, 12.513, de 26 de outubro de 2011, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 91, de 28 de agosto de 1935, e 12.101, de 27 de novembro de 2009; revoga dispositivo da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011; e dá outras providências. Brasília, 2013e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12863.htm#art3>. Acesso em: 7 jul. 2016

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta:** Leitos, Paraíba, Cajazeiras, Atual. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=25&VMun=250370 >. Acesso em: 18 mai. 2015a

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta:** Leitos, Paraíba, Cajazeiras, Atual. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26&VMun=261110> . Acesso em: 8 jul. 2016

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Recursos Humanos:** Profissionais segundo CBO 2002, Médicos de Ago/2005 - Jul/2007. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/profidpb.def >. Acesso em: 04 abr. 2014

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Recursos Humanos:** Profissionais segundo CBO 2002 - Médicos de Ago/2007 – Mar/2015.

Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02pb.def >. Acesso em: 18 mai. 2015b

CAJAZEIRAS parte na frente: Laboratório de anatomia será inaugurado dia 13 de abril. **Sertão Informado Online**. 2007. Disponível em: <http://www.sertaoinformado.com.br/conteudo.php?id=4714&sec=&cat=Cidades>. Acesso em: 4 jul. 2016

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, Reforma do Estado e Políticas Sociais nas últimas décadas do Século XX no Brasil. **Aurora.** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 37-46, dez. 2008. Disponível em: < http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1192/1060>. Acesso em: 3 ago. 2016

CENTRO ACADÊMICO DE MEDICINA 16 DE JULHO. **Carta à Comunidade Acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande**. Cajazeiras, PB, 19 dez. 2013

CENTRO ACADÊMICO DE MEDICINA 16 DE JULHO. **Memorando nº 05, de 26 de novembro de 2014**. Fragilidades do curso de medicina da UFCG - Cajazeiras. Cajazeiras, PB, 2014

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde:** Termo de Referência para Seminário do CEBES. Rio de Janeiro, fev. 2009. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso_11301/17054949449031130159091.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016

CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA; FACULDADE SANTA MARIA. **Edital nº 03/2016/SES/CEFOR-RH/PB/FSM-PB**. João Pessoa, fev. 2016. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/e0edqzr1noxhdfa/Edital%20residencia..pdf?dl=0>. Acesso em 4. Ago. 2016

CHAGAS, Eduardo F. O Método Dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. **Síntese**. Belo Horizonte, v. 38, nº 120, p. 55-70, abr. 2011. Disponível em:

< http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1036/1460>. Acesso em: 3 ago. 2016

COMISSÃO aponta Patos. Reitor prefere Cajazeiras. **O Bê-Á-Bá do Sertão Online**. 2007. Disponível em: <http://www.obeabadosertao.com.br/v3/comissao_aponta_patos_reitor_prefere_cajazeiras__909.html>. Acesso em: 4 jul. 2016

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO. **Relatório**. Campina Grande, 2007. Disponível em: <http://150.165.111.213:8080/view/relatorio_comissao.pdf> Acesso em: 4 jul. 2016

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Suplemento. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 3. Ago. 2016.

COUTINHO, C. N. **O Estruturalismo e a Miséria da Razão.** 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis, v. 6, n 19, p. 145-50, abr.-jun. 2015. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/116/316>. Acesso em: 3 ago. 2016

DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE. **Ofício nº 850/2011-MEC/SESu/DHR/CGRS, de 23 de agosto de 2011**. Encaminha Parecer CNRM nº 147/2011, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011a

DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE. **Ofício nº 092/2010-MEC/SESu/DHR/CGRS, de 21 de janeiro de 2010**. Assunto: Credenciamento Provisório. Brasília, 2010

DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE. **Parecer SISCNRM nº 123/2012, de 09 de fevereiro de 2012**. Brasília, 2012

DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE. **Parecer nº 245/2011, de 22 de setembro de 2011**. Brasília, 2011b

FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE CAJAZEIRAS. **Nossa História.** Disponível em: < http://www.fescfafic.edu.br/index.php/institucional/nossa-historia>. Acesso em: 18 mai. 2015

FALEIROS, V. de P. et al. (Org.). **A Construção do SUS.** Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297 p.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>. Acesso em: 3. Ago. 2016

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GONÇALVES, M. B. Boaventura de Sousa Santos e a “Pós-modernidade de Contestação”: algumas notações marxistas. **Aurora.** Marília, SP, v. 4, n. 2, p. 1-17, 2011. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1265/1125>. Acesso em: 4 ago. 2016

GUSSO, G. D. F.; BENSENOR, I. J. M.; OLMOS, R. D. Terminologia da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a13v36n1.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA. **Resolução Unificada nº 01/2010, de 22 de outubro de 2010**.

Estabelece as normas do Processo Seletivo Unificado ao ingresso no curso de Pós-Graduação Lato Sensu, modalidade Residência Médica, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Hospital Regional de Cajazeiras e da Faculdade de Medicina Nova Esperança, para o ano de 2011. [João Pessoa], 2010. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/10/ResolucaoUnificadaResMed2011.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2016

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS. Comissão de Residência Médica. **Edital nº 01/2010 de 07 de janeiro de 2010**. Cajazeiras, PB, 2010. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br:8080/chamadas/downloads/223464.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2016

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS. Comissão de Residência Médica. **Edital nº 03 /2011, de 07 de abril de 2011**. Cajazeiras, PB, 2011

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. **Ofício nº 06/2011, de 25 de agosto de 2011**. Relata providências relacionadas às Residências de Clínica Médica e Pediatria do Hospital Regional Deputado José de Sousa Maciel. Cajazeiras, PB, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades:** Paraíba, Cajazeiras, síntese das informações. Disponível em < http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250370&idtema=16&search=paraiba|cajazeiras|sintese-das-informacoes >. Acesso em: 03 ago. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades:** Paraíba, Cajazeiras, Histórico. Disponível em: < http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras|infograficos:-historico>. Acesso em: 18 maio 2015

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Relatório de Avaliação**, Protocolo n. 201010968, Código MEC 391129, Código da Avaliação 88480. [S. l.. s. n.], 2011

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, v. 78, p. 31-37, 2008. Suplemento. Disponível em:< http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/255/246>. Acesso em: 3 ago. 2016

LAMPERT, J. B. et al. Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 35-43, 2009a. suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a04v33s1.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016

LAMPERT, J. B. et al. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 5-18, 2009b. suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a02v33s1.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 19-34, 2009c. suplemento. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a04v33s1.pdf >. Acesso em: 25 jul. 2016

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil:** Tipologia das Escolas. 2 ed. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2009

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/lampertjbd.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

LÖWY, M. **As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchausen:** Marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009

MACHADO, M. H. A Profissão Médica no Contexto de Mudanças. In: GOULART, F. A. de A. et al (Org.). **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998 p. 181-198

MAGNO, L. D.; PAIM, J. S. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma Análise da Conjuntura recente da Saúde no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 3-14, 2015. Disponível em: < http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1043/pdf_1043>. Acesso em: 3 ago. 2016

MARCONI, L. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003

MARX, K. Teses Ad Feuerbach. In: MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: Martin Claret, 2007. p. 117-120

MEC atribui nível 'insuficiente' a curso de medicina da UFCG em Cajazeiras. **G1 Online.** 18 dez. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2014/12/mec-atribui-nivel-insuficiente-curso-de-medicina-da-ufcg-em-cajazeiras.html>. Acesso em: 6 jul. 2016

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9., p. 1752-1762, set. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a15v29n9.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

OLIVEIRA, F. B. de; SILVA, A. O. Enfermagem em Saúde Mental no Contexto da reabilitação Psicossocial e da Interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 4, p. 584-592, out.-dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n4/v53n4a13.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. Política de formação para a prática rural. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 25-34, jan.-mar. 2013. suplemento. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/730/544>. Acesso em: 6 jul. 2016

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. [Londres], p. 11-31, maio 2011. Edição Especial Saúde no Brasil, 1. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis.** Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.459-491

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Termo de Compromisso celebrado entre a Secretaria de Estado da Paraíba com a Universidade Federal de Campina Grande**. Cajazeiras, PB, 30 ago. 2010

PERIM, G. L. et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 70-82, 2009a. suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a08v33s1.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016

PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL. **Conheça o Programa**. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 27 nov.2015

SAES, D. O impacto da Teoria Althusseriana na história da vida intelectual brasileira. In: MORAES, J. Q. de (Org.). **História do Marxismo no Brasil.** Campinas: Ed. Unicamp, 2007. p.13-150

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul.-ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4>. Acesso em: 20 jul. 2016

SCHEFFER, M. (Coord.), **Demografia Médica no Brasil 2015.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva: Faculdade de Medicina da USP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015, 284p. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e027.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2016

SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia médica no Brasil:** cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 2 v.

SILVA, T. H. dos S.; MENDES, A. N. Pressupostos teóricos e as origens do dilema reformista da reforma sanitária: o elo perdido? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 11., **Anais eletrônicos...** Goiânia, ABRASCO, 2015. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=5165&ano=&ev=#menuanais>. Acesso em: 24 nov. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade.** 2014. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016

SOLENIDADE marca formatura dos primeiros médicos do curso de medicina da UFCG de Cajazeiras. **Portal CZN Online**. 2013. Disponível em: <http://portalczn.com.br/solenidade-marca-formatura-dos-primeiros-medicos-do-curso-de-medicina-da-ufcg-de-cajazeiras/>. Acesso em: 5 jul. 2016

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-69, 2009a. suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a07v33s1.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R. G. de; ARANTES, R. F. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação na Saúde mo Governo Lula In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de (Orgs.) **Políticas de Saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.197-225

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Histórico.** Disponível em: < http://www.ufpb.br/content/hist%C3%B3rico >. Acesso em: 18 mai. 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Assessoria de Imprensa. **Colegiado Pleno da UFCG decide pela não adesão à Ebserh.** Campina Grande, 2012a. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=14343>. Acesso em: 8 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Assessoria de Imprensa. **MEC vai liberar mais de R$ 7 milhões para expansão da UFCG ainda este ano.** Campina Grande, 2007a**.** Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=5894>. Acesso em: 4 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Cajazeiras, PB, 2013a

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. **Quadro Docente UACV**. Cajazeiras, PB, jun. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Colegiado Pleno do Conselho Universitário. **Resolução nº 02, de 27 de julho de 2012**. Cria o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello e dá outras providências. Campina Grande, 2012b. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_12022012.pdf>. Acesso: em 6 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Colegiado Pleno do Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 10, de 16 de junho de 2007**. Aprova a criação do Curso de Medicina, na Unidade Acadêmica de Ciências Exatas e da Natureza do Centro de Formação de Professores do Campus de Cajazeiras desta Universidade e dá outras providências. Campina Grande, 2007b. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16102007.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Colegiado Pleno do Conselho Universitário. **Extrato da Ata da 104ª Reunião Ordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário, realizada no dia 09 de dezembro de 2015. Campina Grande,** 9 dez. 2015. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855500/contrato+HUJB-UFCG.pdf/12e4d8e8-ea10-4003-b34d-75933368acd4>. Acesso em: 4 ago. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 07/2013, de 01 de outubro de 2013**. Autoriza o procedimento de adesão ao Sistema de Seleção Unificada – Sisu/MEC, para ingresso nos cursos de graduação da UFCG e dá outras providências. Campina Grande, 2013b. Disponível em: < http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072013.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 07/2010, de 20 de julho de 2010**. Regulamenta o Concurso Vestibular 2011, para ingresso nos cursos de graduação da Universidade Federal de Campina Grande, e dá outras providências. Campina Grande, 2010a. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072010.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 12, de 19 de agosto de 2010**. Estabelece o número de vagas a serem oferecidas pelo Processo Seletivo – Vestibular 2011 para ingresso nos cursos de graduação da UFCG, e dá outras providências. Campina Grande, 2010b. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16122010.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 14, de 14 de junho de 2007**. Regulamenta o vestibular especial para ingresso nos cursos de graduação de Medicina, no campus de Cajazeiras; Enfermagem e Farmácia, no campus de Cuité e Engenharia Ambiental e Engenharia de Alimentos, no campus de Pombal, da Universidade Federal de Campina Grande e dá outras providências. Cajazeiras, PB, 2007c. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16142007.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 23, de 18 de setembro de 2007**. Autoriza, em caráter excepcional, a implantação da estrutura curricular para o 1º período letivo do Curso de Medicina do Centro de Formação de Professores do Campus de Cajazeiras, e dá outras providências. Campina Grande, 2007d. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16232007.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Gabinete do Reitor. **Análise do resultado apresentado pela comissão de avaliação constituída para subsidiar a discussão do Conselho Universitário em torno da implantação de um curso de medicina na UFCG, em um dos campi do Sertão**. Campina Grande, 2007e. Disponível em: <http://150.165.111.213:8080/view/analise_reitoria.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. **Plano de Desenvolvimento Institucional: PDI 2014-2019.** Campina Grande, 2014a. Disponível em: < http://www.ufcg.edu.br/administracao/documentosOficiais/PDI%20da%20UFCG_outubro%20de%202014.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Reitoria. **Nota Pública:** Aos Colegiado Pleno e à comunidade universitária da UFCG. Campina Grande, 25 mar. 2014. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=16072>. Acesso em: 8 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS. **Termo de Cooperação**. Termo de Cooperação que entre si celebram a Universidade Federal de Campina Grande, por intermédio do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculado ao curso de medicina do CFP/UFCG, e a instituição Prefeitura Municipal de Cajazeiras, representada pela Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, referente ao funcionamento do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da primeira instituição. Cajazeiras, PB, 3 maio 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS. **Termo de Cooperação**. Termo de Cooperação que entre si celebram a Universidade Federal de Campina Grande, por intermédio do programa de

Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculado ao curso de medicina do CFP/UFCG, e a instituição Prefeitura Municipal de Cajazeiras, representada pela Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, referente ao funcionamento do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da primeira instituição. Cajazeiras, PB, 8 nov. 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Medicina. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina**. Natal, dez. 2001. Disponível em: <https://sigaa.ufrn.br/sigaa/verProducao?idProducao=1642362&&key=1f137418a314c2c65a352166475a072f>. Acesso em: 4 ago. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **UFRN aprova argumento de inclusão regional para graduação no interior.** Natal, 12 nov. 2013. Disponível em: <https://sistemas.ufrn.br/portal/PT/noticia/11532741#.V40qkaJijJY>. Acesso em: 18 jul. 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO. Colegiado de Medicina. Comissão Própria de Avaliação do Colegiado. **Relatório da Comissão Própria de Avaliação do Colegiado do Curso de Medicina**. Petrolina, PE, 2015

UNIVERSITÁRIOS protestam na internet contra abusos de professores. **O Globo**. Rio de Janeiro, 25 abr. 2016. Disponível em <http://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/universitarios-protestam-na-internet-contra-abusos-de-professores-19161497>. Acesso em: 7 jul. 2016

VERDE, V. V. **Território, Ruralidade e Desenvolvimento**. Curitiba: IPARDES, 2004

VIEIRA, M. N. C. M.; PINTO, M. P. P. A Metodologia da Problematização (MP) como Estratégia de Integração Ensino-Serviço em cursos de graduação na área de saúde. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/simp5_A-Metodologia-da-Problematizacao.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016

ANEXO A - GRADE CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFCG *CAMPUS* CAJAZEIRAS

1º Período			
Módulo	**Conteúdos**	**CH total**	**Créditos**
M1 - Introdução à Medicina	História da Medicina Filosofia e Medicina Ética e Relações Humanas Antropologia Médica	60	04
M2 – Iniciação Científica	Metodologia da Pesquisa Científica Bioestatística Informática Aplicada	60	04
M3 – Princípios físicos e químicos do ser humano	Biofísica Bioquímica Estrutural Bioquímica Funcional	180	12
M4 – Biologia e Fisiologia Celular e Tecidual	Biologia Celular Histologia Geral Fisiologia Celular	120	08
M5 – Gênese e Desenvolvimento	Embriologia Genética	60	04
M6 – Fundamentos da Anatomia Humana	Anatomia Humana	60	04
TOTAL		**540**	**36**
2º Período			
M1 – Saúde da Família e Comunitária I	Políticas Públicas de Saúde e Organização dos Serviços de Saúde	30	02
M2 – Agentes Agressores e Mecanismos de Defesa I	Microbiologia Parasitologia Patologia	180	12
M3 – Sistema Nervoso	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	180	12
M4 – Sistemas Endócrino e Reprodutor	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	180	12
TOTAL		**570**	**38**
3º Período			
M1 – Saúde da Família e Comunitária II	Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Sistemas de Informação em Saúde Epidemiologia Social	60	04
M2 – Agentes Agressores e Mecanismos de Defesa II	Imunologia Patologia	75	05
M3 – Sistemas Cardiovascular, Hematopoiético e Linfático	Embriologia Histologia Anatomia	135	09

	Fisiologia/Fisiopatologia		
M4 – Sistema Urinário	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	60	04
M5 – Sistema Respiratório	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	60	04
M6 – Sistema Digestório	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	75	05
M7 – Sistema Locomotor e Tegumentar	Embriologia Histologia Anatomia Fisiologia/Fisiopatologia	90	06
TOTAL		**555**	**37**
4º Período			
M1 – Saúde da Família e Comunitária III	Introdução à Estratégia de Saúde da Família	60	04
M2 – Alterações genéticas e distúrbios do ciclo celular	Genética Médica Patologia	90	06
M3 – Semiologia	Semiologia Médica	240	16
M4 – Farmacologia	Farmacologia Geral Farmacologia Clínica	90	06
M5 – Psicologia Médica	Psicologia Médica	60	04
M6 – Inglês Instrumental	Inglês Instrumental	30	02
TOTAL		**570**	**38**
5º Período			
M1 - Saúde da Família e Comunitária IV	Medicina Baseada em Evidências. Atenção integral à saúde em: Cardiologia Nefrologia Pneumologia	60	04
M2 – Clínica Médica I	Cardiologia Nefrologia Pneumologia	270	18
M3 – Cirurgia Ambulatorial	Cirurgia Ambulatorial	90	06
M4 – Anestesiologia	Anestesiologia	60	04
M5 – Diagnóstico por Imagem	Diagnóstico por Imagem	60	04
TOTAL		**540**	**36**
6º Período			
M1 – Saúde da Família e Comunitária V	Medicina Baseada em Evidências. Atenção integral à saúde em: Endocrinologia Psiquiatria Neurologia Doenças Infecciosas e Parasitárias	60	04
M2 – Clínica Médica II	Endocrinologia Psiquiatria	270	18

	Neurologia		
M3 – Clínica Cirúrgica I	Abdome Urologia	90	06
M4 – Doenças Infecciosas e Parasitárias	Imunologia Clínica Parasitologia Clínica Microbiologia Clínica	90	06
TOTAL		**510**	**34**
7º Período			
M1 – Saúde da Família e Comunitária VI	Medicina Baseada em Evidências. Atenção integral à saúde em: Hematologia Reumatologia Gastroenterologia Dermatologia	60	04
M2 – Clínica Médica III	Hematologia Reumatologia Gastroenterologia Dermatologia	270	18
M3 – Clínica Cirúrgica II	Traumatismo e Ortopedia Cirurgia Torácica	90	06
M4 – Urgência e Terapia Intensiva	Urgência e Terapia Intensiva	90	06
M5 – Gestão e Administração	Gestão e Administração	30	02
TOTAL		**540**	**36**
8º Período			
M1 - Saúde da Família e Comunitária VII	Medicina Baseada em Evidências. Atenção integral à saúde em: Otorrinolaringologia Oftalmologia Dermatologia Saúde do adulto e idoso Saúde da Criança e do adolescente Saúde da mulher	60	04
M2 – Ética, Bioética e Medicina Legal	Ética Bioética Medicina Legal	60	04
M3 – Saúde da Criança e do Adolescente	Saúde da Criança e do Adolescente	120	08
M4 – Saúde da Mulher	Ginecologia Obstetrícia	180	12
M5 – Clínica Médica e Cirúrgica	Otorrinolaringologia Oftalmologia Cirurgia Cabeça e Pescoço	90	06
M6 – Seminários de Pesquisa	Elaboração de projetos Redação de Artigo Científico	30	02
TOTAL		**540**	**36**
Módulos Optativos	-	**120**	**08**

Libras CH: 60h CR: 04	**Práticas da Enfermagem** CH: 60h CR: 04	**Homeopatia** CH: 30h CR: 02	**Nutrição** CH: 60h CR: 04	**Medicina Esportiva** CH: 30h CR: 02	**Práticas Não Convencionais em Medicina** CH: 30h CR: 02	**Saúde do Trabalhador** CH: 30h CR: 02	**Toxicologia Clínica** CH: 30h CR: 02.	**Medicina Nuclear** CH: 30h CR:	**Proc. Pat. Gerais** CH: 90 h CR:	**Psiquiatria Aplicada** CH: 90	**Tópicos Especiais em Medicina I** CH: 30h CR: 02

								02	06	CR: 06	
Atividades Complementares Flexíveis						#			**120**		**08**
# As atividades flexíveis deverão ser integralizadas do 1º ao 8º períodos.											
9º ao 12º Períodos											
Internato				CH				CR			
Estágio Supervisionado Clínica Médica I				405				27			
Estágio Supervisionado Clínica Médica II				405				27			
Estágio Supervisionado Pediatria I				405				27			
Estágio Supervisionado Pediatria II				405				27			
Estágio Supervisionado Clínica Cirúrgica				405				27			
Estágio Supervisionado Ginecologia e Obstetrícia				405				27			
Estágio Supervisionado Saúde Coletiva I				405				27			
Estágio Supervisionado Saúde Coletiva II				405				27			
Trabalho de Conclusão de Curso– TCC: Monografia e Artigo Científico				45				03			
TOTAL				3285				219			
* A carga horária do Internato (3.240 h.) será distribuída ao longo dos quatro últimos períodos letivos do curso, nas seguintes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Coletiva. Todas as áreas serão oferecidas em todos os períodos e cursadas pelos alunos, divididos em quatro grupos, na forma de rodízios.											

ANEXO B – INSTRUMENTO DESENVOLVIDO POR LAMPERT (2009)

Instrumento modificado para avaliar ao curso de graduação, visando mudanças na formação médica de acordo com as Diretrizes curriculares (Lampert, 2005).

Escola... (Identificação da escola)

Todas as alternativas apresentadas em cada um dos vetores deste instrumento para melhor entendimento devem estar precedidas de: "Esta Escola Médica predominantemente..."

Eixo I – MUNDO DO TRABALHO

Vetor 1 – CARÊNCIA DE MÉDICOS E EMPREGO

- ☐ 1) para a construção do projeto pedagógico, não considera a carência de profissionais médicos para a atenção básica de saúde nem a possibilidade de emprego/trabalho
- ☐ 2) para a construção do projeto pedagógico, considera as possibilidades de emprego/trabalho
- ☐ 3) para a construção do projeto pedagógico, considera a carência de profissionais médicos para a atenção básica de saúde

Justificativa:
Evidência (s):

Vetor 2 – BASE ECONÔMICA DA PRÁTICA MÉDICA

- ☐ 1) não reconhece a existência de pratica liberal e/ou assalariada da medicina nem sua influência na formação do médico
- ☐ 2) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada da medicina sem discutir a influência da formação do médico
- ☐ 3) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada e promove a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do médico

Justificativa:
Evidência (s):

Vetor 3 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- ☐ 1) não aborda a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc., entre prestadores/usuários de serviços de saúde com repercussão na relação profissional de saúde-usuários nem o trabalho em equipe multidisciplinar
- ☐ 2) aborda a relação institucional mediadora sem análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuário e o trabalho em equipe sem o exercício didático desta abordagem em saúde

☐ 3) aborda a relação institucional mediadora com análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuário e proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar

Justificativa:

Evidência (s):

Eixo II – PROJETO PEDAGÓGICO

Vetor 4 – BIOMÉDICO E EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL

☐ 1) orienta o curso para os aspectos biomédicos, diagnóstico, tratamento e recuperação do usuário

☐ 2) orienta para criar oportunidades de aprendizagem tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavel & Clark)

☐ 3) enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 5 – APLICAÇÃO TECNOLÓGICA

☐ 1) dá grande ênfase à aplicação da alta tecnologia na atenção clínica e cirúrgica

☐ 2) explicita e analisa a tecnologia quando aplicadas em situações clínicas específicas

☐ 3) analisa de forma crítica e ampla a tecnologia, o custo-benefício da sua aplicação, enfatizando a atenção básica de saúde

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 6 – PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

☐ 1) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações curativas

☐ 2) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo, além da alternativa anterior, aspectos socioeconômicos e envolve discentes voluntários

☐ 3) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo além das anteriores pesquisa no campo da atenção básica, da gestão do sistema de saúde, interação escola-serviço-comunidade e processo ensino-aprendizagem e estimula a participação dos discentes, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 7 – PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

- ☐ 1) oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente
- ☐ 2) oferece alguma das modalidades anteriores em campos gerais e especializados e busca oferecer educação permanente relacionada com o processo de trabalho
- ☐ 3) oferece pós-graduação em campos gerais e especializados articulada com os gestores do Sistema de Saúde, visando às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas para a formação de profissionais e franqueia a educação permanente aos profissionais da rede

Justificativa:
Evidência (s):

Eixo III - ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Vetor 8 – ESTRUTURA CURRICULAR

- ☐ 1) tem ciclos básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas
- ☐ 2) tem disciplinas-atividades integradoras ao longo dos primeiros anos mas mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas
- ☐ 3) tem currículo em grande parte integrado, áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc.

Justificativa:
Evidência (s):

Vetor 9 – ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

- ☐ 1) enfatiza as aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor com avaliações escritas predominantemente de memorização
- ☐ 2) enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar e as práticas estão centradas em habilidades no âmbito hospitalar com avaliação de conhecimentos e habilidades clínicas
- ☐ 3) adota métodos de aprendizagem ativos com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimento, habilidades e atitudes com estímulo à avaliação interativa e a auto avaliação

Justificativa:
Evidência (s):

Vetor 10 – APOIO E TUTORIA

☐ 1) não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferece tutoria

☐ 2) proporciona condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio com várias disciplinas

☐ 3) proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio e recursos humanos para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem na forma de tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais

Justificativa:

Evidência (s):

Eixo IV - CENÁRIOS DE PRÁTICA

Vetor 11 – LOCAL DE PRÁTICA

☐ 1) utiliza o hospital de ensino e clínicas de ensino exclusivamente de nível terciário

☐ 2) utiliza também hospital secundário e serviços ambulatoriais da instituição de ensino, independentes dos mecanismos de referência e contra referência da rede do Sistema de Saúde

☐ 3) utiliza as unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 12 – PARTICIPAÇÃO DISCENTE

☐ 1) proporciona ao discente observação de práticas demonstrativas

☐ 2) proporciona ao discente participação em atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas (anamnese, exame físico, coletas de material para exames, curativos, etc.)

☐ 3) proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 13 - ÂMBITO ESCOLAR

☐ 1) oferece práticas ligadas aos departamentos (clínica médica, cirúrgica, etc.) e às disciplinas (cardio, pneumo, nefro, gastro, dermato, etc.)

☐ 2) oferece práticas que cobrem vários programas em forma estanque (obstetrícia/gineco, materno/infantil, urgências, etc.)

☐ 3) oferece práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral (medicina integral do adulto, medicina do trabalho, saúde da mulher, emergências, etc.)

Justificativa:

Evidência (s):

Eixo V – DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Vetor 14 – FORMAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

☐ 1) não oferece e nem promove capacitação didático-pedagógica do corpo docente (ou raramente o faz)

☐ 2) periodicamente oferece e promove cursos de orientação didático-pedagógica

☐ 3) oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes com acompanhamento e desenvolvimento no cotidiano das tarefas didático -pedagógicas (apoio institucionalizado)

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 15 – ATUALIZAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

☐ 1) não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz) deixando por conta do próprio docente

☐ 2) periodicamente apoia e/ou oferece a atualização técnico-científica aos professores

☐ 3) promove de forma sistemática e exige a atualização dos professores em especial relativo às exigências de necessidades/demandas em saúde

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 16 – PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

☐ 1) não estimula o corpo docente que por sua vez não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os médicos dos serviços não participam na docência

☐ 2) procura estimular os docentes a participarem dos serviços e do planejamento do sistema de saúde, o que fazem esporadicamente, e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência

☐ 3) estimula os docentes e apoia sua participação no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência e tem serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde, e os médicos dos serviços têm participação na docência

Justificativa:

Evidência (s):

Vetor 17 – CAPACITAÇÃO GERENCIAL

☐ 1) não promove capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos institucionais de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital universitário, etc.)

☐ 2) não promove mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativa e buscam imprimir estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo

☐ 3) promove capacitação gerencial e possui docentes que assumem cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, liderando programas, buscando assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionando participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais

Justificativa:
Evidência (s):